

# RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

*Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

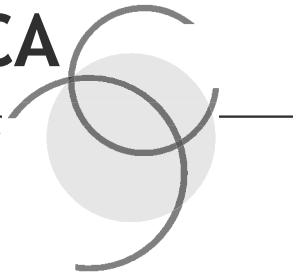




# RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

*Journal of the Relationship in Psychoanalysis*



## **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***

Laura Corbelli

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

Attà Negri (Bergamo); Silvia Papini (Milano); Francesca Piazzalunga (Milano); Fabio Vanni (Parma).

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

Daniela De Robertis (1990-1997); Michele Minolli (1998-2009); Alberto Lorenzini (2010-2016); Fabio Vanni (2017-2024).

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

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

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

Aurora Di Chiara, *Journal Manager*

Claudia Castellano, *Production Editor*

Tiziano Taccini, *Technical Support*

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

PAGEPress Publications

Via A. Cavagna Sangiuliani 5

27100 Pavia, Italy

Tel. +39.0382.1549020

info@pagepress.org – www.pagepress.org

### **Abbonamento stampa cartacea per il 2026 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2026 (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***

BPER Banca, Italy

C/C: 000049284912 - IBAN: IT72Z0538711307000049284912 - BIC: BMOIT22XXX

- **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 aprile 2026 | *Printed in April 2026*

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 ©2026 PAGEPress Srl, Pavia

## TABLE OF CONTENTS

## EDITORIAL

- The importance of diagnosis: between classification and subjectivity** 1  
 ■ *Laura Corbelli*

## FOCUS: THE IMPORTANCE OF DIAGNOSIS

- The Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-3): restoring subjectivity to the centre of diagnostic formulation** 9  
 ■ *Laura Muzi, Vittorio Lingiardi*

- The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, text revision: through tradition and change. Critical analysis and clinical implications** 53  
 ■ *Fabio Di Fabio, Antonella Moschillo*

- Operationalized Psychodynamic Diagnosis. Tailor-made: the experience of meeting with the patient in diagnosis and during the therapeutic process** 85  
*Silvia Paola Papini, Edoardo Vassallo, Lorenzo Fiorina, Alessandro Ferrari, Carmen Baldi, Emilio Domenico Fava*

- Clinical practice rediscovers social justice: the Power Threat Meaning Framework** 125  
 ■ *Matteo Bessone, Marco Sassoon*

- Interview with Mario Rossi Monti** 161  
 ■ *Laura Corbelli*

## WRITINGS

- Knowledge, relationship, and innovation: artificial intelligence in clinical and psychoanalytic practice** 173  
 ■ *Giovanna Tatti, Elena Massardi*

- See music, hear movement. Transmodal resonance** 225  
 From art to psychoanalytic therapy  
 ■ *Marina Amore*

## CASE REPORTS

- Introduzione** 261  
 ■ *Francesca Piazzalunga*

- Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto Alessitimico** 263  
 ■ *Enrico Scappatura*

- Commento al caso clinico presentato in: Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto Alessitimico** 271  
 ■ *Giulia Cavalli, Cristina Crippa*

- Commento al caso clinico presentato in: Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto Alessitimico** 277  
 ■ *Alessandro Cavelzani*

- Commento al caso clinico presentato in: Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto Alessitimico** 283  
 ■ *Giuseppina Corso*

- Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto Alessitimico: replica ai commenti** 289  
 ■ *Enrico Scappatura*

## RESEARCH AND PSYCHOANALYSIS

- Cosa dice la ricerca sui rischi psicologici dei figli in famiglie omogenitoriali? Aggiornamenti per psicoanalisti e non solo a partire dall'importante lavoro di Nicola Carone** 295  
 ■ *Laura Bonalume*

## TRANSFORMATIONS

- Discorsi che altri non sentono: l'esperienza di un gruppo di uditori di voci a Bologna** 299  
 ■ *Francesca Lamberini*

## LECTURES

- Recensione: La plasticità al tramonto della scrittura** 307  
 DI CATHERINE MALABOU  
 DOMENICO LICCIARDI (A CURA DI)  
 ■ *Francesca Piazzalunga*

- Recensione: La prevenzione dei femminicidi. Soggetti che si odiano** 311  
 DI GIUSEPPE D'AMORE  
 ■ *Fulvio Frati*

## GLANCES

- Commento al film *Rental Family*** 317  
 DI HIKARI, 2025  
 ■ *Pietro Roberto Goisis*

- Commento al film *No Other Choice*** 321  
 DI PARK CHAN-WOOK, 2025  
 ■ *Laura Corbelli*

- Commento al film *Elisa*** 323  
 DI LEONARDO DI COSTANZO, 2025  
 ■ *Fabio Vanni*

## INDICE

## EDITORIALE

- L'importanza della diagnosi:  
tra classificazione e soggettività** 5  
▪ *Laura Corbelli*

## FOCUS: L'IMPORTANZA DELLA DIAGNOSI

- Il Manuale Diagnostico Psicodinamico  
(PDM-3): riportare la soggettività al centro  
della formulazione diagnostica** 31  
▪ *Laura Muzi, Vittorio Lingiardi*

- Il Manuale diagnostico e statistico  
dei disturbi mentali, quinta edizione,  
text revision: tra tradizione  
e cambiamento. Analisi critica  
e implicazioni cliniche** 69  
▪ *Fabio Di Fabio, Antonella Moschillo*

- Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata.  
Realizzare un abito su misura:  
l'esperienza d'incontro con il paziente  
nella diagnosi e nel processo terapeutico** 105  
*Silvia Paola Papini, Edoardo Vassallo,  
Lorenzo Fiorina, Alessandro Ferrari,  
Carmen Baldi, Emilio Domenico Fava*

- La clinica riscopre la giustizia sociale:  
il Power Threat Meaning Framework** 143  
▪ *Matteo Bessone, Marco Sassoon*

- Intervista a Mario Rossi Monti** 167  
▪ *Laura Corbelli*

## SCRITTI

- Conoscenza, relazione e innovazione:  
l'intelligenza artificiale nella pratica clinica  
e psicoanalitica** 199  
▪ *Giovanna Tatti, Elena Massardi*

- Vedere la musica, udire il movimento.  
La risonanza transmodale** 243  
Dall'arte alla cura psicoanalitica  
▪ *Marina Amore*

## CASI CLINICI

- Introduzione** 261  
▪ *Francesca Piazzalunga*

- Quando non si può più scappare:  
il collasso dei meccanismi di difesa  
e la rinascita emotiva in un giovane adulto  
alessitimico** 263  
▪ *Enrico Scappatura*

- Commento al caso clinico presentato in:  
Quando non si può più scappare:  
il collasso dei meccanismi di difesa  
e la rinascita emotiva in un giovane adulto  
alessitimico** 271  
▪ *Giulia Cavalli, Cristina Crippa*

- Commento al caso clinico presentato in:  
Quando non si può più scappare:  
il collasso dei meccanismi di difesa  
e la rinascita emotiva in un giovane adulto  
alessitimico** 277  
▪ *Alessandro Caveltani*

- Commento al caso clinico presentato in:  
Quando non si può più scappare:  
il collasso dei meccanismi di difesa  
e la rinascita emotiva in un giovane adulto  
alessitimico** 283  
▪ *Giuseppina Corso*

- Quando non si può più scappare:  
il collasso dei meccanismi di difesa  
e la rinascita emotiva in un giovane adulto  
alessitimico: replica ai commenti** 289  
▪ *Enrico Scappatura*

## RICERCA E PSICOANALISI

- Cosa dice la ricerca sui rischi psicologici  
dei figli in famiglie omogenitoriali?  
Aggiornamenti per psicoanalisti e non solo  
a partire dall'importante lavoro  
di Nicola Carone** 295  
▪ *Laura Bonalume*

## TRASFORMAZIONI

- Discorsi che altri non sentono:  
l'esperienza di un gruppo di uditori di voci  
a Bologna** 299  
▪ *Francesca Lamberini*

## LETTURE

- Recensione:  
La plasticità al tramonto della scrittura** 307  
DI CATHERINE MALABOU  
DOMENICO LICCIARDI (A CURA DI)  
▪ *Francesca Piazzalunga*

- Recensione:  
La prevenzione dei femminicidi.  
Soggetti che si odiano** 311  
DI GIUSEPPE D'AMORE  
▪ *Fulvio Frati*

## SGUARDI

- Commento al film *Rental Family*** 317  
DI HIKARI, 2025  
▪ *Pietro Roberto Goisis*

- Commento al film *No Other Choice*** 321  
DI PARK CHAN-WOOK, 2025  
▪ *Laura Corbelli*

- Commento al film *Elisa*** 323  
DI LEONARDO DI COSTANZO, 2025  
▪ *Fabio Vanni*

## **The importance of diagnosis: between classification and subjectivity**

Laura Corbelli\*

Issue 1/2026 of *Ricerca Psicoanalitica* opens with a *Focus* that is both classic and radically contemporary: diagnosis. A foundational theme of clinical practice, but also a field of tension, dialogue, and transformation, diagnosis today can no longer be conceived as a neutral act of classification. Rather, it must be understood as a complex process involving theory, relationship, context, and subjectivity.

The contributions collected in this issue explore the diagnostic field from different yet converging perspectives: on the one hand, the major contemporary nosographic systems; on the other, psychodynamic models and critical approaches that question the very assumptions underlying the act of diagnosing.

Within the dialogue between these perspectives lies the work on the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (third edition) by Muzi and Lingardi, which strongly reasserts the centrality of subjectivity in diagnostic formulation. Diagnosis is not reducible to a label; instead, it becomes a tool for understanding mental functioning, lived meanings, and the patient's embodied experience, also including collective phenomena that today permeate psychic life, such as wars, pandemics, and global changes.

In tension with this perspective – but also in necessary dialogue – is the critical analysis of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (fifth edition, text revision) presented by Di Fabio and Moschillo. The manual continues to represent an indispensable framework in contemporary clinical practice, organizing language, access to care, and ways of recognizing suffering. Yet precisely because of its pervasiveness, a critical perspective becomes essential: the tension between standardization and

---

\*Psychologist, Psychoanalyst, Lecturer at the School of Psychoanalysis of Relationship (SIPRe), Parma, Italy; Editor-in-Chief of *Ricerca Psicoanalitica*.  
E-mail: laurac@omniway.sm

subjective complexity remains unresolved and calls for a reflective use that does not lose sight of the patient behind the category.

Within this landscape, the *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (third edition) model, presented by Papini and the Gruppo Zoe, offers what may be an intermediate path: an operationalized yet process-oriented diagnosis, capable of integrating different levels of observation without prematurely closing clinical thinking. The idea of diagnosis as a “tailor-made suit” effectively conveys the need for work that holds together rigor and openness, structure and encounter.

The perspective of the Power Threat Meaning Framework, presented in Bessone’s work, shifts the focus from classification to the understanding of meanings, power dynamics, and experienced threats. Here, diagnosis becomes an expanded question, exploring the relationship between psychological suffering and social justice, inviting clinical practice to reconnect with people’s life contexts.

The section concludes with an interview with Professor Mario Rossi Monti, which encourages reflection and invites caution toward socio-diagnostic simplifications, in order to recover a clinical stance capable of tolerating complexity, emotional involvement, and the search for meaning – especially in the face of new forms of suffering.

While the focus section presents the major diagnostic frameworks, the other sections of the journal show how these are embodied in clinical practice, research, and theoretical reflection.

In the *Writings* section, the contribution by Tatti and Massardi on artificial intelligence raises urgent questions: what happens to the therapeutic relationship when forms of “artificial intimacy” emerge? The risk of patient desubjectification and the colonization of clinical thinking once again highlight the need to preserve the relational core of care.

Alongside this, the work by Amore, *See music, hear movement*, on sensory transmodality brings back an often overlooked dimension: therapeutic change as a process that moves through the body, gesture, rhythm, and affect, even before words. From this perspective, diagnosis must also be sensitive, embodied, and attentive to the “how” of experience.

The *Case Reports* section, introduced by Francesca Piazzalunga, brings us back to the living core of clinical work: the encounter with the patient. The case presented by Enrico Scappatura – whom I warmly thank, together with the commentators – highlights how diagnosis can never be separated from the relationship, and how it is precisely through the therapist’s self-questioning that an authentic space of understanding emerges.

The *Research and Psychoanalysis* section further broadens the perspective, addressing, thanks to Bonalume’s contribution, the topic of same-sex parent families and what research says about the presumed psychological risks for children. Drawing on the work of Nicola Carone, the article shows

how empirical data challenge still widespread prejudices, inviting clinical practice to be grounded in evidence rather than ideological assumptions.

In the *Transformations* column, Lamberini's work on the experience of voice-hearers reopens a fundamental question: what do we consider a symptom? The historical shift from a symbolic reading of voices to their reduction to signs of pathology clearly shows how diagnosis is always culturally situated. Restoring meaning to these experiences means restoring a voice to subjectivity.

Finally, the *Lectures* and *Glances* sections offer further viewpoints, confirming the journal's commitment to keeping dialogue open between clinical practice, theory, and culture. This issue includes reviews by Piazzalunga, Frati, Goisis, Corbelli, and Vanni.

Taken as a whole, this issue advances an implicit yet powerful thesis: diagnosis is not an endpoint, but an evolving process. It is an indispensable tool, but also a device that must be continually questioned. Above all, it is a relational act, taking shape in the encounter between knowledge and story, between a model and a life, between one person and another.

At a time when the temptation toward simplification is strong, this issue invites us to dwell in complexity, to tolerate uncertainty, and to keep open the fundamental question of clinical work: not only "what does this patient have?" but "who are they, how do they live, and what meaning does what happens have for them?"

Finally, I would like to thank all our readers: if these lines have sparked curiosity or opened new questions, the works contained in this issue will offer a valuable opportunity to explore them further.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 20 April 2026.

Accepted: 20 April 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1180  
doi:10.4081/rp.2026.1180

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



## L'importanza della diagnosi: tra classificazione e soggettività

Laura Corbelli\*

Il numero 1/2026 di *Ricerca Psicoanalitica* si apre con un *Focus* tanto classico quanto radicalmente attuale: la diagnosi. Tema fondativo della pratica clinica, ma anche terreno di tensione, di confronto e di trasformazione, la diagnosi oggi non può più essere pensata come un atto neutro di classificazione, bensì come un processo complesso che coinvolge teoria, relazione, contesto e soggettività.

I contributi raccolti in questo numero attraversano il campo diagnostico da prospettive differenti ma convergenti: da un lato i grandi sistemi nosografici contemporanei, dall'altro modelli psicodinamici e prospettive critiche che interrogano i presupposti stessi del diagnosticare.

Nel dialogo tra questi vertici si colloca il lavoro sul *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (terza edizione) di Muzi e Lingiardi, che rilancia con forza la centralità della soggettività nella formulazione diagnostica. La diagnosi non è riducibile a un'etichetta, ma diventa uno strumento per comprendere il funzionamento mentale, i significati vissuti e l'esperienza incarnata del paziente, includendo anche fenomeni collettivi che oggi attraversano la vita psichica, come guerre, pandemie e cambiamenti globali.

In tensione con questa prospettiva, ma anche in necessario confronto, si colloca l'analisi critica del *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (quinta edizione, *text revision*) nel lavoro di Di Fabio e Moschillo. Il manuale continua a rappresentare un dispositivo imprescindibile nella clinica contemporanea, organizzando linguaggi, accesso alle cure e modalità di riconoscimento della sofferenza. E tuttavia, proprio questa sua pervasi-  
vità rende urgente uno sguardo critico: la tensione tra standardizzazione e

---

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

complessità soggettiva rimane aperta e richiede un uso riflessivo, capace di non smarrire il paziente dietro la categoria.

All'interno di questo scenario si inserisce anche il modello di *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata* (terza edizione), presentato da Papini e dal Gruppo Zoe, che propone una via forse intermedia tra le precedenti: una diagnosi operazionalizzata, ma al tempo stesso processuale, capace di integrare diversi livelli di osservazione senza chiudere prematuramente il pensiero clinico. L'idea di una diagnosi come "abito su misura" restituisce con efficacia la necessità di un lavoro che tenga insieme rigore e apertura, struttura e incontro.

La prospettiva del *Power Threat Meaning Framework*, presentata dal lavoro di Bessone, sposta il baricentro dalla classificazione alla comprensione dei significati, delle dinamiche di potere e delle minacce vissute. Qui la diagnosi diventa una domanda allargata, che interroga sul rapporto tra sofferenza psichica e giustizia sociale, invitando la clinica a riconnettersi con i contesti di vita delle persone.

Chiude la sezione un'intervista al Professor Mario Rossi Monti che fa riflettere e invita a diffidare delle semplificazioni socio-diagnostiche per recuperare una postura clinica capace di tollerare complessità, il coinvolgimento emotivo e che vada alla ricerca di senso, soprattutto di fronte alle nuove forme di sofferenza.

Se il *Focus* mette in scena le grandi architetture diagnostiche, le altre sezioni della rivista mostrano come queste si incarnino nella pratica clinica, nella ricerca e nella riflessione teorica.

Nella sezione *Scritti*, il contributo di Tatti e Massardi sull'intelligenza artificiale apre interrogativi urgenti: cosa accade alla relazione terapeutica quando emergono forme di "intimità artificiale"? Il rischio di una desoggettivazione del paziente e di una colonizzazione del pensiero clinico richiama ancora una volta la necessità di preservare il cuore relazionale della cura.

Accanto a questo, il lavoro di Amore *Vedere la musica, udire il movimento* sulla transmodalità sensoriale restituisce una dimensione spesso trascurata: il cambiamento terapeutico come processo che attraversa corpo, gesto, ritmo e affetto, prima ancora della parola. La diagnosi, in questa prospettiva, non può che essere anche sensibile, incarnata, attenta al "come" dell'esperienza.

La sezione dei *Casi Clinici*, introdotta da Francesca Piazzalunga, ci riporta al luogo vivo della clinica: l'incontro con il paziente. Il caso presentato da Enrico Scappatura, che ringrazio caldamente insieme ai commentatori, evidenzia come la diagnosi non sia mai separabile dalla relazione e come sia proprio nella messa in discussione del terapeuta che si apre uno spazio autentico di comprensione.

La sezione *Ricerca e Psicoanalisi* amplia ulteriormente lo sguardo, affrontando, grazie al contributo di Bonalume, il tema delle famiglie omo-

genitoriali e cosa dica la ricerca sui presunti rischi psicologici per i figli. Il contributo, a partire dal lavoro di Nicola Carone, mostra come i dati empirici sfidino pregiudizi ancora diffusi, invitando la clinica a fondarsi su evidenze e non su assunti ideologici.

Nella rubrica *Trasformazioni*, il lavoro di Lamberini sull'esperienza degli uditori di voci riapre una domanda fondamentale: che cosa consideriamo sintomo? Il passaggio storico da una lettura simbolica delle voci a una loro riduzione a segni di patologia mostra con chiarezza quanto la diagnosi sia sempre situata culturalmente. Restituire senso a queste esperienze significa restituire voce alla soggettività.

Infine, le sezioni *Letture* e *Sguardi* offrono ulteriori punti di vista, confermando la vocazione della rivista a mantenere aperto il dialogo tra clinica, teoria e cultura. In questo numero sono presenti le recensioni di Piazzalunga, Frati, Goisis, Corbelli e Vanni.

Nel suo insieme, questo numero propone una tesi implicita ma potente: la diagnosi non è un punto di arrivo, ma un processo in divenire. È uno strumento indispensabile, ma anche un dispositivo da interrogare continuamente. È, soprattutto, un atto relazionale, che prende forma nell'incontro tra un sapere e una storia, tra un modello e una vita, tra una persona e l'altra.

In un tempo in cui la tentazione della semplificazione è forte, questo numero invita a sostare nella complessità, a tollerare l'incertezza e a mantenere aperta la domanda fondamentale della clinica: non solo "che cos'ha questo paziente?", ma "chi è, come vive, e che senso ha per lui ciò che accade?".

Ringrazio quindi tutti i nostri lettori: se queste righe hanno creato curiosità o aperto qualche domanda, i lavori contenuti in questo numero rappresenteranno una valida occasione di approfondirle.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 20 aprile 2026.

Accettato: 20 aprile 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:1180

doi:10.4081/rp.2026.1180

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



## **The *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-3): restoring subjectivity to the centre of diagnostic formulation**

Laura Muzi,\* Vittorio Lingiardi\*\*

**ABSTRACT.** – This article outlines the main innovations introduced in the new edition of the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-3), with a specific focus on its diagnostic approach in adulthood. Following an overview of the manual’s history, structure, and main contents, we describe the key principles guiding the assessment of levels of personality organization and personality styles or disorders (P Axis), with a specific focus on masochistic (self-defeating) personalities. We then examine the assessment of the profile of mental functioning (M Axis), paying particular attention to the domains of bodily experiences and representations – newly included in this edition – and to the capacity to explore one’s inner life. Next, we discuss symptomatic patterns and the subjective experience of symptoms (S Axis), using the updated section on eating and feeding disorders as an illustrative example of the innovations introduced. Finally, we address the subjective experience of collectively relevant phenomena, such as climate change, wars, and pandemics, as presented in the new section devoted to “psychological experiences that may require clinical attention”.

*Key words:* *Psychodynamic Diagnostic Manual*, psychoanalytic diagnosis, personality, mental functioning, psychopathology.

### The PDM diagnostic approach: an introduction

If psychoanalytic diagnosis is a long journey, its beginning may be traced to Freud (1901), who, in describing the formation of Dora’s aphonia symptom, wrote: “Shall I now assert, therefore, that in every case of periodic aphonia one must diagnose the existence of a periodically absent loved person? That is certainly not my opinion” (p. 333). Conversely, he clarified that the symptom has “a psychological meaning, a sense” that is neither

---

\*Associate Professor of Clinical Psychology, University of Perugia, Italy.  
E-mail: [laura.muzi@unipg.it](mailto:laura.muzi@unipg.it)

\*\*Full Professor of Dynamic Psychology, Faculty of Medicine and Psychology, Sapienza University of Rome, Italy. E-mail: [vittorio.lingiardi@uniroma1.it](mailto:vittorio.lingiardi@uniroma1.it)

intrinsic nor invariable, but “may be different in each case according to the nature of the repressed thoughts struggling for expression” (*ibid.*). If diagnosis is a *mapping of psychic functioning*, Freud’s lesson teaches us how essential it is to take into account multiple dimensions – conscious and unconscious, implicit and explicit, individual and relational, descriptive and functional, healthy and pathological – thus providing an accurate description of the individual’s most characteristic cognitive, affective, interpersonal, and behavioural features. A necessary “torment”, to use a Jaspersian expression (Lingiardi, 2018), in order not to stop at the immediate appearance of observable signs and symptoms. Rather, any diagnostic process should be able to grasp the complexity of clinical phenomena (*functional understanding*) while relying on reliable and pragmatic criteria (*descriptive understanding*). It must also be capable of integrating *idiographic* knowledge – addressing the specificity of the individual in his or her uniqueness and irreducibility (from ἴδιος, “one’s own”, “particular”, “specific”, and γράφειν, “to describe”, “to represent”) – with *nomothetic* knowledge, which seeks to identify general laws of functioning (from νόμος, “law”, “norm”, “rule”, and τίθημι, “to establish”, “to institute”) and situates the person within a diagnostic category.

The *Psychodynamic Diagnostic Manual*, now in its third edition (PDM-3; Lingiardi & McWilliams, 2025a), pursues precisely this aim: to maintain a dialectical tension between a psychodynamic approach to diagnosis – which, particularly through case formulation, seeks to understand and articulate the characteristics of psychic functioning (defenses, resources, level of personality organization, subjective experience of symptoms, etc.), situating them within the relational matrix and the patient’s history – and the psychiatric classificatory tradition, currently represented by the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022), the *International Classification of Diseases* (ICD-11; World Health Organization [WHO], 2019), and the more recent *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov *et al.*, 2017). The first edition of the *Psychodynamic Diagnostic Manual*, coordinated by Stanley Greenspan, Robert Wallerstein, and Nancy McWilliams (PDM Task Force, 2006), was published at a time when an atheoretical, descriptive, and symptom-oriented approach to mental disorders dominated the field of diagnosis. By contrast, the “PDM project” aimed to provide clinicians with a diagnostic manual grounded in both clinical literature and empirical research, one that would respect – while also disciplining – the subjectivity of both patient and therapist. The second edition (PDM-2), edited by Vittorio Lingiardi and Nancy McWilliams (2017), and the recently published third edition (PDM-3; Lingiardi & McWilliams, 2025a), despite numerous innovations, maintain the same objectives: the PDM represents the most

comprehensive nosography based on a psychodynamic diagnostic approach and, departing from descriptive and atheoretical taxonomies, seeks to provide clinicians with information useful for planning truly patient-tailored treatment (Horwitz *et al.*, 1998; Norcross & Wampold, 2018). Indeed, the *American Psychological Association Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care* (2021) suggest that “different clinical presentations often require different approaches”. In other words, any form of psychotherapeutic treatment that aims to maximise its effectiveness should adapt to the individual’s unique and specific characteristics while, at the same time, taking into account the diagnostic label assigned to their functioning, to compare one’s intervention hypotheses with the information available in the clinical and empirical literature.

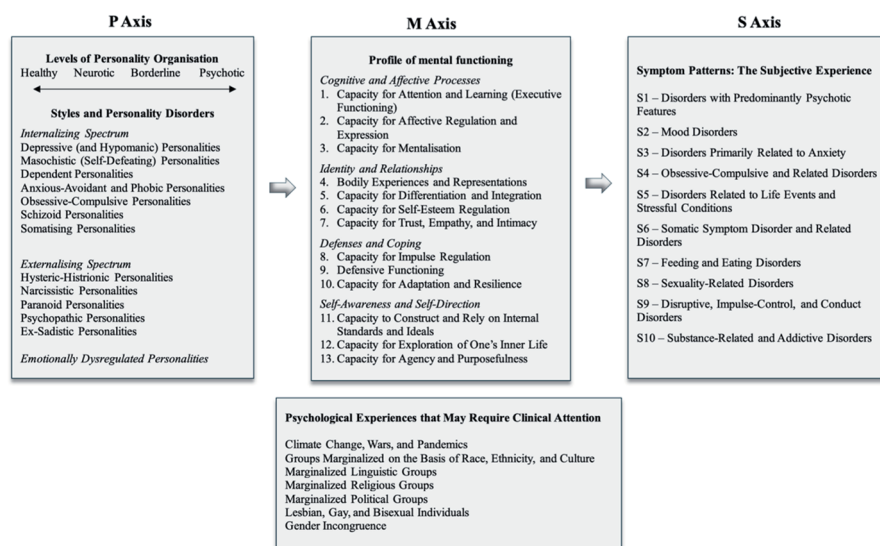
The PDM-3 introduces a clearly psychodynamic perspective, now vital in the assessment of psychological distress and mental disorders, enabling clinicians to describe personality patterns, social and emotional capacities, the profile of mental functioning, and the subjective experience of symptoms of the individual patient. In all its editions, the PDM has presented itself as a “*taxonomy of people*” rather than a “*taxonomy of disorders*”, highlighting the importance of considering *who* the person *is*, not merely which mental disorder they manifest (Lingiardi & McWilliams, 2025a, 2025b; Westen *et al.*, 2006). From this perspective, PDM diagnoses are *dimensional* and *prototypical* – that is, they are based on the assumption that a patient’s clinical presentation may show varying degrees of overall similarity or overlap with the description of a prototype or “ideal type” of a disorder. Going beyond the reorganization based on the typical age of onset of diagnostic labels in the DSM-5-TR and ICD-11, the PDM-3 also proposes a diagnostic approach attentive to the specific features of individual functioning across different stages of the life cycle. It is therefore divided into several sections, reorganized in this edition in chronological order: *Infancy and Early Childhood* (0-3 years), *Childhood* (4-11 years), *Adolescence* (12-19 years), *Adults*, and *Older Adults*. This edition also includes specific considerations regarding *transitional phases* between age groups (for example, emerging adulthood and the transition between adulthood and old age), as well as a final section entirely devoted to the assessment process using the evaluation instrument derived from the PDM, the *Psychodiagnostic Chart* (PDC-3; Gordon & Bornstein, 2025), and updated *illustrative clinical cases* assessed according to the PDM-3 approach.

In line with the previous edition, the PDM-3 offers clinicians the opportunity to understand psychopathology within the context of personality and symptoms within the individual’s overall functioning; to include the subjectivity of the symptomatic experience; to consider the specific needs of different patients; to identify possible psychological resources and not only

pathological or dysfunctional elements; and to take into account the influence of the life-cycle stage (Lingiardi & Muzi, 2018; Tanzilli *et al.*, 2024a). Specifically, adopting a multi-axial and multidimensional approach requires clinicians to describe, systematically and in an age-specific manner:

- the *level of personality organization* and *personality styles/disorders* (P Axis);
- the *profile of mental functioning* (M Axis);
- *symptomatic patterns*, including the patient’s subjective experience of their symptoms and the therapist’s possible emotional responses (S Axis).

The three axes must be evaluated in a different order depending on the patient’s age. Only with adult patients should clinicians first consider the P Axis, followed by the M Axis, and finally the S Axis. With children, adolescents, and older adults, however, the assessment procedure begins with the M Axis, followed by the P Axis (since, for example, in childhood and adolescence, personality is an “emerging” dimension still in the process of formation), and lastly the S Axis. An innovation of the PDM-3 is that, following each S Axis in the various sections, there is now a chapter specifically devoted to “psychological experiences that may require clinical attention”. This chapter includes all *non-psychopathological* conditions that may warrant specific clinical evaluation only when associated with subjective distress. Against this conceptual background, the principal innovations of the three axes will be discussed below with reference to the section devoted to adulthood (Figure 1).



**Figure 1.** Structure and contents of the *Adult* section of the PDM-3.

## Toward a clinically useful and empirically supported view of personality: the P Axis

As anticipated in the previous paragraph, the two organizing principles underlying the P Axis of the PDM-3 are the *level of personality organization* (a spectrum of functioning ranging from healthy to psychotic levels, passing through neurotic and borderline levels – both high- and low-functioning) and *personality style/disorder* (that is, clinically recognized personality types that may present at different levels of organization). A first innovation of the PDM-3 is the abandonment of the term personality syndrome, to avoid potentially pathologizing language that fails to take into account the various levels of personality functioning, which are not necessarily characterised by significant impairment. After situating the individual's functioning along the *continuum* of personality organization – an approach that recalls the now well-established Kernbergian structural model (Kernberg, 1984) – the P Axis requires the clinician to evaluate, from a prototypical perspective, the extent to which the patient's clinical presentation approximates the “ideal type” of a specific personality style or disorder. It is noteworthy that, in this latest edition, *empirically derived* prototypes based on research using the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP; Westen & Shedler, 1999a, 1999b; Shedler *et al.*, 2014) have been included for assessment purposes. These are complemented by *clinically derived* prototypes for those personality configurations that emerge from work with real patients in clinical practice.

Thirteen personality styles/disorders are included in this section, consistent with research conducted using the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP; Westen *et al.*, 2012), and organized according to two higher-order spectra: the internalizing and the externalizing spectra – with the sole exception of emotionally dysregulated personalities, often described as “stably unstable” (Schmideberg, 1959), which oscillate continuously between features characteristic of both polarities. In general, patients who fall within the *internalising spectrum* experience their suffering “internally”: they tend to blame themselves for their difficulties and are chronically vulnerable to dysphoric affects, depression, and anxiety. This spectrum includes depressive (and hypomanic), masochistic (self-defeating), dependent, anxious-avoidant, phobic, obsessive-compulsive, schizoid, and somatising personalities.

Conversely, patients whose personality functioning falls within the *externalising spectrum* tend to “impose” their suffering on others (although they may also experience profound inner distress), attributing their difficulties to other people and/or elements of external reality, and displaying a greater propensity toward anger and aggression. This spectrum includes hysterical-histrionic, narcissistic, paranoid, psychopathic, and sadistic personalities.

The attentive reader will have noticed several significant innovations compared with the previous edition. Kernberg (2006) had already addressed the

problem of discrepancies in the use of the term *borderline*, proposing a distinction between borderline personality *disorder* (consistent with the DSM conception) and borderline personality *organization* (more closely aligned with the psychoanalytic understanding) – a solution that was also adopted in the previous edition of the PDM. In the PDM-3, however, to minimise potential terminological and conceptual confusion, the decision was made to refer to the condition that the DSM designates as “borderline personality disorder” using the expression *emotionally dysregulated personalities*. These are characterised by chronic and pervasive difficulties in tolerating and regulating affects, and thus by a tendency to experience emotions that readily escape regulatory control, reaching extreme levels of intensity and thereby compromising more adaptive functioning.

To this central symptomatic core must be added the characteristic instability in the perception of self and others, which gives rise to intense and chaotic relationships, as well as a propensity to act on impulses, including self-destructive ones (Westen et al., 2012). These features also recall the *borderline pattern* specifier provided in the ICD-11 (WHO, 2019), which may be applied to individuals whose personality disturbance is marked by a pervasive pattern of instability in interpersonal relationships, self-image, and affects, together with pronounced impulsivity.

Another significant innovation of the PDM-3 is the recognition of *masochistic (self-defeating) personalities* as a distinct constellation in their own right, rather than as a possible manifestation of depressive personalities. This new prototype describes individuals who seem to act unconsciously in ways that seek pain and suffering, systematically avoiding or rejecting pleasurable situations or opportunities for success and personal gratification. From this perspective, masochistic-self-defeating personality should be understood as an exaggeration or rigidification of an inner motivation and tendency – non-pathological in itself – to prioritise the well-being of others at the expense of one’s own.

From a historical standpoint, this type of personality style/disorder was included in the DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) under the label *self-defeating personality disorder*, which implied a tendency to become involved in situations or relationships that bring suffering, disappointment, failure, or mistreatment; the rejection or sabotage of others’ attempts to offer help; negative or rejecting responses to pleasant or positive events; and a propensity for personal sacrifice. However, this diagnosis was later removed from the manual and disappeared from subsequent editions.

By contrast, the PDM-3 has highlighted theoretical and clinical contributions emphasising that masochistic and depressive dynamics reflect different underlying themes, requiring specific therapeutic approaches. Individuals with masochistic-self-defeating personalities tend to actively seek out pain rather than passively resign themselves to suffering. These patients tend to

sabotage and punish themselves, and they hold a negative self-representation as unworthy, guilty individuals who do not deserve love or appreciation unless they sacrifice themselves excessively for others.

Their emotional world is often dominated by feelings of anger, resentment, and grievance, which are defensively turned against the self rather than directed toward the object, which is instead idealised. Other characteristic defense mechanisms include acting out (in cases marked by a strong propensity toward self-destructiveness), moralisation (to manage their internal experiences of suffering), and denial (to disavow their own suffering, at the cost of exposing themselves to serious harm) (see also Lingiardi & Madeddu, 2023). These core features give rise to a tendency to become involved in interactions – both with significant others and with clinicians – typically characterised by alternations between submission and dominance, or between the roles of abuser and victim.

Masochism is not a unitary construct (Lingiardi, 2025; Lingiardi & McWilliams, 2025a), and masochistic dynamics can emerge in various personality styles/disorders (Huprich & Nelson, 2014). For example, while Békés and colleagues (2018) have suggested the existence of different masochistic configurations characterized by specific conflicts, defensive strategies, and unconscious motivations, Kernberg (1988) highlights distinct constellations depending on the underlying level of personality organization. Huprich and Malone (2022), in turn, have emphasized the relevance of “malignant self-regard”, which links masochistic dynamics with depressive and *covert* narcissistic ones.

The PDM-3 identifies three main types of masochistic-self-defeating personality, depending on whether they present predominantly with dependent themes (Bornstein, 1993; Waska, 1997), narcissistic themes (Cooper, 1988; Glickauf-Hughes, 1997), or paranoid themes (Nydes, 1963). It further specifies that all three may include sadistic aspects that are defensively disavowed. *Relational masochism* is the more anaclitic version of masochistic dynamics and is often associated with dysfunctional forms of relational dependency. This pattern of functioning is evident in patients who tend to subordinate their own needs to those of others and who (more or less unconsciously) regard deprivation and suffering as necessary for maintaining a significant bond experienced as desperately needed. Clinically, however, it is important to note that behind this apparent submissiveness there may actually lie intense aggression, which is denied and expressed in passive-aggressive ways that, in turn, elicit mistreating behaviours from others (McWilliams, 2011).

*Moral masochism* is the more introjective version of masochistic dynamics and is associated with narcissistic personality features (for a general discussion of narcissistic personalities, see also Lingiardi, 2021). It describes individuals who unconsciously regard renunciation and personal suffering as moral virtues, and whose self-esteem is closely tied to deprivation: the more

pain they inflict upon themselves, the greater their sense of moral superiority. A variant of this form of masochism appears in patients who display a kind of “victim entitlement”, characterised by the unconscious conviction that “the world owes them” in proportion to the suffering they have endured. This unconscious dynamic, also known as the *aggrieved pattern* (Millon & Grossman, 2007), often complicates therapy: patients who expect privileged treatment as victims may obstruct the clinician’s attempts to help them through the defense of *help-rejecting complaining* – that is, they request help but reject it when it is offered (Frank *et al.*, 1952; Lingiardi & Madeddu, 2023; Perry, 1990). Moreover, this attitude frequently evokes countertransference feelings of irritation and criticism in the clinician, at times even leading to sadistic reactions.

Finally, *paranoid masochistic patterns* (characterised by *harm seeking*) represent the version most actively linked to the pursuit of harm. This derives from a (denied and projected) expectation of being attacked or harmed by others for any personal success or satisfaction achieved. Masochistic and paranoid personalities share a constant preoccupation with imminent danger (Nydes, 1963); however, the former manage this unconscious conviction by implicitly provoking the anticipated attack, preempting it, and experiencing relief when it actually occurs.

### Assessing psychological strengths, not only psychopathology: the M Axis

After assessing the level of personality functioning and the degree of similarity/correspondence between the adult patient and the various styles/disorders of the P Axis, the clinician must evaluate the overall level of mental functioning. The M Axis makes it possible to describe in detail the profile of mental functioning by examining a range of capacities that define an individual’s psychological health. This Axis provides articulated, treatment-oriented descriptions of mental functions that can be observed and therefore used to plan therapeutic interventions (Lingiardi *et al.*, 2018), thus integrating the assessment of personality organization and personality styles/disorders offered by the P Axis (Gori *et al.*, 2025).

Similarly, it enables clinicians to take into account and assess important psychological processes underlying both symptomatic patterns and the subjective experience of symptoms, as described later in the S Axis (Muzi *et al.*, 2021). The M Axis, therefore, constitutes a bridge and a link between the P Axis and the S Axis, and a fundamental step in assessment according to the PDM-3.

The domains of mental functioning considered are based on a broad range of concepts and observations drawn from psychodynamic, cognitive, and

developmental theoretical models, as well as on empirical research conducted within these fields. Moreover, this Axis is grounded in a conception of mental functioning as the result of the integration between nature (temperament, genetic predisposition, basic traits) and culture (learning processes, experience, and characteristics of the social and cultural context; Etzi, 2014).

Compared to the previous edition, the number of mental functions has increased from 12 to 13. Some labels have been revised and updated: what, in the PDM-2, was defined as the capacity for regulation, attention, and learning is now defined as the *capacity for attention and learning (executive functioning)*; the former capacity for relationships and intimacy has been reformulated as the *capacity for trust, empathy, and intimacy*; and what was previously defined as the capacity for self-observation (psychological mindedness) has been reformulated as the *capacity to explore one's inner life*. Moreover, in response to the growing clinical and empirical literature supporting the relevance of body-related dimensions and experiences in mental functioning, a new capacity has been introduced concerning *bodily experiences and representations*.

In addition, for each mental function, the PDM-2 included a list of the “most relevant assessment tools”, which has been removed in the PDM-3 due to the frequency with which new instruments are developed and validated, the ongoing updating of their psychometric properties, and the need to make the M Axis more streamlined, practical, and user-friendly. However, a summary of the most relevant, widely used, validated, and clinically useful instruments is provided at the end of the specific chapter to enrich the assessment of all mental capacities of the M Axis (for example, the Shedler-Westen Assessment Procedure [Shedler *et al.*, 2014], the Adult Attachment Interview [George *et al.*, 1985], the Defense Mechanism Rating Scales [Perry, 1990], and the Structured Interview of Personality Organization, Revised [Clarkin *et al.*, 2016]).

The 13 mental functions included in the M Axis of the PDM-3 are as follows:

1. *Capacity for attention and learning (executive functioning)*: a multidimensional domain that includes a set of constitutional and maturational aspects, as well as higher-order cognitive processes, which enable individuals to plan and regulate goal-directed thoughts, emotions, and actions.
2. *Capacity for affect regulation and expression*: an index of overall affective functioning; it refers to the ability to identify, experience, modulate, understand, reflect upon, express, and appropriately respond to affects.
3. *Capacity for mentalization*: the ability to infer and reflect upon one's own mental states (*e.g.*, needs, desires, feelings, etc.) as well as those of others, and to use this capacity to promote interpersonal and social interactions.
4. *Bodily experiences and representations*: includes perceptions, sensations, feelings, thoughts, and attitudes – both conscious and unconscious

- regarding one’s own body, as well as the implicit awareness of the body as a complex entity with defined boundaries.
5. *Capacity for differentiation and integration*: the ability to distinguish self from other, fantasy from reality, internal representations from external objects and circumstances, present from past and future, and to construct connections without confusing them.
  6. *Capacity for self-esteem regulation*: reflects the feelings of self-worth and self-regard that characterise the individual’s relationship with themselves, with others, and with the world in general, as well as the overall perception of one’s personal value.
  7. *Capacity for trust, empathy, and intimacy*: an indicator of overall relational and interpersonal functioning. “Basic trust” refers to the ability to explore the environment and face situations with a balance between vigilance and credulity toward others. Empathy involves understanding another’s point of view and responding sensitively to their feelings; intimacy concerns the capacity to regulate interpersonal distance and closeness.
  8. *Capacity for impulse regulation*: the ability to modulate and regulate one’s impulses and to express needs, motivations, and desires; impairment may result in unmodulated impulse expression (impulsivity), or rigid overcontrol of impulses (inhibition).
  9. *Defensive functioning*: how the individual attempts to manage motivations, affects, impulses, conflicts, memories, thoughts, and other internal experiences that may be sources of negative affect.
  10. *Capacity for adaptation and resilience*: the ability to adapt to unexpected events and changing circumstances, and to cope effectively and creatively with uncertainty, loss, stress, and other adverse (even traumatic) events.
  11. *Capacity to construct and use standards and ideals*: an indicator of overall moral functioning, including the beliefs, emotions, motivations, and ideals that guide personal and life choices. It also implies the ability to make decisions based on a coherent and integrated set of moral principles.
  12. *Capacity to explore one’s inner life*: the ability to understand and reflect upon the nature and origins of one’s mental states within one’s life experience. It involves recognising implicit connections among emotions, motivations, thoughts, and behaviours – past and present – as well as between one’s interpretation of others’ behaviours and relationships.
  13. *Capacity for agency and purpose*: the ability to master one’s inner impulses, feelings, and thoughts and thus to construct an inner narrative that gives coherence and meaning to personal experiences and choices. It implies an inner sense of ownership, internal control, and self-efficacy at different levels of awareness.

Of particular relevance is the introduction of the new mental function concerning *bodily experiences and representations* (see also Muzi, 2025). Clinicians intending to assess this domain must consider those perceptions, sensations, feelings, and thoughts – both conscious and unconscious – related to one’s own corporeality, as well as the implicit awareness of the body as a complex entity with defined boundaries that allow the individual to distinguish themselves both from the physical environment and from the interpersonal one. This mental function also includes the perception, interpretation, monitoring, and modulation of stimuli arising from within the body (interoception) and from outside the body (exteroception), which may represent an early and pre-mentalized form of self-awareness. Bodily representations include (but are not limited to) body image and its components (e.g., body satisfaction/dissatisfaction) and also result from the interaction between multisensory inputs – such as visual and tactile awareness – and internal models or expectations concerning the shape and structure of one’s body.

Due to space constraints, we are unable to provide a comprehensive discussion of psychoanalytic contributions on the centrality of the body and the body-mind relationship – beginning with Sigmund Freud’s well-known statement (1922) that “the ego is first and foremost a bodily ego” (p. 488); Donald Winnicott’s concepts of holding and handling (1949, 1965); Didier Anzieu’s Skin-Ego (1985); Joyce McDougall’s “theaters of the body” (1989); James S. Grotstein’s expression “mindbody” (1997); Thomas Ogden’s concept of aliveness (2023); Alessandra Lemma’s “under the skin” (2010); and “keeping the body in mind” within the context of mentalization theory (Shai & Belsky, 2011). All these themes are revisited in narrative form in the volume *Corpo, umano* by Vittorio Lingiardi (2024).

In addition, it is noteworthy that *the capacity to explore one’s inner life* has been significantly expanded compared to the previous edition of the manual. Beyond the degree of predisposition, motivation, and curiosity to observe one’s inner mental life (i.e., the concept of *psychological mindedness*), this domain now includes both *insight* capacities (the ability to explore and understand the deeper dynamics underlying particular thoughts, emotions, choices, interpersonal patterns, and behavioural responses) and a more general propensity for introspection (*insightfulness*), which, in a broader sense, refers to the capacity to understand oneself in complex and sophisticated ways.

Moreover, in an assessment, clinicians are encouraged to examine a range of clinical phenomena that emerge during psychotherapy. For example, considering *free associations* may help clarify the typical ways an individual thinks, fantasises, experiences emotions, and/or behaves in relation to different internal and external circumstances. *Dream life*, and in particular the individual’s capacity to become aware of and reflect upon dream

material, represents another valuable source of information, as it expresses fears, concerns, conflicts, anxieties, wishes, and representations of the self and the world – in other words, the individual’s inner life (Balch *et al.*, 2025; Lingiardi, 2023; Roesler, 2023).

### Beyond the symptom: the subjective experience of psychopathology in Axis S

Axis S is positioned as the third step in the formulation of the PDM-3 diagnostic profile, as symptomatic patterns can be fully understood only when situated within the context of levels of personality organization, personality styles or disorders, and the overall mental functioning that characterises a given individual. This Axis includes a taxonomy of clinical syndromes that, although generally named in accordance with the DSM-5-TR, the ICD, and the HiTOP, are entirely reformulated in prototypical terms and aligned with a psychodynamic understanding of psychopathology.

Specifically, Axis S does not provide a description of the symptoms of different psychopathological constellations; rather, it focuses on the subjective experience of the individual who manifests these symptomatic patterns. For clinical and assessment purposes, the subjective experience of symptomatology is described in terms of *affective states*, *cognitive patterns*, *somatic states*, and *relational patterns* that are most characteristic of individuals who share a particular diagnosis (Mundo *et al.*, 2018).

Axis S of the PDM-3 is particularly significant because subjective experiences have historically been neglected in traditional psychiatric classification (Eagle, 2024), which is often inadequate for capturing the complexity and vast variability of conditions, pathological or otherwise, that may warrant clinical attention and/or intervention. Individuals belonging to the same diagnostic category, even when presenting with similar symptomatology, may exhibit a wide range of subjective experiences, and these individual differences have central implications for treatment.

Taking eating and feeding disorders as an example, the manual highlights the relevance of the so-called diagnostic “shift” or “cross-over” from one diagnostic label to another over the course of the clinical trajectory. This phenomenon appears to reflect a marked temporal instability of the core symptoms of these diagnoses from a DSM/ICD perspective (Solmi *et al.*, 2024), as well as the possible existence of a broader and more unified clinical condition that evolves over time beyond its specific symptomatic manifestations (Fairburn & Cooper, 2011). For this reason, the manual does not focus rigidly on individual eating disorder labels but rather on clinical presentations characterized predominantly by restrictive symptomatology, by compensatory behaviours, or by recurrent binge-eating episodes.

More generally, Axis S of the PDM-3 underscores the importance of considering different levels of personality organization in these disorders, which may be situated along a continuum ranging from a healthy level, where individuals demonstrate overall good functioning, perhaps with some idiosyncrasies related to eating, to a more severe level of psychotic organization marked by profound impairments in overall functioning, identity diffusion (including potentially delusional qualities), loss of reality testing, and rigid, inflexible defensive mechanisms (Kernberg, 1995; Lingiardi & Zingaretti, 2019; Muzi *et al.*, 2021).

Axis S further emphasizes that individuals with predominantly anorexic symptomatology often present obsessive-compulsive and narcissistic personality traits, difficulties in managing new experiences (including relationships) and any potential psychological change, as well as ego-syntonic symptoms. By contrast, individuals with predominantly bulimic and binge-eating symptomatology appear to show a greater tendency toward emotional dysregulation and to experience feelings of emptiness and anger, which they attempt to “silence” through food intake, often within the context of traits or disorders within the borderline spectrum (Mirabella *et al.*, 2023). The manual also highlights that, across the various eating disorders, symptoms are frequently concealed for extended periods due to pervasive feelings of inadequacy and shame. In patients with predominantly anorexic/restrictive symptoms, these feelings seem to be more closely linked to body shape, whereas in patients with bulimic/binge-eating symptoms, they are more closely associated with a perceived lack of control.

With respect to specific domains of subjective experience, at the level of *affective states*, these disorders are characterized by feelings of failure, weakness, embarrassment, guilt, and shame; low self-esteem, along with feelings of worthlessness and ineffectiveness; anger and hostility, sometimes expressed through the body; and feelings of emptiness and loss of control, which may lead to extreme states of anxiety, sadness, and despair. At the level of *cognitive patterns*, there is often cognitive rigidity, a tendency toward body image distortion, high levels of perfectionism, and excessive reliance on continuous body monitoring (*body checking*).

Regarding *somatic states*, there is a general difficulty in distinguishing between mental and bodily states, with both interoceptive and enterocetive impairments, as well as an inability to detect or appropriately respond to signals indicating hunger or satiety. Finally, at the level of *relational patterns*, there is generalised insecurity in interpersonal relationships, an “interpersonal paradox” characterised by simultaneous dependency needs and fear of abandonment, and the presence of shame and embarrassment during social interactions due to fear of negative evaluation by others.

A further central aspect of Axis S in the PDM-3 is the importance attributed to the *therapist’s subjective experience*, described in terms of the clin-

ician's emotional responses or countertransference patterns, which appear to be closely linked to the patient's level of personality functioning and the presence of any personality disorders (Colli & Ferri, 2015; Colli *et al.*, 2014; Tanzilli *et al.*, 2024b; Tanzilli & Lingiardi, 2022). Again, taking feeding and eating disorders as an example, the manual underscores that the countertransference reactions evoked by these patients are often intense and negative (Thompson-Brenner *et al.*, 2012), including feelings of anger, despair, pain, or detachment, as well as a strong desire to provide care and protection, particularly in patients with bulimic symptomatology (Colli *et al.*, 2015).

When personality is also taken into account, studies by Satir and colleagues (2009) and Colli and colleagues (2015) highlight that this variable more comprehensively explains the complex countertransference responses of clinicians than eating symptomatology alone. For example, patients with a more emotionally dysregulated personality profile tend to elicit not only negative feelings but also experiences of disorganization, anxiety, and a sense of being despised, mistreated, or criticised.

Such countertransference patterns tend to influence the clinician's performance, the functioning of the treatment team, the therapeutic process, and treatment outcomes. In line with this perspective, some clinicians have suggested that shifting the focus from the patient's responses to those of the therapist may be particularly helpful in clinical work with these patients (Zeeck *et al.*, 2025).

### “Saving normal”: psychological experiences that may require clinical attention

“First, do not treat those who are normal” is the recommendation, and the title, of a well-known contribution by Allen Frances (2013), chair of the DSM-IV Task Force and a prominent critic of the more recent editions of the manual, whose tendency toward overdiagnosis and the medicalization of conditions widely regarded as normative and expectable he has strongly emphasized (Lingiardi, 2018). Building on these reflections, all sections of the PDM-3 include a dedicated chapter describing psychological experiences associated with broader societal changes, groups, or communities whose members may seek mental health services or psychotherapy due to difficulties related to specific contextual or individual circumstances that are not, in themselves, pathological.

With specific reference to the section on adults, the chapter on *psychological experiences that may require clinical attention* (PERCA) includes the subjective experience of phenomena of collective relevance, such as climate change, wars, and pandemics, as well as the experiences of various

marginalized groups defined along ethnic, cultural, linguistic, religious, and political lines, and individuals with diverse sexual identities (lesbian, gay, and bisexual) or gender incongruence. Although space constraints prevent a detailed description, it is worth noting that the corresponding chapter in the *Childhood* section has also been expanded to include descriptions of the subjective experiences associated with abuse, as well as those of adopted children, children conceived through medically assisted reproduction, and gifted children – topics that were absent in the previous edition.

Newly introduced in the PDM-3, the section devoted to *climate change, wars, and pandemics* describes the subjective experience of living in a world that is no longer perceived as predictable and reliable, but rather as unstable and threatening, disrupted by catastrophic events and/or characterised by a prolonged state of emergency. First, the subjective effects of the current climate crisis are considered, which have led to the emergence of concepts such as “eco-anxiety”, introduced by the American Psychological Association (2017) to denote the affective response, often characterised by stress and anxiety, to environmental circumstances (Clayton & Crandon, 2025). More specifically, eco-anxiety manifests as a sense of anticipation of an imminent environmental catastrophe and may include depressive responses, excessive worry, ruminative thoughts, feelings of helplessness and despair, or a passive stance toward the future (Lawrance *et al.*, 2022; Niedzwiedz *et al.*, 2025). Other concepts describing specific affective responses to climate change include eco-guilt (Mallett *et al.*, 2012), eco-anger (Stanley *et al.*, 2021), and eco-grief (Cunsolo & Ellis, 2018).

Another central domain concerns the subjective experience of wars and conflicts, which entail clear and significant negative repercussions for mental health – particularly in terms of anxiety, depression, post-traumatic stress, and psychotic disorders (Mesa-Vieira *et al.*, 2022). Notably, a study promoted by the WHO found that, as of 2018, approximately 22% of individuals residing in conflict-affected areas met criteria for at least one mental disorder, and about 5% of this population presented with severe symptomatology (Charlson *et al.*, 2019). These data, now somewhat dated, likely underestimate the current magnitude of these phenomena in terms of their impact on mental health, given the conflicts that have emerged in subsequent years.

For example, in examining the mental health consequences of the Russo-Ukrainian War (RUW-22), several studies have documented devastating effects on the Ukrainian population, including high prevalence rates of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder, as well as anxiety and depressive disorders (Lushchak *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024). Other research has focused on the more specific, yet nonetheless significant, phenomenon of *nuclear anxiety* – that is, fear of the

use of nuclear weapons (Riad *et al.*, 2023).

Finally, the COVID-19 pandemic – an event in itself sufficient to disrupt the sense of continuity in everyday experience – has generated an extensive body of empirical research and theoretical-clinical contributions, which converge in highlighting the traumatic impact of containment measures and, more broadly, the pervasive feelings of uncertainty and threat on global mental health. Although the public health emergency can now be considered formally concluded, it has influenced the prevalence rates of anxiety, depressive, eating, sleep, and post-traumatic stress symptoms and disorders (Nochaiwong *et al.*, 2021), and has intensified several risk factors relevant to mental health, including maltreatment, domestic violence, and illness among family members (Fegert *et al.*, 2020).

With regard to the domains of subjective experience related to climate change, wars, and pandemics, the PDM-3 emphasises that *affective states* may include anxiety, depression, melancholy, guilt, shame, annihilation anxiety, helplessness, indifference, anger, frustration, disorientation, and despair. In individuals directly affected by catastrophes that threaten their physical and psychological integrity, states of shock and difficulties in adaptation may also be present.

Concerning the most characteristic *cognitive patterns*, the manual describes obsessive strategies aimed at keeping anxiety under control, including intrusive and recurrent rumination; defensive strategies based on denial or minimisation of distressing events; and forms of *learned helplessness*. *Somatic states* may include sleep disturbances, fatigue, heightened arousal, and other physiological symptoms. Finally, the most characteristic *relational patterns* may involve social withdrawal or, conversely, a drive toward aggregation through adherence to groups or organizations characterised by rigid and extremist ideologies.

### Sound diagnoses for sensitive clinicians: some concluding remarks

Any diagnostic formulation requires both specific technical competencies (such as a thorough knowledge of the major international classifications of mental disorders) and relational sensitivity and skills (such as the ability to listen respectfully and without judgment to what is communicated – consciously and unconsciously – by the patient; Nissim Momigliano, 2001). A sound diagnosis is constructed through a balance among all these positions. Yet many colleagues, especially those in training, still find themselves grappling with a traditionally predominant *symptom- and behaviour-oriented* approach, grounded in a medical paradigm that is often insufficiently attuned to clinical reality. In order to restore meaning and sensitivity to diagnosis, it is necessary, as Huprich and Meyer (2011) emphasise, for

the diagnostic process to once again place the intrinsic complexity of the person at the “*centre of the stage*”.

The PDM-3, therefore, seeks to promote and underscore the dynamic, relational, and intersubjective dimensions of diagnosis, while providing therapists in training with an appropriate explanatory framework – one that also includes their own contribution to the experience of the therapeutic relationship – so as to support them in the challenging task of organizing the complex clinical material they encounter in their daily practice.

Moreover, a diagnostic approach that takes into account the complexity of individual functioning constitutes a central element in clinical supervision (McWilliams, 2021). Without attention to these aspects, the diagnostic process risks becoming a mere application of a *checklist* of criteria (Lingiardi & McWilliams, 2025b). This risk not only undermines clinicians’ professional identity but also weakens their capacity to describe and grasp the most salient features of a patient’s psychic functioning, thereby endangering the therapeutic relationship itself, which, as we well know, is one of the primary factors influencing the outcome of any form of treatment, including those of a psychoanalytic orientation.

#### REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-III-R*. Trad. it. Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5-TR*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2024.
- American Psychological Association. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Available from: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care*. Available from: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>
- Anzieu, D. (1985). *L’Io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Balch, J., Raider, R., Reed, C., & McNamara, P. (2025). Relationship and personality factors predict longitudinal changes in dream content. *Scientific Reports*, *15*(1), 15531.
- Békés, V., Perry, J., & Robertson, B. (2018). Psychological masochism: A systematic review of the literature on conflicts, defenses, and motives. *Psychotherapy Research*, *28*, 470-483.
- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality*. New York: Guilford Press
- Charlson, F., Van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, *394*, 240-248.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2016). *The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York.
- Clayton, S., & Crandon, T. (2025). Climate Change and Mental Health. *Annual Review Clinical Psychology*, *21*, 61-83.

- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56.
- Colli, A., Speranza, A. M., Lingiardi, V., Gentile, D., Nassisi, V., & Hilsenroth, M. J. (2015). Eating Disorders and Therapist Emotional Responses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(11), 843-849.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102-108.
- Cooper, A. M. (1988). The narcissistic-masochistic character. In R.A. Glick, D.I. Meyers (a cura di), *Masochism: Current psychological perspectives* (pp. 189-204). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Cunsolo, A., & Ellis, N. R. (2018). Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss. *Nature Climate Change*, 8(3), 275-281.
- Eagle, M. J. (2024). *Subjective Experience: Its Fate in Psychology, Psychoanalysis, and Philosophy of Mind*. Oxfordshire: Routledge.
- Etzi, J. (2014). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* M Axis: Toward an articulation of what it can assess. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 119-133.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(20).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations*, 5, 289-317.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (caso clinico di Dora)*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 4). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1922/1977). *L'io e l'Es*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, Department of Psychology.
- Glickauf-Hughes, C. (1997). Etiology of the masochistic and narcissistic personality. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 141-148.
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2025). *Psychodiagnostic Chart-3 (PDC-3)*. Unpublished manual.
- Gori, A., Topino, E., Muzi, L., Lingiardi, V., & Stanghellini, G. (2025). A Multimethod Psychometric Approach to Analyse the Profile of Mental Functioning – M Axis of the Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition (Pdm-2): A Focus on Cluster B Personality Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 22(1), 53-65.
- Grotstein, J. S. (1997). Mens sana in corpore sano. The mind and the body as an 'odd couple' and as an odd coupled unity. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 204-222.
- Horwitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., Frieswyk, S. H., Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1998). *Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Huprich, S. K., & Malone, B. C. (2022). Malignant self-regard: Overview and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(4), 226-237.
- Huprich, S. K., & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the Psychodynamic Diagnostic Manual put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 109-111.
- Huprich, S. K., & Nelson, S. M. (2014). Malignant self-regard: accounting for commonalities

- in vulnerably narcissistic, depressive, self-defeating, and masochistic personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 989-998.
- Kernberg, O. F. (1988). Clinical Dimensions of Masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005-1029.
- Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- Kernberg, O. F. (1995). Technical approach to eating disorders in patients with borderline personality organization. *The Annual of Psychoanalysis*, 23, 33-48.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1003.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Lawrance, E. L., Thompson, R., Newberry, Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry*, 34(5), 443-498.
- Lemma, A. (2010). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Lingiardi, V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2023). *L'ombelico del sogno*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2024). *Corpo, umano*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2025). *Farsi male. Variazioni sul masochismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- Lingiardi, V., & Muzi, L. (2018). Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2)*: Un'occasione di dialogo interdisciplinare. *Giornale Italiano di Psicologia*, 45(4), 781-804.
- Lingiardi, V., Colli, A., & Muzi, L. (2018). A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-axis implications for the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 306-314.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2023). *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica (3<sup>a</sup> ed.)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025a). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, terza edizione (PDM-3)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025b). The Psychodynamic Diagnostic Manual, 3rd edition (PDM-3). *World Psychiatry*, 24, 442-443.
- Lingiardi, V., & Zingaretti, P. (2019). La personalità e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In Spitoni, G.F., Aragona, M. (a cura di), *Manuale dei Disturbi Alimentari*. Roma: Carocci, pp. 85-94.
- Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet regional health. Europe*, 36, 100773.
- Mallett, R. K. (2012). Eco-guilt motivates eco-friendly behavior. *Ecopsychology*, 4(4), 223-231.
- McDougall, J. (1989). *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2012.

- McWilliams, N. (2021). *La supervisione*. Milano: Raffaello Cortina, 2022.
- Mesa-Vieira, C., Haas, A., Buitrago-García, D., Roa-Díaz, Z., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W., De Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public health*, 7(5), e469-e481.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Mirabella, M., Muzi, L., Franco, A., Urgese, A., Rugo, M. A., Mazzeschi, C., Speranza, A. M., McWilliams, N., & Lingiardi, V. (2023). From symptoms to subjective and bodily experiences: the contribution of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) to diagnosis and treatment monitoring in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 28(1), 35.
- Mundo, E., Persano, H., & Moore, K. (2018). The S Axis in PDM-2. Symptom patterns: The subjective experience. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 315-319.
- Muzi, L. (2025). «When the body speaks». Il contributo del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3) alla valutazione psicodinamica dei disturbi alimentari in età adulta. *Rivista di Psicoanalisi*, LXXI(4), 1039-1055.
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., & Lingiardi, V. (2021). Eating pathology and *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2) diagnostic assessment: Implications for treatment outcomes in a psychodynamic-oriented residential setting. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 300-310.
- Niedziedz, C. L., Kankawale, S. M. & Katikireddi, S. V. (2025). A systematic review of social, political and geographic factors associated with eco-anxiety in children and young people. *Nature Mental Health*, 3, 1579-1615.
- Nissim Momigliano, L. (2001). *L'ascolto rispettoso: scritti psicoanalitici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruinta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906.
- Nydes, J. (1963). The paranoid-masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 215-251.
- Ogden, T. H. (2023). Like the belly of a bird breathing: On Winnicott's 'Mind and its relation to the psyche-soma'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 7-22.
- PDM Task Force. (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM)*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Perry, J. C. (1990). *The Defense Mechanism Rating Scale manual* (5th ed.). Cambridge, MA: Author.
- Riad, A., Drobov, A., Alkasaby, M. A., Peřina, A., & Kořčík, M. (2023). Nuclear Anxiety Amid the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Descriptive Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3551.
- Roesler, C. (2023). Dream interpretation and empirical dream research – an overview of research findings and their connections with psychoanalytic dream theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(2), 301-330.
- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 511-521.

- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (a cura di), *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 1, pp. 398-416). New York: Basic Books.
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). Parental embodied mentalizing: Let's be explicit about what we mean by implicit. *Child Development Perspectives*, 5(3), 187-188.
- Shedler, J., Westen, D., & Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200, nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23, 124-138.
- Stanley, S. K., Hogg, T. L., Leviston, Z., & Walker, I. (2021). From anger to action: Differential impacts of eco-anxiety, eco-depression, and eco-anger on climate action and wellbeing. *The Journal of Climate Change and Health*, 1, 100003.
- Tanzilli, A., Muzi, L., & Lingardi, V. (2024a). Manuali e procedure diagnostiche. In Lingardi, V., *La personalità e i suoi disturbi. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina, (pp. 327-388).
- Tanzilli, A., & Lingardi, V. (2022). The diagnostic use of countertransference in psychodynamic practice. In: Biondi, M., Picardi, A., Pallagrosi, M., Fonzi, L. (Eds.), *The clinician in the psychiatric diagnostic process* (151-163). Switzerland AG: Springer Nature.
- Tanzilli, A., Fiorentino, F., Liotti, M., Lo Buglio, G., Gualco, I., Lingardi, V., Sharp, C., & Williams, R. (2024b). Patient personality and therapist responses in the psychotherapy of adolescents with depressive disorders: toward the *Psychodynamic Diagnostic Manual* - third edition. *Research in psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(1), 752.
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78.
- Wang, S., Barrett, E., Hicks, M., Martsenkovskyi, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 339.
- Waska, R. T. (1997). Precursors to masochistic and dependent character development. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 253-267.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte I. Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 67-100). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte II. Verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 101-130). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. In: Krueger, R.F., Tackett, J.L. (Eds.), *Personality and Psychopathology* (335-384). New York: Guilford Press.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2012). Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente. Colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione* (pp. 131-145). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Winnicott, D. W. (1949). La mente e il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.

- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1973.
- World Health Organization. (2019). *Descrizioni Cliniche e Requisiti Diagnostici per i Disturbi Mentali, Comportamentali e del Neurosviluppo ICD-11*. Milano: Raffaello Cortina, 2025.
- Zeeck, A., Gruteser, V., Lau, I., Egenolf, M., Klose, C., Lienhart, S., & Hartmann, A. (2025). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 240.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 3 February 2026.

Accepted: 17 February 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1153

doi:10.4081/rp.2026.1153

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

## **Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3): riportare la soggettività al centro della formulazione diagnostica**

Laura Muzi,\* Vittorio Lingiardi\*\*

**SOMMARIO.** – L'articolo si propone di illustrare le principali innovazioni introdotte nella nuova edizione del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM-3), con un focus specifico sull'approccio diagnostico-valutativo in età adulta. Nello specifico, a seguito di una panoramica sulla storia, sulla struttura e sui principali contenuti del manuale, verranno descritti i principi chiave della valutazione dei livelli di organizzazione di personalità e degli stili o disturbi di personalità (Asse P), con un approfondimento delle personalità masochistiche (autofrustranti). Segue una disamina della valutazione del profilo del funzionamento mentale (Asse M), con una particolare attenzione ai domini delle esperienze e rappresentazioni corporee, inserite in questa edizione, e della capacità di esplorare la propria vita interiore. Vengono poi analizzati i pattern sintomatologici e l'esperienza soggettiva dei sintomi (Asse S), prendendo come esempio le innovazioni introdotte rispetto ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. Infine, verrà descritta l'esperienza soggettiva di fenomeni di rilevanza collettiva, come il cambiamento climatico, le guerre e le pandemie, inclusa nella nuova sezione dedicata alle "esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica".

*Parole chiave:* Manuale Diagnostico Psicodinamico, diagnosi psicoanalitica, personalità, funzionamento mentale, psicopatologia.

### **L'approccio diagnostico del *Manuale Diagnostico Psicodinamico*: un'introduzione**

Se quello della diagnosi psicoanalitica è un lungo viaggio, potremmo far risalire il suo inizio a quando Freud (1901), nel descrivere la formazione del sintomo dell'afonia di Dora, riporta: "Affermerò ora, quindi, che in tutti i casi di afonia periodica si debba diagnosticare l'esistenza di un essere

---

\*Professoressa Associata di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Perugia, Italia.  
E-mail: laura.muzi@unipg.it

\*\*Professore Ordinario di Psicologia Dinamica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma, Italia. E-mail: vittorio.lingiardi@uniroma1.it

amato periodicamente assente? Non è certo questa la mia opinione” (p. 333). Di converso, egli specifica come il sintomo abbia “un significato psicologico, un *sensò*” che non è intrinseco e invariabile, ma “può essere diverso in ogni caso a seconda della natura dei pensieri repressi che lottano per esprimersi” (*ibid.*). Se la diagnosi è una *mappatura del funzionamento psichico*, la lezione freudiana ci insegna quanto sia necessario che essa tenga conto di molteplici aspetti – consci e inconsci, impliciti ed espliciti, individuali e relazionali, descrittivi e funzionali, sani e patologici – offrendo una descrizione accurata delle dimensioni cognitive, affettive, interpersonali e comportamentali più caratteristiche dell’individuo. Un “tormento” necessario, per usare un’espressione jaspersiana (Lingiardi, 2018), per non fermarsi all’apparenza immediata dei segni e sintomi osservabili: ogni processo diagnostico dovrebbe, invece, riuscire a cogliere la complessità dei fenomeni clinici (comprensione *funzionale*) appoggiandosi però a criteri affidabili e pragmatici (comprensione *descrittiva*). Ma anche essere capace di integrare una conoscenza *idiografica*, che si rivolge alle specificità del singolo soggetto nella sua unicità e irripetibilità (da ἴδιος, “proprio”, “particolare”, “specifico”, e γράφειν, “descrivere”, “rappresentare”), e una conoscenza *nomotetica* che, cercando di rintracciare delle leggi generali di funzionamento (da νόμος, “legge”, “norma”, “regola”, e τίθημι, “stabilire”, “istituire”), lo riconduce a una categoria diagnostica.

Il *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, giunto alla sua terza edizione (PDM-3, Lingiardi & McWilliams, 2025a), persegue esattamente questo obiettivo: mantenere una tensione dialettica tra un approccio psicodinamico alla diagnosi, che soprattutto attraverso la formulazione del caso cerca di comprendere e nominare le caratteristiche del funzionamento psichico (difese, risorse, livello di organizzazione della personalità, esperienza soggettiva dei sintomi, ecc.) collocandole nella matrice relazionale e nella storia del paziente, e la tradizione classificatoria psichiatrica, oggi rappresentata dal *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5-TR; *American Psychiatric Association*, 2022), dalla *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD-11; *World Health Organization* [WHO], 2019) e dal più recente modello *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* (HiTOP; Kotov *et al.*, 2017). La prima edizione del PDM, coordinata da Stanley Greenspan, Robert Wallerstein e Nancy McWilliams (PDM Task Force, 2006), vide la luce nell’epoca in cui il campo della diagnosi era dominato da un approccio ateoretico, descrittivo e *symptom-oriented* ai disturbi mentali. Al contrario, il “progetto PDM” si proponeva di offrire al clinico un manuale diagnostico basato sulla letteratura clinica e sulla ricerca empirica, che rispettasse, “disciplinandola”, la soggettività sia del paziente sia del terapeuta. La seconda edizione (PDM-2), curata da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams (2017), e la terza edizione di recente pubblicazione (PDM-3; Lingiardi & McWilliams, 2025a), seppur nelle

tante innovazioni introdotte, mantengono gli stessi obiettivi: il PDM rappresenta la più completa nosografia basata su un approccio diagnostico psicodinamico e, discostandosi dalle tassonomie descrittive e ateoretiche, è finalizzata a fornire al clinico informazioni utili alla pianificazione di un trattamento realmente *patient-tailored* (Horwitz *et al.*, 1998; Norcross & Wampold, 2018). Difatti, le *American Psychological Association Guidelines on Evidence-Based Psychological Practice in Health Care* (2021) suggeriscono che “presentazioni cliniche diverse spesso richiedono approcci diversi”: in altre parole, qualsiasi forma di trattamento psicoterapeutico che voglia massimizzare la sua efficacia dovrebbe adattarsi alle caratteristiche uniche e specifiche dell’individuo tenendo conto, al tempo stesso, della denominazione diagnostica data al suo funzionamento ai fini di poter confrontare le proprie ipotesi di intervento con le informazioni presenti nella letteratura clinica ed empirica.

Il PDM-3 aggiunge una prospettiva, di chiaro orientamento psicodinamico, ormai vitale e necessaria nella valutazione del disagio psichico e dei disturbi mentali, che consente ai clinici di descrivere i pattern di personalità, le capacità sociali ed emotive, il profilo del funzionamento mentale e l’esperienza soggettiva dei sintomi del singolo paziente. In tutte le sue edizioni, il PDM si è proposto come una “*tassonomia di persone*” piuttosto che come una “*tassonomia di disturbi*”, evidenziando l’importanza di considerare *chi è* quella persona e non solo che disturbo mentale manifesta (Lingiardi & McWilliams, 2025a, 2025b; Westen *et al.*, 2006). Partendo da questa prospettiva, le diagnosi PDM sono *dimensionali* e *prototipiche*, cioè basate sul presupposto che la presentazione clinica del paziente possa avere diversi gradi di somiglianza o sovrapposizione complessiva con la descrizione di un prototipo o “tipo ideale” di un disturbo. Il PDM-3, andando oltre la riorganizzazione in base alla tipica età di esordio delle etichette diagnostiche del DSM-5-TR e dell’ICD-11, propone inoltre una diagnosi attenta alle specificità del funzionamento dell’individuo nelle varie fasi del ciclo di vita. È quindi suddiviso in diverse sezioni, in questa edizione riorganizzate in ordine cronologico: *Prima infanzia* (0-3 anni), *Infanzia* (4-11 anni), *Adolescenti* (12-19 anni), *Adulti* e *Anziani*, a cui sono state aggiunte delle considerazioni specifiche sulle *fasi di transizione* tra fasce d’età (per esempio, l’età adulta emergente e il confine tra età adulta e anziana), più un’ultima sezione interamente dedicata al processo di *assessment* mediante lo strumento di valutazione derivato dal PDM, la *Psychodiagnostic Chart* (PDC-3; Gordon & Bornstein, 2025), e a *casi clinici illustrativi* aggiornati valutati secondo l’approccio PDM-3.

In linea con la precedente edizione, il PDM-3 offre al clinico la possibilità di leggere la psicopatologia nel contesto della personalità e i sintomi all’interno del funzionamento complessivo dell’individuo, di includere la soggettività del vissuto sintomatologico, di contemplare la specificità indi-

viduale dei bisogni dei diversi pazienti, di individuare le possibili risorse psicologiche e non solo gli elementi patologici o disfunzionali, e di considerare l'influenza della fase del ciclo di vita (Lingiardi & Muzi, 2018; Tanzilli *et al.*, 2024a). Nello specifico, adottando un approccio multi-assiale e multidimensionale, richiede al clinico di descrivere in modo sistematico e specifico per fascia d'età:

- il *livello di organizzazione* e gli *stili/disturbi della personalità* (Assi P);
- il *profilo del funzionamento mentale* (Assi M);
- i *pattern sintomatologici*, compresa l'esperienza soggettiva che il paziente ha dei propri sintomi e le possibili risposte emotive del terapeuta (Assi S).

I tre assi devono essere valutati in ordine diverso a seconda dell'età del soggetto. Solo con pazienti adulti il clinico deve considerare prima l'Asse P, poi l'Asse M e infine l'Asse S, mentre con bambini, adolescenti, e anziani la procedura di valutazione inizia dall'Asse M, a cui seguono l'Asse P (dato che, per esempio, nell'infanzia e adolescenza la personalità è una dimensione "emergente" ancora in via di formazione) e, per ultimo, l'Asse S. Innovazione del PDM-3 è che, a seguire di ogni Asse S delle diverse sezioni, vi è ora incluso un capitolo specificatamente dedicato alle "Esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica", che include tutte quelle condizioni *non psicopatologiche* che, solamente se associate a sofferenza soggettiva, possono richiedere una valutazione clinica specifica. Tenendo conto di queste premesse, di seguito verranno approfondite le principali innovazioni dei tre assi prendendo come riferimento la sezione dedicata all'età adulta (Figura 1).

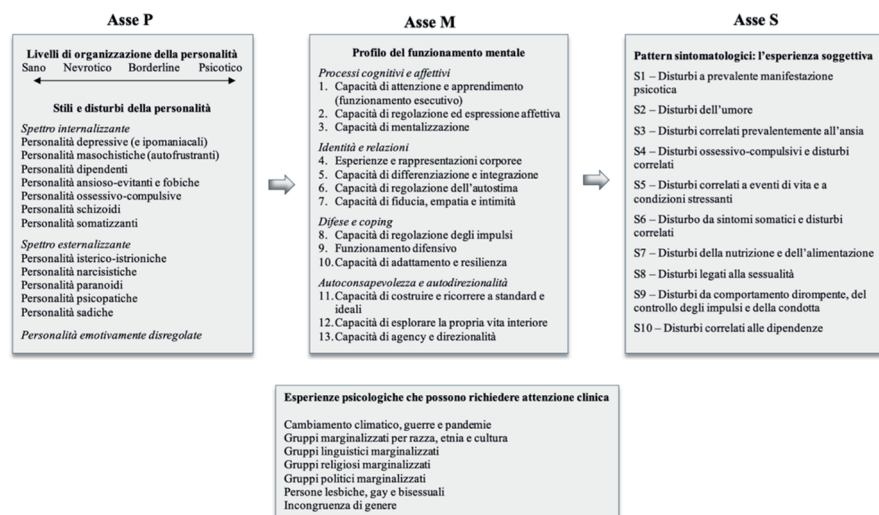


Figura 1. Struttura e contenuti della sezione *Adulti* del PDM-3.

## Verso una visione della personalità clinicamente utile ed empiricamente supportata: l'Asse P

Come anticipato nel precedente paragrafo, i due principi organizzatori su cui si basa l'Asse P del PDM-3 sono il *livello di organizzazione della personalità* (uno spettro di funzionamento che va da un livello sano a un livello psicotico, attraversando un livello nevrotico e un livello borderline ad alto e basso funzionamento) e lo *stile/disturbo di personalità* (cioè tipologie di personalità clinicamente note che possono presentarsi a vari livelli di organizzazione). Una prima innovazione del PDM-3 è che non viene più utilizzata la definizione di "sindrome" di personalità al fine di evitare un linguaggio potenzialmente patologizzante e che non tenga conto dei diversi livelli di funzionamento della personalità, non necessariamente caratterizzati da una compromissione significativa. Dopo aver collocato il funzionamento dell'individuo lungo il *continuum* di organizzazioni di personalità, che richiama l'ormai consolidato approccio strutturale kernberghiano (Kernberg, 1984), l'Asse P richiede al clinico di valutare, con una prospettiva prototipica, quanto la presentazione clinica del paziente si avvicini al "tipo ideale" di uno specifico stile o disturbo di personalità. È degno di nota come, in quest'ultima edizione, siano stati inclusi a fini valutativi dei prototipi *empiricamente derivati* basati sulle ricerche con la *Shedler-Westen Assessment Procedure* (SWAP; Westen & Shedler, 1999a, 1999b; Shedler *et al.*, 2014), a cui si aggiungono dei prototipi *clinicamente derivati* per quelle configurazioni di personalità che emergono dalla pratica clinica con pazienti reali.

Sono inclusi in questa sezione tredici stili/disturbi della personalità che sono organizzati, sempre in linea con le ricerche con la SWAP (Westen *et al.*, 2012), secondo due spettri sovraordinati, quello internalizzante e quello esternalizzante – con la sola eccezione delle personalità emotivamente disregolate, spesso descritte come "stabilmente instabili" (Schmideberg, 1959) e in continua oscillazione tra aspetti caratteristici di entrambe le polarità. In generale, i pazienti che si collocano nello *spettro internalizzante* provano le loro sofferenze "interiormente": tendono a incolpare se stessi per le loro difficoltà e sono cronicamente vulnerabili a sentimenti disforici, depressione e ansia. All'interno di questo spettro ricadono le personalità depressive (e ipomaniacali), masochistiche (autofrustranti), dipendenti, ansioso-evitanti e fobiche, ossessivo-compulsive, schizoidi e somatizzanti. Di converso, i pazienti il cui funzionamento di personalità ricade nello *spettro esternalizzante* tendono a "imporre" le loro sofferenze agli altri (sebbene possano anche sperimentare livelli profondi di sofferenza interiore), incolpando persone e/o elementi della realtà esterna per le loro difficoltà, e mostrando una maggiore inclinazione alla rabbia e all'aggressività. Sono qui incluse le personalità isterico-istrioniche, narcisistiche, paranoide, psicopatiche e sadiche.

Il lettore attento avrà notato alcune innovazioni rilevanti rispetto alla

precedente edizione. Già Kernberg (2006) aveva affrontato il problema delle discrepanze nell'uso del termine "borderline", proponendo una distinzione tra *disturbo* borderline di personalità (coerente con la concezione del DSM) e *organizzazione* borderline di personalità (più in linea con la concezione psicoanalitica), soluzione adottata anche nella precedente edizione del PDM. Nel PDM-3, tuttavia, al fine di minimizzare la potenziale confusione terminologica e concettuale, si è invece scelto di fare riferimento alla condizione che il DSM chiama "disturbo borderline di personalità" con l'espressione *personalità emotivamente disregolate*, caratterizzate da difficoltà croniche e pervasive nel tollerare e regolare gli affetti, e dunque dalla tendenza a sperimentare emozioni che sfuggono facilmente al loro controllo, raggiungendo livelli di estrema intensità e compromettendo dunque un funzionamento più adattivo. A questo nucleo sintomatologico centrale vanno aggiunte anche le tipiche percezioni instabili di sé e degli altri che portano a relazioni intense e caotiche, e la propensione ad agire in base agli impulsi, compresi quelli autodistruttivi (Westen *et al.*, 2012). Tali caratteristiche richiamano anche il *pattern borderline*, specificatore previsto nell'ICD-11 (WHO, 2019) che può essere applicato a individui la cui modalità di alterazione della personalità è caratterizzata da un quadro pervasivo di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e degli affetti, e da marcata impulsività.

Altra novità rilevante del PDM-3 è la considerazione delle *personalità masochistiche* (autofrustranti) come costellazione a sé stante, e non più come possibile manifestazione delle personalità depressive. Questo nuovo prototipo descrive individui che sembrano agire inconsciamente in modo da ricercare dolore e sofferenza, evitando o rifiutando sistematicamente situazioni piacevoli o opportunità di successo e gratificazione personale. In quest'ottica, la personalità masochistica-autofrustrante andrebbe concepita come un'esagerazione o un irrigidimento di una motivazione e tendenza interiore, di per sé non patologica, al dare priorità al benessere degli altri a scapito del proprio. Da una prospettiva storica, questa tipologia di stile/disturbo di personalità era inserita nel DSM-III-R (*American Psychiatric Association*, 1987) con l'etichetta di *disturbo autofrustrante di personalità*, che implicava una tendenza a essere coinvolti in situazioni o relazioni che procurano sofferenza, delusione, fallimento o maltrattamento, il rifiuto o sabotaggio dei tentativi degli altri di fornire aiuto, risposte negative o di rifiuto rispetto a eventi piacevoli o positivi, e una propensione al sacrificio personale. Tuttavia, questa diagnosi è stata derubricata dal manuale, scomparendo dalle successive edizioni. Di converso, il PDM-3 ha valorizzato i contributi teorico-clinici che hanno sottolineato come le dinamiche masochistiche e depressive riflettano temi di fondo differenti, che richiedono approcci terapeutici specifici. Gli individui con personalità masochistiche-autofrustranti tenderebbero, dunque, a ricercare il dolore

attivamente piuttosto che rassegnarsi e subire passivamente la sofferenza. Sono pazienti che tendono a sabotarsi e a punirsi, e hanno una rappresentazione negativa di sé come persone indegne, colpevoli, che non meritano amore o apprezzamento se non sacrificandosi in modo eccessivo per gli altri. Il loro mondo affettivo è spesso dominato da sentimenti di rabbia, risentimento e recriminazione, che vengono però difensivamente rivolti contro di sé e non all'oggetto, che viene invece idealizzato. Altri meccanismi di difesa caratteristici sono l'*acting out* (nei casi in cui è presente una marcata propensione all'autodistruttività), la moralizzazione (per gestire le proprie esperienze interiori di sofferenza) e il diniego (per negare la propria sofferenza, al costo di esporsi al rischio di gravi danni; si veda anche Lingiardi & Madeddu, 2023). Queste caratteristiche nucleari determinano una tendenza a essere coinvolti in interazioni (sia con altri significativi, sia con i clinici) tipicamente caratterizzate da un'alternanza tra sottomissione e dominio, oppure tra il ruolo di abusatore e di vittima.

Il masochismo non è un costrutto unitario (Lingiardi, 2025; Lingiardi & McWilliams, 2025a) e dinamiche masochistiche possono emergere in diversi stili/disturbi di personalità (Huprich & Nelson, 2014). Per esempio, se Békés e colleghi (2018) hanno suggerito l'esistenza di diverse configurazioni masochistiche caratterizzate da specifici conflitti, strategie difensive e motivazioni inconse, Kernberg (1988) ne sottolinea le diverse costellazioni a seconda del livello di organizzazione di personalità sottostante, mentre Huprich e Malone (2022) hanno evidenziato la rilevanza di un'"autostima maligna" (*malignant self-regard*), che accomuna le dinamiche masochistiche con quelle depressive e narcisistiche *covert*. Il PDM-3 riconosce tre principali tipologie di personalità masochistiche-autofrustranti a seconda della loro presentazione con prevalenti tematiche dipendenti (Bornstein, 1993; Waska, 1997), narcisistiche (Cooper, 1988; Glickauf-Hughes, 1997) o paranoidi (Nydes, 1963), specificando inoltre che tutte possono comprendere aspetti sadici difensivamente negati. Il *masochismo relazionale* è la versione più anaclitica delle dinamiche masochistiche, spesso associata a forme disfunzionali di dipendenza relazionale. Questo tipo di funzionamento si evidenzia in quei pazienti che tendono a subordinare i propri bisogni a quelli altrui, e che tendono a considerare (più o meno inconsciamente) la privazione e la sofferenza come necessarie per il mantenimento di un legame significativo vissuto come disperatamente necessario. Clinicamente, è però importante osservare che dietro questa apparente sottomissione può in realtà celarsi un'intensa aggressività, che viene negata ed espressa con modalità passivo-aggressive che, a loro volta, elicitano comportamenti maltrattanti da parte degli altri (McWilliams, 2011).

Il *masochismo morale* è la versione più introiettiva delle dinamiche masochistiche, associata a caratteristiche di personalità di tipo narcisistico (per una trattazione generale delle personalità narcisistiche, si veda anche Lingiardi,

2021). Descrive individui che considerano inconsciamente la rinuncia e la sofferenza personale come virtù morali, e in cui l'autostima è strettamente associata alla deprivazione: più si infliggono dolore, più aumenta il loro senso di superiorità morale. Una variante di questa forma di masochismo che si manifesta nei pazienti con una forma di "superiorità della vittima" (*victim entitlement*), che nutrono la convinzione inconscia che "il mondo gli sia debitore" in proporzione alla sofferenza che hanno subito. Questa dinamica inconscia, nota anche come *aggrieved pattern* (Millon & Grossman, 2007), complica spesso la terapia: i pazienti, che si aspettano un trattamento privilegiato in quanto vittime, possono ostacolare i tentativi del clinico di aiutarli attraverso la difesa dell'*help-rejecting complaining*, cioè richiedere aiuto, ma rifiutarlo quando viene offerto (Frank *et al.*, 1952; Lingiardi & Madeddu, 2023; Perry, 1990). In aggiunta, questo atteggiamento spesso evoca nel clinico sentimenti controtransferali di irritazione e critica, fino a condurre anche a reazioni di tipo sadico. Infine, i *pattern masochistici paranoidi* (con ricerca del danno) rappresentano la versione più attivamente legata all'*harm seeking*, che deriva dall'aspettativa (negata e proiettata) di essere attaccati o aggrediti dagli altri per qualsiasi successo o soddisfazione personale raggiunti. Le personalità masochistiche e paranoidi condividono la preoccupazione costante di un pericolo imminente (Nydes, 1963), ma le prime gestiscono questa convinzione inconscia provocando implicitamente l'attacco considerato inevitabile, anticipandolo e provando sollievo quando questo si verifica.

## Valutare le risorse e non solo la psicopatologia: l'Asse M

Dopo aver valutato il livello di funzionamento di personalità e il grado di somiglianza/corrispondenza del paziente adulto con i diversi stili/disturbi dell'Asse P, il clinico deve valutare il livello di funzionamento mentale complessivo. L'Asse M consente di descrivere in modo dettagliato il profilo del funzionamento mentale prendendo in esame una serie di capacità che definiscono lo stato di salute psicologica di un individuo. Questo Asse fornisce descrizioni articolate e orientate al trattamento di funzioni mentali che possono essere osservate e quindi utilizzate ai fini della pianificazione degli interventi terapeutici (Lingiardi *et al.*, 2018), integrando così la valutazione del livello di organizzazione della personalità e degli stili/disturbi di personalità offerta dall'Asse P (Gori *et al.*, 2025). Similmente, consente ai clinici di tener conto e valutare importanti processi psicologici che sono alla base sia dei pattern sintomatologici sia dell'esperienza soggettiva dei sintomi, così come sono descritti successivamente nell'Asse S (Muzi *et al.*, 2021). L'Asse M costituisce, quindi, un ponte e un collegamento tra l'Asse P e l'Asse S e uno step fondamentale nell'*assessment* secondo il PDM-3. I domini del funzionamento mentale considerati si basano su un'ampia

gamma di concetti e osservazioni tratti dai modelli teorici di orientamento psicodinamico, cognitivo ed evolutivo, così come sulle ricerche empiriche condotte all'interno di questi ambiti. Inoltre, questo Asse si fonda su una concezione del funzionamento mentale come risultato dell'integrazione tra natura (temperamento, predisposizione genetica, tratti di base) e cultura (processi di apprendimento, esperienza, caratteristiche del contesto sociale e culturale; Etzi, 2014).

Rispetto alla precedente edizione, le funzioni mentali sono passate da dodici a tredici. Alcune denominazioni sono state riviste e aggiornate: quella che, nel PDM-2, era definita come la capacità di regolazione, attenzione e apprendimento è ora definita come *capacità di attenzione e apprendimento (funzionamento esecutivo)*; la precedente capacità di relazioni e intimità è stata riformulata come la *capacità di fiducia, empatia e intimità*; e quella che era definita come capacità di auto-osservazione (mentalità psicologica) è stata riformulata come *capacità di esplorare la propria vita interiore*. Inoltre, in risposta alla sempre crescente letteratura clinica ed empirica che supporta la rilevanza delle dimensioni e delle esperienze correlate al corpo nel funzionamento mentale, è stata inserita una nuova capacità, che riguarda le *esperienze e rappresentazioni corporee*. In aggiunta, il PDM-2 includeva per ogni funzione mentale un elenco dei "Principali strumenti di valutazione", eliminato nel PDM-3 per la frequenza con cui sono pubblicati e validati nuovi strumenti, il continuo aggiornamento delle loro proprietà psicometriche, e per rendere l'Asse M più agile, pratico e facile da usare. È comunque inclusa, alla fine dello specifico capitolo, una sintesi degli strumenti più rilevanti, utilizzati, validati e clinicamente utili per arricchire le valutazioni di tutte le capacità mentali dell'Asse M (per esempio, la *Shedler-Westen Assessment Procedure* [Shedler et al., 2014], l'*Adult Attachment Interview* [George et al., 1985], la *Defense Mechanism Rating Scales* [Perry, 1990], o la *Structured Interview of Personality Organization, Revised* [Clarkin et al., 2016]).

Le tredici funzioni mentali incluse nell'Asse M del PDM-3 sono le seguenti:

1. *Capacità di attenzione e apprendimento (funzionamento esecutivo)*: dominio multidimensionale che comprende un insieme di aspetti costituzionali e maturativi, così come processi cognitivi di ordine superiore, che consentono agli individui di pianificare e controllare pensieri, emozioni e azioni orientate a uno scopo.
2. *Capacità di regolazione ed espressione affettiva*: indice del funzionamento affettivo complessivo; fa riferimento alla capacità di identificare, fare esperienza, modulare, comprendere, riflettere, esprimere e rispondere agli affetti in modo appropriato.
3. *Capacità di mentalizzazione*: capacità di inferire e riflettere sui propri stati mentali (per esempio, bisogni, desideri, sentimenti, ecc.) così come

- su quelli altrui, utilizzandola per promuovere le interazioni interpersonali e sociali.
4. *Esperienze e rappresentazioni corporee*: include le percezioni, sensazioni, sentimenti, pensieri e atteggiamenti, sia consci sia inconsci, rispetto alla propria corporeità, così come la consapevolezza implicita del proprio corpo come un'entità complessa dai confini definiti.
  5. *Capacità di differenziazione e integrazione*: capacità di distinguere il sé dall'altro, la fantasia dalla realtà, le rappresentazioni interne dagli oggetti e dalle circostanze esterne, il presente dal passato e dal futuro, e di costruire nessi senza confonderli.
  6. *Capacità di regolazione dell'autostima*: riflette i sentimenti di autostima e considerazione personale che caratterizzano la relazione dell'individuo con sé stesso, con gli altri e con il mondo in generale, così come la percezione complessiva del proprio valore personale.
  7. *Capacità di fiducia, empatia e intimità*: indice del funzionamento relazionale e interpersonale complessivo. La "fiducia di base" è la capacità di esplorare l'ambiente e affrontare situazioni con un equilibrio tra vigilanza e credulità verso gli altri. L'empatia implica comprendere il punto di vista dell'altro e rispondere in modo sensibile ai sentimenti altrui; l'intimità riguarda la capacità di regolare la distanza e la vicinanza interpersonale.
  8. *Capacità di regolazione degli impulsi*: capacità di modulare e regolare i propri impulsi e di esprimere bisogni, motivazioni e desideri; una compromissione può comportare un'espressione non modulata degli impulsi (impulsività) oppure un rigido ipercontrollo degli impulsi (inibizione).
  9. *Funzionamento difensivo*: modalità attraverso cui l'individuo cerca di gestire motivazioni, affetti, impulsi, conflitti, ricordi, pensieri e altre esperienze interiori potenzialmente fonti di affetti negativi.
  10. *Capacità di adattamento e resilienza*: capacità di adattarsi a eventi imprevisti e al mutare delle circostanze, e di confrontarsi o affrontare in modo efficace e creativo con l'incertezza, la perdita, lo stress e altri eventi avversi (persino traumatici).
  11. *Capacità di costruire e ricorrere a standard e ideali*: indice del senso morale complessivo, che include le credenze, le emozioni, le motivazioni e gli ideali che guidano le scelte personali e di vita. Implica anche la capacità di prendere decisioni basate su un insieme coerente e integrato di principi morali.
  12. *Capacità di esplorare la propria vita interiore*: capacità di comprendere e riflettere sulla natura e sulle origini dei propri stati mentali nella propria esperienza di vita. Implica il saper cogliere le connessioni implicite tra emozioni, motivazioni, pensieri e comportamenti, passati e presenti, così come tra la propria interpretazione dei comportamenti altrui e delle relazioni.

13. *Capacità di agency e direzionalità*: capacità di padroneggiare i propri moti interiori, sentimenti e pensieri e quindi di costruire una narrazione interiore che dia coesione e significato alle esperienze e scelte personali. Implica un senso interiore di “appartenenza”, controllo interiore e autoefficacia a diversi livelli di consapevolezza.

Di particolare rilevanza è l'introduzione della nuova funzione mentale delle *esperienze e rappresentazioni corporee* (si veda anche Muzi, 2025). Il clinico che intenda valutare questo dominio deve considerare quelle percezioni, sensazioni, sentimenti e pensieri, sia consci sia inconsci, relativi alla propria corporeità, oltre che alla consapevolezza implicita del corpo come un'entità complessa con confini definiti che permettono all'individuo di distinguere sé stesso sia dall'ambiente fisico sia da quello interpersonale. Ricadono in questa funzione mentale anche la percezione, l'interpretazione, il monitoraggio e la modulazione degli stimoli provenienti sia dall'interno (interocezione) sia dall'esterno (esterocezione) del corpo, i quali possono rappresentare una forma precoce e prementalizzata di autoconsapevolezza. Le rappresentazioni corporee comprendono (ma non si limitano a) l'immagine corporea e le sue componenti (per esempio, soddisfazione/insoddisfazione corporea), ma sono anche il risultato dell'interazione tra gli input multisensoriali, come la consapevolezza visiva e tattile, e i modelli interni o le aspettative relative alla forma e alla struttura del proprio corpo. Per ragioni di spazio, non ci è possibile approfondire in modo esaustivo i contributi della psicoanalisi sulla centralità del corpo e la relazione corporemente – a partire dalla famosa affermazione di Freud (1922) secondo cui “l'Io è anzitutto un'entità corporea” (p. 488), l'*holding* e l'*handling* di Winnicott (1949, 1965), l'Io-pelle di Anzieu (1985), i “teatri del corpo” della McDougall (1989), l'espressione “mentecorpo” di Grotstein (1997), il concetto di *aliveness* di Ogden (2023), l'*under the skin* della Lemma (2010), il “tenere a mente il corpo” nel contesto della teoria della mentalizzazione (Shai & Belsky, 2011). Tutti temi, questi, ripresi in chiave narrativa nel volume *Corpo, umano* di Lingiardi (2024).

In aggiunta, è degno di nota come la *capacità di esplorare la propria vita interiore* sia stata significativamente ampliata rispetto alla precedente edizione del manuale: oltre al grado di predisposizione, motivazione e curiosità a osservare la propria vita mentale interiore (ovvero, il concetto di “mentalità psicologica” o *psychological mindedness*), questo dominio ora include sia le capacità di *insight* (esplorare e comprendere quelle dinamiche profonde alla base di particolari pensieri, emozioni, scelte, schemi interpersonali e risposte comportamentali), sia una propensione generale all'introspezione (*insightfulness*), che in senso più ampio indica la capacità di comprendere sé stessi in modi complessi e sofisticati. Inoltre, nella sua valutazione, ai clinici viene suggerito di esaminare anche una serie di fenomeni clinici che avvengono nel corso della psicoterapia. Per esempio, considerare

le *libere associazioni* può aiutare a comprendere le modalità tipiche con cui un individuo pensa, fantastica, sperimenta emozioni e/o agisce nel relazionarsi con diverse circostanze interne ed esterne. La *vita onirica*, e in particolare la capacità del soggetto di diventare consapevole di, e riflettere su, il materiale onirico, rappresenta un'altra fonte preziosa di informazioni in quanto esprime paure, preoccupazioni, conflitti, ansie, desideri e rappresentazioni di sé e del mondo – in altre parole, la vita interiore dell'individuo (Balch *et al.*, 2025; Lingiardi, 2023; Roesler, 2023).

### Oltre il sintomo: l'esperienza soggettiva della psicopatologia nell'Asse S

L'Asse S è collocato come terzo step nella formulazione del profilo diagnostico PDM-3, in quanto i pattern sintomatologici possono essere meglio compresi solo se inseriti nel contesto dei livelli di organizzazione della personalità, degli stili o dei disturbi di personalità, e del funzionamento mentale complessivo che caratterizzano un determinato individuo. Questo Asse include una tassonomia di sindromi cliniche che, sebbene siano denominate generalmente in accordo con il DSM-5-TR, l'ICD e l'HiTOP, sono completamente riformulate in forma prototipica e in linea con una lettura psicodinamica della psicopatologia. Nello specifico, l'Asse S non include una descrizione dei sintomi delle diverse costellazioni psicopatologiche, ma si concentra sull'esperienza soggettiva dell'individuo che manifesta tali pattern sintomatologici. A fini clinici e valutativi, l'esperienza soggettiva della sintomatologia viene descritta in termini di *stati affettivi*, *pattern cognitivi*, *stati somatici* e *pattern relazionali* più caratteristici degli individui che condividono la diagnosi di un determinato disturbo (Mundo *et al.*, 2018).

L'Asse S del PDM-3 riveste una particolare rilevanza in quanto le esperienze soggettive sono state storicamente trascurate dalla classificazione psichiatrica tradizionale (Eagle, 2024), la quale non risulta adeguata a cogliere la complessità e l'enorme variabilità delle condizioni, patologiche o non, che possono essere meritevoli di attenzione e/o di intervento clinico. Soggetti che appartengono alla stessa categoria diagnostica, anche presentando una sintomatologia simile, possono infatti manifestare una grande varietà di esperienze soggettive, e queste differenze individuali hanno delle implicazioni centrali per il trattamento. Prendendo come esempio i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il manuale sottolinea la rilevanza del cosiddetto “viraggio” o “cross-over” diagnostico da una etichetta diagnostica all'altra durante il decorso clinico, fenomeno che sembra riflettere un'elevata instabilità temporale dei sintomi principali di queste diagnosi in ottica DSM/ICD (Solmi *et al.*, 2024) e la possibile esistenza di un quadro clinico più comprensivo e unitario che evolve nel tempo rispetto alla sua

manifestazione sintomatologica (Fairburn & Cooper, 2011). Per questo motivo, il manuale non considera specificatamente le singole etichette di disturbo alimentare, quanto piuttosto quadri caratterizzati da una sintomatologia prevalentemente restrittiva, da prevalenti condotte di compensazione, o da prevalenti episodi di *binge-eating*. Più in generale, l'Asse S del PDM-3 sottolinea l'importanza di considerare i diversi livelli di organizzazione della personalità in questi disturbi, che possono collocarsi lungo un *continuum* che va da un livello sano (in cui gli individui presentano un buon funzionamento complessivo, magari con alcune idiosincrasie rispetto all'alimentazione) a un estremo più grave di organizzazione psicotica nel quale si evidenziano gravi compromissioni del funzionamento complessivo, includendo una diffusione dell'identità (anche di qualità delirante), la perdita dell'esame di realtà, e meccanismi difensivi rigidi e inflessibili (Kernberg, 1995; Lingiardi & Zingaretti, 2019; Muzi *et al.*, 2021).

L'Asse S sottolinea, inoltre, che gli individui con prevalente sintomatologia anoressica presentino spesso tratti ossessivo-compulsivi e narcisistici di personalità, difficoltà nel gestire le nuove esperienze (comprese le relazioni) e qualsiasi potenziale cambiamento psicologico, e sintomi egosintonici. Gli individui con prevalente sintomatologia bulimica e di *binge-eating* sembrano presentare, di converso, una maggiore tendenza alla disregolazione emotiva e a provare sentimenti di vuoto e rabbia che tentano di "silenziare" con l'ingestione di cibo, nel contesto di tratti o disturbi inerenti all'area borderline (Mirabella *et al.*, 2023). Il manuale evidenzia anche che, in tutte le diverse patologie alimentari, i sintomi spesso sono tenuti nascosti per lunghi periodi di tempo a causa dei vissuti di inadeguatezza e vergogna, che nel caso dei pazienti con sintomi prevalentemente anoressici/restrittivi sembrano essere più legati alla forma del corpo, mentre nei pazienti con sintomi bulimici/*binge-eating* alla mancanza di controllo.

Rispetto agli specifici domini dell'esperienza soggettiva, a livello di *stati affettivi* tipici di queste patologie sono descritti sentimenti di fallimento, debolezza, imbarazzo, colpa e vergogna; bassa autostima, insieme a sentimenti di indegnità e inefficacia; rabbia e ostilità, anche espresse attraverso il corpo; sentimenti di vuoto e perdita di controllo, che possono portare a stati estremi di ansia, tristezza e disperazione. A livello di *pattern cognitivi*, è spesso presente una rigidità del pensiero, una tendenza alla distorsione dell'immagine corporea, alti livelli di perfezionismo e una dipendenza eccessiva dal continuo controllo del corpo (*body checking*). Rispetto agli *stati somatici*, vi è una generale difficoltà nel distinguere tra stati mentali e corporei, con problematiche sia interocettive sia enterocettive, e un'incapacità di rilevare o rispondere a segnali che indicano il senso di fame o di sazietà. Infine, a livello di *pattern relazionali*, vi è una generale insicurezza nelle relazioni interpersonali, un "paradosso interpersonale" tra bisogni di dipendenza e paura dell'abbandono, e la presenza di sentimenti di vergogna

e imbarazzo durante le interazioni sociali a causa del timore di una valutazione negativa da parte degli altri.

Un ultimo aspetto centrale nell'Asse S del PDM-3 è anche l'importanza attribuita all'*esperienza soggettiva del terapeuta*, descritta in termini di risposte emotive del clinico o pattern controtransferali, che appare strettamente legata al livello di funzionamento della personalità del paziente e alla presenza di eventuali disturbi di personalità (Colli & Ferri, 2015; Colli *et al.*, 2014; Tanzilli *et al.*, 2024b; Tanzilli & Lingiardi, 2022). Sempre prendendo come esempio i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione, il manuale sottolinea come le reazioni controtransferali evocate da questi pazienti siano spesso intense e negative (Thompson-Brenner *et al.*, 2012), con sentimenti di rabbia, disperazione, dolore o distacco, ma anche di un forte desiderio di cura e protezione, soprattutto nei pazienti con sintomatologia bulimica (Colli *et al.*, 2015). Se si considera anche la personalità, gli studi di Satir e colleghi (2009) e di Colli e colleghi (2015) mettono in luce che questa variabile contribuisce a spiegare in modo più esaustivo le complesse risposte controtransferali dei clinici rispetto alla sola sintomatologia alimentare: per esempio, i pazienti con un profilo di personalità più disregolato emotivamente tendono a elicitare non solo sentimenti negativi, quanto piuttosto di disorganizzazione, ansia e un sentirsi disprezzati, maltrattati e criticati. Tali pattern controtransferali tendono a influenzare le prestazioni del professionista, dell'équipe curante, il processo terapeutico e gli esiti del trattamento. Su questa linea, alcuni clinici hanno suggerito che spostare l'attenzione dalle risposte del paziente a quelle del terapeuta possa essere di rilevante aiuto nel lavoro clinico con questi pazienti (Zeeck *et al.*, 2025).

“*Saving normal*”: le esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica

“Primo, non curare chi è normale” è la raccomandazione e il titolo di un noto contributo di Allen Frances (2013), presidente della *Task Force* del DSM-IV e acceso critico delle più recenti edizioni del manuale, di cui mette in evidenza la tendenza all'iperdiagnosticismo e il rischio di medicalizzazione di condizioni da molti ritenute fisiologiche e normative (Lingiardi, 2018). Raccogliendo questi spunti di riflessione, in tutte le sue sezioni il PDM-3 include un capitolo a parte in cui vengono descritte quelle esperienze psicologiche di alcuni cambiamenti globali, gruppi o comunità i cui membri possono accedere ai servizi di salute mentale o alla psicoterapia per difficoltà associate a determinate situazioni contestuali o individuali che, in sé, non sono però patologiche. Facendo sempre riferimento alla sezione dedicata agli adulti, il capitolo sulle esperienze psicologiche che possono richiedere attenzione clinica (*psychological experiences that may require clinical attention*, o

PERCA) include l'esperienza soggettiva di fenomeni di rilevanza collettiva, come il cambiamento climatico, le guerre e le pandemie, così come di diversi gruppi marginalizzati a livello etnico, culturale, linguistico, religioso, e politico, e delle persone con diverse identità sessuali (lesbiche, gay e bisessuali) e con incongruenza di genere. Sebbene per questioni di spazio non potremmo descriverle in dettaglio, segnaliamo che nel corrispettivo capitolo della sezione *Infanzia* sono state aggiunte anche descrizioni delle esperienze soggettive associate all'abuso, quelle di bambine e bambini adottati, nati tramite procreazione medicalmente assistita e con plusdotazione, tutte assenti nella precedente edizione.

Di nuova introduzione nel PDM-3, il paragrafo dedicato al *cambiamento climatico, guerre e pandemie* descrive l'esperienza soggettiva del vivere in un mondo non più prevedibile e affidabile, ma al contrario percepito come instabile e minaccioso, sconvolto da eventi catastrofici e/o caratterizzato da uno stato prolungato di emergenza. In primo luogo, vengono considerati gli effetti soggettivi dell'attuale crisi climatica, che ha portato all'emergere di concetti come quello di "ecoansia", introdotto dall'*American Psychological Association* (2017) e che indica la risposta affettiva (spesso connotata, appunto, da stress e ansia) alle circostanze ambientali (Clayton & Crandon, 2025). Più nello specifico, l'ecoansia si manifesta come un sentimento di anticipazione verso una catastrofe imminente di tipo ambientale, e può includere risposte depressive, eccessiva preoccupazione, pensieri ruminativi, sentimenti di impotenza, disperazione, o un atteggiamento di passività (Lawrance *et al.*, 2022; Niedzwiedz *et al.*, 2025). Altri concetti, che definiscono specifiche esperienze affettive rispetto ai cambiamenti climatici, sono l'eco-colpa (Mallett *et al.*, 2012), l'eco-rabbia (Stanley *et al.*, 2021) o l'eco-lutto (Cunsolo & Ellis, 2018).

Altro dominio centrale è l'esperienza soggettiva delle guerre e dei conflitti, che comportano chiare e rilevanti ripercussioni negative per la salute mentale (in particolare, ansia, depressione, stress post-traumatico e disturbi psicotici) (Mesa-Vieira *et al.*, 2022). In particolare, uno studio promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ha mostrato che, al 2018, circa il 22% degli individui residenti in aree coinvolte in conflitti presenta almeno un disturbo mentale, e circa il 5% di questa popolazione mostra una sintomatologia di elevata gravità (Charlson *et al.*, 2019). Questi dati, ormai abbastanza datati, probabilmente sottostimano l'attuale portata di questi fenomeni in termini di effetti sulla salute mentale alla luce dei conflitti emersi negli anni successivi. Per esempio, nell'approfondire le conseguenze del conflitto russo-ucraino (RUW-22) in termini di salute mentale, alcuni studi hanno riportato effetti devastanti sulla popolazione ucraina, con alti tassi di prevalenza di disturbi da stress post-traumatico e da stress post-traumatico complesso, disturbi ansiosi e depressivi (Lushchak *et al.*, 2023; Wang *et al.*, 2024). Altri si sono concentrati sul fenomeno, più specifico ma comunque significativo,

dell'*ansia nucleare*, ossia la paura dell'utilizzo di armi nucleari (Riad *et al.*, 2023). Infine, la pandemia da COVID-19, evento di per sé sufficiente a turbare il senso di continuità nell'esperienza del quotidiano, è stata oggetto di un numero imponente di ricerche e di contributi teorico-clinici, che convergono nel sottolineare l'impatto traumatico che le restrizioni adottate per il contenimento dei contagi e, più in generale, dei sentimenti diffusi di incertezza e pericolo hanno avuto per la salute mentale a livello globale. Anche se l'emergenza sanitaria si può considerare oggi conclusa, essa ha influenzato i tassi di prevalenza di sintomi/disturbi ansiosi, depressivi, alimentari, del sonno e da stress post-traumatico (Nochaiwong *et al.*, 2021) ed intensificato l'entità di alcuni fattori di rischio rilevanti per la salute mentale (maltrattamento, violenza domestica, malattia di familiari, ecc.; Fegert *et al.*, 2020).

Rispetto ai domini dell'esperienza soggettiva del cambiamento climatico, delle guerre e delle pandemie, il PDM-3 sottolinea come gli *stati affettivi* possano includere ansia, depressione, malinconia, colpa, vergogna, angoscia di annichilimento, impotenza, indifferenza, rabbia, frustrazione, disorientamento e disperazione. Nelle persone colpite direttamente da catastrofi che minacciano la loro integrità fisica e mentale possono essere presenti anche stati di shock e difficoltà di adattamento. In merito ai *pattern cognitivi* più caratteristici, il manuale include strategie ossessive per tenere l'ansia sotto controllo, comprese ruminazioni intrusive e ricorrenti, strategie difensive basate sulla negazione o la minimizzazione degli accadimenti preoccupanti, oppure forme di impotenza appresa (*learned helplessness*). Gli *stati somatici* possono includere disturbi del sonno, stanchezza, aumento dell'*arousal* e altri sintomi di tipo fisiologico. Infine, i *pattern relazionali* più caratteristici possono includere il ritiro sociale o, al contrario, spingere verso l'aggregazione mediante l'adesione a gruppi o organizzazioni con ideologie rigide ed estremiste.

## Diagnosi sensate per clinici sensibili: alcune considerazioni conclusive

Ogni formulazione diagnostica implica la necessità di possedere sia competenze tecniche specifiche (come un'approfondita conoscenza delle principali classificazioni internazionali dei disturbi mentali), sia sensibilità e capacità di natura relazionale (come il saper ascoltare, in modo rispettoso e non giudicante, ciò che viene comunicato, in modo conscio e inconscio, dal paziente; Nissim Momigliano, 2001). Una buona diagnosi si costruisce nell'equilibrio tra tutte queste posizioni. Eppure, molti colleghi, soprattutto in formazione, si trovano ancora a confrontarsi con un approccio *symptom-behavior oriented*, tradizionalmente predominante, basato su un paradigma medico e poco aderente alla realtà clinica. Per restituire senso e sensibilità alla diagnosi è invece necessario, come sottolineano Huprich e Meyer (2011), che

il processo diagnostico torni a considerare l'intrinseca complessità della persona al "centro della scena". Il PDM-3 mira quindi a promuovere e sottolineare gli aspetti dinamici, relazionali e intersoggettivi della diagnosi, e a fornire ai terapeuti in formazione un adeguato *framework* esplicativo che includa il loro contributo all'esperienza della relazione terapeutica in modo da poterli aiutare nel difficile compito di organizzare il complesso materiale clinico con cui si confrontano nella loro pratica quotidiana. Inoltre, una diagnosi che tenga conto della complessità del funzionamento dell'individuo costituisce un elemento centrale nella supervisione clinica (McWilliams, 2021). Senza un'attenzione a questi aspetti, il processo diagnostico rischia di diventare una mera applicazione di una *checklist* di criteri (Lingiardi & McWilliams, 2025b). Questo rischio non solo mina l'identità professionale dei clinici, ma affievolisce la loro capacità di descrivere e cogliere le caratteristiche più salienti del funzionamento psichico di un paziente, mettendo a repentaglio anche la relazione terapeutica. Che, come ben sappiamo, è uno dei principali fattori che influenza l'esito di ogni forma di trattamento, inclusi quelle di orientamento psicoanalitico.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1987). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-III-R*. Trad. it. Milano: Masson, 1988.
- American Psychiatric Association. (2022). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-5-TR*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2024.
- American Psychological Association. (2017). *Mental health and our changing climate: Impacts, implications, and guidance*. Disponibile da: <https://www.apa.org/news/press/releases/2017/03/mental-health-climate.pdf>
- American Psychological Association. (2021). *Professional practice guidelines for evidence-based psychological practice in health care*. Disponibile da: <https://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-health-care.pdf>
- Anzieu, D. (1985). *L'Io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina, 2017.
- Balch, J., Raider, R., Reed, C., & McNamara, P. (2025). Relationship and personality factors predict longitudinal changes in dream content. *Scientific Reports*, 15(1), 15531.
- Békés, V., Perry, J., & Robertson, B. (2018). Psychological masochism: A systematic review of the literature on conflicts, defenses, and motives. *Psychotherapy Research*, 28, 470-483.
- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality*. New York: Guilford Press
- Charlson, F., Van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 394, 240-248.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B., & Kernberg, O. F. (2016). *The Structured Interview for Personality Organization-Revised (STIPO-R)*. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, NY, New York.
- Clayton, S., & Crandon, T. (2025). Climate Change and Mental Health. *Annual Review Clinical Psychology*, 21, 61-83.
- Colli, A., & Ferri, M. (2015). Patient personality and therapist countertransference. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 46-56.

- Colli, A., Speranza, A. M., Lingiardi, V., Gentile, D., Nassisi, V., & Hilsenroth, M. J. (2015). Eating Disorders and Therapist Emotional Responses. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(11), 843-849.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G., & Lingiardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102-108.
- Cooper, A. M. (1988). The narcissistic-masochistic character. In R.A. Glick, D.I. Meyers (a cura di), *Masochism: Current psychological perspectives* (pp. 189-204). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Cunsolo, A., & Ellis, N. R. (2018). Ecological grief as a mental health response to climate change-related loss. *Nature Climate Change*, 8(3), 275-281.
- Eagle, M. J. (2024). *Subjective Experience: Its Fate in Psychology, Psychoanalysis, and Philosophy of Mind*. Oxfordshire: Routledge.
- Etzi, J. (2014). The *Psychodynamic Diagnostic Manual* M Axis: Toward an articulation of what it can assess. *Psychoanalytic Psychology*, 31(1), 119-133.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fegert, J., Vitiello, B., Plener, P., & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(20).
- Frances, A. (2013). *Primo, non curare chi è normale*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E., & Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations*, 5, 289-317.
- Freud, S. (1901). *Frammento di un'analisi d'isteria (caso clinico di Dora)*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 4). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1922/1977). *L'Io e l'Es*. In Opere di Sigmund Freud (Vol. 9). Torino: Bollati Boringhieri.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley, Department of Psychology.
- Glickauf-Hughes, C. (1997). Etiology of the masochistic and narcissistic personality. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 141-148.
- Gordon, R. M., & Bornstein, R. F. (2025). *Psychodiagnostic Chart-3 (PDC-3)*. Unpublished manual.
- Gori, A., Topino, E., Muzi, L., Lingiardi, V., & Stanghellini, G. (2025). A Multimethod Psychometric Approach to Analyse the Profile of Mental Functioning – M Axis of the Psychodynamic Diagnostic Manual, 2nd Edition (Pdm-2): A Focus on Cluster B Personality Disorders. *Clinical Neuropsychiatry*, 22(1), 53-65.
- Grotstein, J. S. (1997). Mens sana in corpore sano. The mind and the body as an 'odd couple' and as an odd-coupled unit. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 204-222.
- Horwitz, L., Gabbard, G. O., Allen, J. G., Frieswyk, S. H., Colson, D. B., Newsom, G. E., & Coyne, L. (1998). *Borderline personality disorder: Tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Huprich, S. K., & Malone, B. C. (2022). Malignant self-regard: Overview and future directions. *Harvard Review of Psychiatry*, 30(4), 226-237.
- Huprich, S. K., & Meyer, G. J. (2011). Introduction to the JPA special issue: Can the Psychodynamic Diagnostic Manual put the complex person back at the center-stage of personality assessment? *Journal of Personality Assessment*, 93(2), 109-111.
- Huprich, S. K., & Nelson, S. M. (2014). Malignant self-regard: accounting for commonalities in vulnerably narcissistic, depressive, self-defeating, and masochistic personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 989-998.

- Kernberg, O. F. (1984). *Disturbi gravi della personalità*. Torino: Bollati Boringhieri, 2000.
- Kernberg, O. F. (1988). Clinical Dimensions of Masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 1005-1029.
- Kernberg, O. F. (1995). Technical approach to eating disorders in patients with borderline personality organization. *The Annual of Psychoanalysis*, 23, 33-48.
- Kernberg, O. F. (2006). Identity: Recent findings and clinical implications. *Psychoanalytic Quarterly*, 75(4), 969-1003.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Clark, L. A., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., Ivanova, M. Y., Lynam, D. R., Markon, K., Miller, J. D., & Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454-477.
- Laurance, E. L., Thompson, R., Newberry, Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry*, 34(5), 443-498.
- Lemma, A. (2010). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina, 2011.
- Lingiardi, V. (2018). *Diagnosi e destino*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2023). *L'ombelico del sogno*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2024). *Corpo, umano*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2025). *Farsi male. Variazioni sul masochismo*. Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2017). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, seconda edizione (PDM-2)*. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2018.
- Lingiardi, V., & Muzi, L. (2018). Il Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-2): Un'occasione di dialogo interdisciplinare. *Giornale Italiano di Psicologia*, 45(4), 781-804.
- Lingiardi, V., Colli, A., & Muzi, L. (2018). A clinically useful assessment of patients' (and therapists') mental functioning: M-axis implications for the therapeutic alliance. *Psychoanalytic Psychology*, 35, 306-314.
- Lingiardi, V., & Madeddu, F. (2023). *I meccanismi di difesa: Teoria, valutazione, clinica (3ª ed.)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025a). *Manuale Diagnostico Psicodinamico, terza edizione (PDM-3)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (2025b). The Psychodynamic Diagnostic Manual, 3rd edition (PDM-3). *World Psychiatry*, 24, 442-443.
- Lingiardi, V., & Zingaretti, P. (2019). La personalità e i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione. In Spitoni, G.F., Aragona, M. (a cura di), *Manuale dei Disturbi Alimentari*. Roma: Carocci, pp. 85-94.
- Lushchak, O., Velykodna, M., Bolman, S., Strilbytska, O., Berezovskyi, V., & Storey, K. B. (2023). Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study. *The Lancet regional health. Europe*, 36, 100773.
- Mallett, R. K. (2012). Eco-guilt motivates eco-friendly behavior. *Ecopsychology*, 4(4), 223-231.
- McDougall, J. (1989). *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*. Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- McWilliams, N. (2011). *La diagnosi psicoanalitica*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2012.
- McWilliams, N. (2021). *La supervisione*. Milano: Raffaello Cortina, 2022.

- Mesa-Vieira, C., Haas, A., Buitrago-García, D., Roa-Díaz, Z., Minder, B., Gamba, M., Salvador, D., Gomez, D., Lewis, M., Gonzalez-Jaramillo, W., De Mortanges, A., Buttia, C., Muka, T., Trujillo, N., & Franco, O. (2022). Mental health of migrants with pre-migration exposure to armed conflict: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public health*, 7(5), e469-e481.
- Millon, T., & Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Mirabella, M., Muzi, L., Franco, A., Urgese, A., Rugo, M. A., Mazzeschi, C., Speranza, A. M., McWilliams, N., & Lingiardi, V. (2023). From symptoms to subjective and bodily experiences: the contribution of the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM-2) to diagnosis and treatment monitoring in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 28(1), 35.
- Mundo, E., Persano, H., & Moore, K. (2018). The S Axis in PDM-2. Symptom patterns: The subjective experience. *Psychoanalytic Psychology*, 35(3), 315-319.
- Muzi, L. (2025). «When the body speaks». Il contributo del Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM-3) alla valutazione psicodinamica dei disturbi alimentari in età adulta. *Rivista di Psicoanalisi*, LXXI(4), 1039-1055.
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., & Lingiardi, V. (2021). Eating pathology and *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM-2) diagnostic assessment: Implications for treatment outcomes in a psychodynamic-oriented residential setting. *Psychoanalytic Psychology*, 38(4), 300-310.
- Niedzwiędz, C. L., Kankawale, S. M. & Katikireddi, S. V. (2025). A systematic review of social, political and geographic factors associated with eco-anxiety in children and young people. *Nature Mental Health*, 3, 1579–1615.
- Nissim Momigliano, L. (2001). *L'ascolto rispettoso: scritti psicoanalitici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C., Ruanta, Y., Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2021). Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906.
- Nydes, J. (1963). The paranoid-masochistic character. *Psychoanalytic Review*, 50, 215-251.
- Ogden, T. H. (2023). Like the belly of a bird breathing: On Winnicott's 'Mind and its relation to the psyche-soma'. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(1), 7-22.
- PDM Task Force. (2006). *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM). Trad. it. Milano: Raffaello Cortina, 2008.
- Perry, J. C. (1990). *The Defense Mechanism Rating Scale manual* (5th ed.). Cambridge, MA: Author.
- Riad, A., Drobov, A., Alkasaby, M. A., Peřina, A., & Kořčík, M. (2023). Nuclear Anxiety Amid the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Descriptive Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3551.
- Roesler, C. (2023). Dream interpretation and empirical dream research – an overview of research findings and their connections with psychoanalytic dream theories. *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(2), 301-330.
- Satir, D. A., Thompson-Brenner, H., Boisseau, C. L., & Crisafulli, M. A. (2009). Countertransference reactions to adolescents with eating disorders: relationships to clinician and patient factors. *The International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 511-521.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In S. Arieti (a cura di), *American Handbook of Psychiatry* (Vol. 1, pp. 398-416). New York: Basic Books.

- Shai, D., & Belsky, J. (2011). Parental embodied mentalizing: Let's be explicit about what we mean by implicit. *Child Development Perspectives*, 5(3), 187-188.
- Shedler, J., Westen, D., & Lingardi, V. (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200, nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Solmi, M., Monaco, F., Højlund, M., Monteleone, A. M., Trott, M., Firth, J., & Correll, C. U. (2024). Outcomes in people with eating disorders: a transdiagnostic and disorder-specific systematic review, meta-analysis and multivariable meta-regression analysis. *World Psychiatry*, 23, 124-138.
- Stanley, S. K., Hogg, T. L., Leviston, Z., & Walker, I. (2021). From anger to action: Differential impacts of eco-anxiety, eco-depression, and eco-anger on climate action and wellbeing. *The Journal of Climate Change and Health*, 1, 100003.
- Tanzilli, A., Muzi, L., & Lingardi, V. (2024a). Manuali e procedure diagnostiche. In Lingardi, V., *La personalità e i suoi disturbi. Nuova edizione*. Milano: Raffaello Cortina, (pp. 327-388).
- Tanzilli, A., & Lingardi, V. (2022). The diagnostic use of countertransference in psychodynamic practice. In: Biondi, M., Picardi, A., Pallagrosi, M., Fonzi, L. (Eds.), *The clinician in the psychiatric diagnostic process* (151-163). Switzerland AG: Springer Nature.
- Tanzilli, A., Fiorentino, F., Liotti, M., Lo Buglio, G., Gualco, I., Lingardi, V., Sharp, C., & Williams, R. (2024b). Patient personality and therapist responses in the psychotherapy of adolescents with depressive disorders: toward the *Psychodynamic Diagnostic Manual* - third edition. *Research in psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(1), 752.
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78.
- Wang, S., Barrett, E., Hicks, M., Martsenkovskiy, D., Holovanova, I., Marchak, O., Ishchenko, L., Haque, U., & Fiedler, N. (2024). Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*, 339.
- Waska, R. T. (1997). Precursors to masochistic and dependent character development. *American Journal of Psychoanalysis*, 57, 253-267.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999a). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte I. Lo sviluppo di un metodo clinicamente ed empiricamente valido. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 67-100). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Westen, D., & Shedler, J. (1999b). Revisione e valutazione dell'Asse II: Parte II. Verso una classificazione dei disturbi di personalità empiricamente fondata e clinicamente utile. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200* (pp. 101-130). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Westen, D., Gabbard, G. O., & Blagov, P. (2006). Back to the Future: Personality Structure as a Context for Psychopathology. In: Krueger, R.F., Tackett, J.L. (Eds.), *Personality and Psychopathology* (335-384). New York: Guilford Press.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B., & DeFife, J. A. (2012). Una tassonomia delle diagnosi di personalità derivata empiricamente. Colmare il divario tra scienza e clinica nella concettualizzazione della personalità. Trad. it. in J. Shedler, D. Westen, V. Lingardi (a cura di), *La valutazione della personalità con la SWAP-200. Nuova edizione* (pp. 131-145). Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Winnicott, D. W. (1949). La mente e il suo rapporto con lo psiche-soma. In: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando, 1973.

- World Health Organization. (2019). *Descrizioni Cliniche e Requisiti Diagnostici per i Disturbi Mentali, Comportamentali e del Neurosviluppo ICD-11*. Milano: Raffaello Cortina, 2025.
- Zeeck, A., Gruteser, V., Lau, I., Egenolf, M., Klose, C., Lienhart, S., & Hartmann, A. (2025). Countertransference in the treatment of patients with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 240.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 febbraio 2026.

Accettato: 17 febbraio 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:1153

doi:10.4081/rp.2026.1153

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

## **The *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition, text revision: through tradition and change. Critical analysis and clinical implications**

Fabio Di Fabio,\* Antonella Moschillo\*\*

ABSTRACT. – Today, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fifth edition, text revision (DSM-5) is a central point of reference in contemporary psychiatry, not only as a diagnostic manual but also as a device that structures access to care, clinical language, and patient understanding. This article takes a critical look at the main changes, highlighting the continuity with previous editions and the conceptual transformations that have been introduced. The history of the DSM shows that there is tension between the search for diagnostic reliability, the simplification of observable symptoms, and the complexity of the subjective experience. The DSM-5-TR introduces significant updates: the inclusion of prolonged grief disorder, the revision of race and gender language, the expansion of unspecified mood disorders, and the redefinition of intellectual disability and functional neurological symptom disorders, as well as the self-coding of suicidal and self-harming behavior. These changes reflect an orientation toward a psychiatry that is more sensitive to cultural and social contexts, while maintaining priority over standardization and diagnostic replicability. The manual, while not revolutionizing the paradigm, continuously calibrates the boundary between normality and pathology; the text is analyzed with a critical eye, highlighting its limitations and potential, and encouraging a more contemplative use in clinical practice and patient care.

*Key words:* DSM-5, psychiatry, psychiatric nosography, diagnosis.

### Premise

In recent decades, the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) has become an almost mandatory reference for clinical practice, research, and organization of mental health services. Even for

---

\*Policlinico Umberto I, Rome; Department of Neurosciences and Mental Health, Sapienza University of Rome, Italy. E-mail: fabio.difabio@uniroma1.it

\*\*ASL Roma 5, Tivoli (RM); Department of Dynamic and Clinical Psychology, and Health Studies, Sapienza University of Rome, Italy.  
E-mail: antonella.moschillo@uniroma1.it

those working in a psychoanalytic context, the DSM is today an inescapable interlocutor: indeed, its categories structure access to care, institutional language, and, increasingly, the very way in which patients are able to name their suffering, which adheres to the official nosography.

The publication of the DSM-5-TR (APA, 2022) is not a mere editorial revision of the manual but a moment of adjustment of this classification device in a deeply changed clinical, cultural, and scientific context. The changes introduced, even when they appear technically minor, reflect theoretical orientations, social evolutions, and institutional objectives that directly affect the way in which psychological distress is recognized, defined, and treated.

The purpose of this article is to provide a critical and technically informed reading of the main innovations of the DSM-5-TR (APA, 2022), with particular attention paid to their clinical and epistemological implications. We will try to understand what is changing, how it is changing, and in what direction psychiatric nosography is moving today. For the psychoanalytic community, this work of clarification is all the more necessary since the DSM, although foreign to its theoretical tradition, continues to exert a concrete influence on the clinical field in which it operates. Neglecting the DSM means increasing the risk of losing a fundamental interpretative lens on the contemporary forms of suffering and the devices that organize them.

## Historical landscape of the DSM

In the debate about the modern evolution of subjectivity and mental pathology, the American Psychiatric Association (APA) has played a central role. Through the various editions of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), the APA has not only provided a technical diagnosis directory but has also helped to define the way in which psychiatry has thought about mental suffering, its scientific status, and its implicit conception of the human being. The DSM has functioned, in this sense, as a true conceptual infrastructure: a grid that organizes what is recognized as disturbance, what is normal, and what remains in an area of ambiguity between adaptation and pathology.

Since its inception, the DSM project has been driven by the aspiration of making mental suffering the object of ordered, standardized, and cumulative knowledge, modelled on other medical disciplines. This aspiration, however, has never been neutral. Each classification implies theoretical, anthropological, and regulatory choices that profoundly affect how mental illness is described, treated, and ultimately experienced by patients. In this regard, the DSM should be interpreted as a historical device located at the

intersection of clinical needs, dominant scientific models, institutional interests, and cultural transformations.

The turning point came in 1980 with the publication of the DSM-III (APA, 1980), which marked a significant discontinuity from previous editions. As documented by Hanna Decker in *The Making of DSM-III* (Decker, 2013), this edition marked the abandonment of the great psychodynamic and phenomenological models in favor of an overtly descriptive and “atheoretic” approach. Mental disorders were no longer defined on the basis of etiological hypotheses or deep psychopathological structures, but by sets of observable and operational criteria.

This reform was chiefly led by Eli Robins and Robert L. Spitzer, exponents of the Neo-Kraepelinian tradition. Their design was based on three pillars. The first was the need to increase diagnostic reliability, which emerged strongly after the scandal brought up by the US-UK Diagnostic Project (Kendell *et al.*, 1971), which showed systematic divergences between American and British psychiatrists in diagnosing the same clinical cases. The second pillar was the introduction of operational criteria based on lists of symptoms, inspired by the Feighner criteria (Feighner *et al.*, 1972) and then formalized in the *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer *et al.*, 1978), with the aim of making diagnoses replicable and comparable. The third was an attempt to overcome the nosographic chaos produced by the different theoretical schools by adopting an admittedly agnostic approach to etiology.

This approach found an explicit formulation in the work by Woodruff, Goodwin, and Guze, *Psychiatric Diagnosis* (Goodwin & Guze, 1979; Woodruff *et al.*, 1974), which argued for the need to suspend all explanatory pretenses in the absence of solid empirical bases. Indeed, these authors wrote in the preface to the first edition:

“In this book there are few explanations. This is because, for most psychiatric conditions, there is no explanation. ‘Unknown etiology’ is the hallmark of psychiatry, and its curse. Historically, once the etiology is known, a disease stops being psychiatric. [...] people naturally continue to speculate on the etiology, and this is good if it produces verifiable assumptions, and bad if speculation is mistaken for truth. In this book speculation is largely avoided, as it is available elsewhere in abundance. [...] One last word on this approach to psychiatry. It is sometimes referred to as ‘biological’ [organic]. This is a misleading term. A better term, perhaps, is agnostic.”

The DSM-III translated this project into a classification system based on explicit criteria, clinical course, and prognosis. This made psychiatry more compatible with epidemiological and pharmacological research by providing a common language and fostering large-scale data collection and integration into health systems.

But this very success introduced background tension. The “atheoreticity” of the DSM is only illusory: deciding which symptoms matter, how to group them, and where to set diagnostic thresholds always implies an implicit theory of mind and deviance. By reducing a disorder to a set of symptomatological criteria, the DSM has prioritized what is measurable and comparable, leaving the subjective history, context, and overall structure of the experience in the background.

Subsequent editions, from the DSM-IV (APA, 1994) to the DSM-IV-TR (APA, 2000), refined the clinical descriptions, including course, prevalence, and co-morbidity data, but without modifying this framework. Classification is still based on operational nominalism: disorders are defined by consensus, not as entities with their own structure. As noted by Steven Hyman, in an enlightening review (Hyman 2010), this facilitated the reification of diagnoses, treated as if they were natural objects, with the clinical risk of reducing the singularity of patients to the available categories.

Over time, this nominalism has been supplemented by a growing push toward the neuroscientific naturalization of diagnoses. An emblematic moment was Thomas Insel’s editorial, *Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline*, published in the *Journal of the American Medical Association* (Insel & Quiron, 2005), which proposed understanding mental disorders as brain disorders, thereby redefining the basic education and sciences of psychiatry.

“In this comment, we argue that the impact of psychiatry on public health will require that mental disorders be understood and treated as brain disorders. [...] if mental disorders are brain disorders, then the basic sciences of psychiatry must include neuroscience and genomics, and the training of psychiatrists in the future must be profoundly different from that of the past.”

With the DSM-5 (APA, 2013) and the DSM-5-TR (APA, 2022), these tensions became even more apparent. Alongside attempts to introduce dimensional and transdiagnostic approaches, there has been a further expansion of the pathological field from prolonged grief disorder to a marked increase in autism and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) diagnoses in developmental age. Allen Frances, already in charge of the DSM-IV, has interpreted this direction as a growing medicalization of everyday life, mainly benefiting the pharmaceutical industry: a dynamic that, as he writes in *Saving Normal* (Frances 2013), risks transforming society into a community of chronic patients. Frances writes:

“The stakes were too high to turn a blind eye – high for both wrongly labeled future ‘patients’ and society as a whole. Diagnostic inflation has led too many people to depend on antidepressants, antipsychotics, anxiolytics, sleeping pills, and painkillers. We are turning into a pill-swallowing society.”

In this context, the DSM-5-TR presents itself as a recent crystallization of tensions that have long been going through psychiatric nosography. Rather than merely updating the wording, it represents a point of reorganization of conceptual, clinical, and institutional structures that are already in place. In order to assess its scope, it is therefore necessary to move from the level of general criticism to that of its operational choices, made up of definitions, criteria, specifiers, and vocabulary.

It is in these technical devices that the conceptual framework of the DSM takes its operational form and produces its clinical effects. It is on this level that the analysis of the DSM-5-TR that follows is contextualized.

## Critical and technical analysis of the DSM-5-TR

In light of this historical and theoretical course, the analysis of the changes introduced in the DSM-5-TR acquires a meaning that goes beyond mere technical updating. Although most revisions consist of relatively minor interventions, error corrections, terminology clarifications, or resolution of inconsistencies between diagnostic criteria, some changes are sufficiently important to affect clinical practice and the conceptual setup of the manual, as aforementioned (First *et al.*, 2022).

Some of these changes concern the formulation of the *specifiers*, often with a predominantly clarifying function and without substantial implications for the overall philosophy of the DSM; these interventions will not be considered here. Instead, we will focus on nine profiles of change, which, in our opinion, more clearly reflect the adaptation of the manual to the “spirit of the times”. For each profile, a summary outline has been prepared, followed by a brief analytical comment. These will then be followed by a summarizing discussion, addressing not only the most recent revisions but also the overall logic governing the entire DSM framework.

### 1. *General setting changes*

The DSM-5-TR introduces a new section entitled *Introduction and Use of the Manual*, which establishes stricter protocols for the application of the criteria.

The fundamental change is to move from a “discontinuous” revision model (large editions every 15-20 years) to an iterative, continuous model. The APA has established standing working groups to monitor scientific literature and propose changes in real time, which will be published online before being added to future editions. This transforms the manual from a static text to a dynamic “epistemic maintenance” device. In this way, the APA breaks with the tradition of drastic changes between editions (as hap-

pened between the DSM-III and DSM-IV), preferring a more fluid and adaptable “continuous” revision (First, 2016).

This new vision is emblematic of the context in which the manual was published, that of a rapidly evolving world characterized by technological acceleration and growing social uncertainty. The “iterative” approach implies that diagnostic categories are no longer defined definitively but can be reviewed and corrected as new evidence builds. Thus, psychiatry is seen to be constantly evolving, reflecting the reality of an increasingly “liquid” world, as described by Zygmunt Bauman (2000), where institutions and truths are modeled on the needs immediately perceived.

## 2. *Prolonged grief*

Inclusion of prolonged grief disorder (PGD) in Section II (Official Diagnosis).

[Time criterion: Death must have occurred at least 12 months earlier for adults and at least 6 months earlier for children and adolescents.

Symptomatological criteria: Presence of intense yearning/longing for the deceased person or preoccupation with thoughts or memories of the deceased person, accompanied by at least 3 of 8 symptoms (identity disruption, disbelief, avoidance of reminders, intense emotional pain, difficulty reintegrating, emotional numbness, feeling life is meaningless, and intense loneliness) present almost every day for at least the last month.

Exclusion: The disorder is not better explained by major depressive disorder or post-traumatic stress disorder and must clearly exceed cultural and religious norms.]

The introduction of prolonged grief disorder has given rise to extensive sociological and cultural reflections, first and foremost the one carried out by a group of scholars (Breen *et al.*, 2015), which, through an international online survey (in only Western countries) on public attitudes, revealed that about 25% of respondents did not share the view that mourning could be considered a mental disorder. This is even more evident in public opinion in non-Western countries. For example, a similar survey in China (Tang *et al.*, 2020) found that as many as 40% of respondents considered grief to not be attributable under any circumstances to mental illness, even when it involved suicide.

However, the DSM Committee eventually voted for inclusion in the Manual due to the significant statistical analyses showing that the prolonged grief disorder construct contains a high level of internal consistency (Cronbach’s alpha greater than 0.80 in all samples tested). It is statistically distinct from other disorders with similar symptoms, such as major depressive disorder, post-traumatic stress disorder, and generalized anxiety (Prigerson *et al.*, 2021; Szuhany *et al.*, 2021). All of this has allowed for the

inclusion in the DSM of an *ad hoc* category for the complications of grief, and indeed, this has resulted in the creation of a clear clinical boundary for an experience that has historically been treated as a natural process anchored in culture and religion. In fact, contemporary psychiatry intervenes to “normalize” mourning, setting time limits beyond which pain is no longer tolerated.

In a social context strongly geared toward performance and functional continuity, emotional suffering tends to be conceived as a state that must be contained and resolved within a predictable time frame. The setting of a twelve-month time limit for persistent mourning implicitly introduces a criterion of “appropriate duration” of pain. From a phenomenological perspective, however, grief is not a mere constellation of symptoms, but a break in the horizon of meaning and continuity of experience. In this context, its diagnostic codification risks operating as a normalization device, which legitimizes pain only to the extent that it falls within socially acceptable time and statistical parameters.

### 3. The “decolonization” of psychiatry

The DSM-5-TR implemented a massive text revision to eliminate discriminatory language.

[The term “race” has been removed where it was used as an intrinsic biological variable, such as in the category: V62.4 (Z60.5) “Subject to (perceived) discrimination or persecution”, in which the term “race” was used.

The text explicitly recognizes that disparities in diagnosis are often due to external factors such as structural racism and socio-economic inequalities.

The term “minority” has been largely replaced with more specific descriptions (e.g., “ethnoracial groups”) to avoid implying a hierarchy of importance or power. Generalizations about genetic differences in response to psychotropic drugs have been removed, now attributed to individual enzymatic variations and not racial affiliations.]

This review puts an end to the use of “race” as a biological category, recognizing that structural racism is a factor of collective stress. It represents an important step in the deconstruction of a psychiatry that has historically contributed to perpetuating inequalities (Garb, 2021). If overdiagnosis of schizophrenia, alcohol dependence, personality disorders, etc., among Black people was a documented practice, the DSM-5-TR attempts to break down these barriers.

The change is not just about terminology but involves broader reflection on the implications of systemic racism. The challenge now is to translate these principles into clinical practices that do not consider the subject as an abstract individual, but as a being immersed in a sociopolitical context that

determines mental health. The feeling is, however, that although Western societies introduce more politically and socially appropriate terminology, attitudes are still not equally inclusive and egalitarian.

#### 4. *Gender and identity*

The changes in the chapter on gender dysphoria are radical in their semantic impact.

[“Experienced gender” replaces “desired gender”. The term “desire” suggested a whim or an unfulfilled aspiration; “experienced/expressed” recognizes identity as a present and ontologically valid fact.

Gender assigned at birth: the term “born” (e.g., “male born individual”/“female born individual”) disappears in favor of “assigned at birth” for the male/female gender. This change recognizes that gender is a medical category assigned by external observers at birth, which may not match the identity of the person.

“Gender affirmation” procedures replace the terms “reassignment” or “cross-sex”.

“Affirmation” implies that medical intervention (hormonal or surgical) is used to validate and align the body with an existing identity, rather than changing it.]

“Gender dysphoria” was already a new diagnostic class included in the DSM-5 (it replaced “gender identity disorder” of the DSM-IV) and reflected a change in the conceptualization of the characteristics that defined the disorder by emphasizing the phenomenon of “gender incongruence” rather than identification with the opposite sex, which was how gender identity disorder was conceptualized in the DSM-IV. In explaining the criteria, “the opposite sex” had been replaced by “the opposite gender” (or “an alternative gender”), and the term “gender” was systematically used instead of “sex” because the concept of “sex” was deemed inappropriate when referring to individuals with a sexual development disorder.

After the DSM-5 was published, the debate continued (Zucker, 2013) and some changes were made in the revision of the text, which seem to only concern terminology, but which are also very significant in philosophical terms. For example, the transition from the concept of “desire” to that of “expressed” (but note that the most phenomenologically meaningful term “experienced” is not used) marks an important discontinuity: it is no longer an unrealized aspiration, but an experience that concerns the already present identity of the subject.

Abandonment of the term “born”, in favor of “assigned at birth”, promotes a more fluid and less binary view, recognizing the self-determination of transgender people. These changes reflect a profound change in the way psychiatry relates to gender identities, assuming a role of identity facilitator rather than regulatory judge. Terminology becomes a tool for empowering and respecting diversity.

## 5. *Mood disorders review and new operational categories*

The manual clarifies and expands the diagnosis of “unspecified mood disorder”.

[This category is used to describe clinical pictures with a mixed mood that does not fully meet the criteria for duration or number of symptoms for mania and hypomania episodes or major depressive disorder. For example, a person with persistent depressive symptoms who has sudden thought accelerations or irritability for only two days (below the four-day threshold required for hypomania) can now be accurately categorized, avoiding being misdiagnosed with bipolar I or II disorder.]

Traditionally, psychiatry has divided mood disorders into rigid categories. However, many patients have “hybrid” symptoms that do not fit easily into these binaries. The DSM-5-TR finally corrected a problem introduced by the DSM-5: the lack of diagnostic space for those patients who have mood disorders, but for whom it is not yet (or will never be) possible to determine whether the clinical picture will evolve into a bipolar or depressive form.

The unspecified mood disorder category effectively restores the concept already present in the DSM-IV under the name of unspecified mood disorder. This solution has always been welcomed with relief by clinicians, as the chapter structure of the DSM-5 had often forced premature and clinically unclear choices. Updating is crucial to avoid inappropriate drug treatments, such as excessive use of mood stabilizers or antipsychotics in cases where more nuanced approaches are required.

## 6. *Intellectual developmental disorder*

The term “intellectual disability” is officially replaced with “intellectual developmental disorder”. Although the term “intellectual disability” remains in parentheses to facilitate the transition, the new wording fully aligns with the World Health Organization (WHO) International Classification of Diseases - 11<sup>th</sup> Revision (ICD-11). Diagnosis is no longer based on IQ test scores, but on adaptive functioning of the subject in conceptual, social, and practical domains.

The use of the term “disorder” instead of “disability” (in this specific evolutionary context) emphasizes the need for continuous support during the development phases. It stresses that the condition is not a static and immutable deficit, but a mode of operation that requires environmental adaptations.

The currents of thought that support neurodiversity find institutional acknowledgement in the DSM-5-TR. People with intellectual developmen-

tal disorders are no longer regarded as “deficient”, but as belonging to a human dimension that deserves respect and personalized support, shifting the focus from what the subject “cannot do” to how he/she can “function more appropriately” in specific contexts.

### 7. *Functional neurological symptom disorder*

The term “conversion disorder” has been completely replaced with “functional neurological symptom disorder”.

[The diagnostic criteria have been simplified to no longer require the presence of an identifiable psychological stress factor. The diagnosis is now based on clinical evidence of incompatibility between the symptom and known neurological conditions (*e.g.*, Hoover’s sign in the case of limb weakness), shifting the focus from “psychic cause” to “clinical presentation”.]

This is a particularly important change, as it involves abandoning terminology that is historically linked to the 19th-century psychiatric tradition, which subsequently became psychoanalytical too. Conversion hysteria had already been described in detail by Freud in his writings with Josef Breuer, collected in his book *Studies on Hysteria* (Breuer & Freud, 1895). The term “conversion” recalled the mechanism by which an intolerable affection, linked to a removed representation, was diverted from the psychic plane to that of the body. The presence of severe bodily symptoms – paralysis, anesthesia, aphonia, visual disturbances, seizures – in the absence of any organic injury is, for Freud and for subsequent psychoanalytic tradition, the result of a process of conversion of a psychic conflict into a somatic phenomenon. The conversion thus represented both a disguised expression of unconscious conflict and a form of body language. The emotional energy that could not be processed mentally (due to repression) and that found an outlet in the body, producing a symptom that had a high symbolic value.

The adoption of the term “functional” introduces a more descriptive lexicon that is less loaded with theoretical and moral implications: it does not assume that the symptom results from an unconscious “conversion” of trauma but rather indicates an alteration of the functioning of neuropsychological circuits in the presence of structurally intact brain architecture (Stone *et al.*, 2016). This terminology shift is consistent with an orientation that aims to reduce patient stigmatization, avoiding interpretations that can be perceived as guilt-inducing or reductively psychologizing. At the same time, it reflects the current tendency to interpret these disorders as expressions of neural network dysfunction, marking a progressive realignment of nosography toward integrative models between neuroscience and clinical practice, rather than toward explanations that are broad and inclusive of intrapsychic conflict.

## 8. *Disappearance of the term “neuroleptic”*

The DSM-5-TR systematically removed the term “neuroleptic” throughout the manual. Instead, terms such as “antipsychotic drugs” or, in more technical contexts, “dopamine antagonist drugs” are used. The term was considered obsolete because it emphasized the “motility-reducing” (tranquillizing) effect of first-generation drugs, neglecting the more complex mechanisms of action of modern drugs.

The substitution of “neuroleptic” with “antipsychotic” therefore signals an attempt to realign the pharmacological lexicon to a psychiatry that is increasingly defined in terms of targeted intervention on psychopathological processes, rather than simply controlling behavioral symptoms. In this sense, the terminology change should contribute to a less stigmatizing representation of drug treatments and to an image of clinical practice geared not only at containment, but at the modification of pathogenetic processes involved in psychotic disorders.

## 9. *Suicide and self-harm*

The DSM-5-TR introduces new Z-codes for recording suicidal behavior and non-suicidal self-harm. These codes allow clinicians to record other conditions that may be a focus of clinical attention, even in the absence of a diagnosis of concurrent mental disorder (*e.g.*, a person without depression who attempts suicide following financial collapse).

Traditionally, suicidal behavior has been considered primarily as an epiphenomenon of an underlying mental disorder. Its partial autonomy within the DSM-5-TR introduces the recognition that a suicidal crisis can emerge even in the absence of a major psychiatric diagnosis, as a response to conditions of intense existential suffering. This innovation has significant clinical implications, as it allows specific interventions on suicidal risk to be targeted regardless of the presence of mood disorder or other formal psychopathologies.

At the same time, this diagnostic reorganization is not unambiguous. While it broadens the gaze on human suffering, it can be used to trace all forms of suicidal or self-harming behavior within a psychopathological context. In this way, psychiatry risks extending its jurisdiction to forms of discomfort that, as in the case of anomic suicide described by sociological tradition since Durkheim (1897), and already described by Marx (Plaut & Anderson, 1999), are rooted in fractures of social connections, in the loss of regulatory references, and in the processes of disintegration of the collective fabric, rather than strictly in an individual pathology.

Taken together, the changes examined do not constitute a simple technical review but rather outline a recognizable trajectory. Through terminolog-

ical adjustments, redefinition of criteria, and new category articulations, the DSM-5-TR continues to reorient the way suffering is made visible, defined, and treated. What emerges is not so much a paradigm shift but a gradual recalibration of the balance between clinical description, neuroscientific models, and contemporary cultural sensitivities. These shifts, though sometimes subtle, have real effects on clinical practice and patient experience: they change pathological thresholds, redefine what counts as a symptom, and transform the relationship between crisis, diagnosis, and treatment. It is therefore from these operational choices that it becomes possible to question more deeply the conceptual structure of the DSM. The following chapter, therefore, proposes to conclude by offering suggestions with which to try to place these transformations in a wider framework, examining the historical, epistemological, and institutional assumptions that have made the DSM what it is today.

## Conclusions

As mentioned, this last chapter proposes placing the DSM-5-TR within the broader genealogy of the DSM project, questioning its implicit assumptions, scientific alliances, and systemic constraints that guide its evolution.

A critical reflection on the DSM must therefore question the type of subject that the manual assumes: an abstract, de-contextualized individual, observable from the outside, whose inner experience can be broken down into symptoms and traced back to standard categories. In this process, the meaning and sense of experience tend to fade away. Phenomenological and psychodynamic traditions have highlighted the limitations of this approach, showing that psychopathology cannot be reduced to a sum of signs, but must be understood as a global transformation of the way of being-in-the-world. Psychic suffering, therefore, is not an isolated object but an experience that affects the entire existence of the subject.

The DSM should therefore be interpreted as a historically situated device, influenced by implicit philosophical choices, whose effects go beyond the clinician and enter professional training, health systems, insurance policies, and the pharmaceutical industry. This function also extends outside of the clinical context. The DSM categories enter into common language, shape the self-understanding of subjects, and define interpretive frameworks for suffering, consolidating the perception of disorders as objective and natural realities, rather than as historical and cultural constructions.

From a technical point of view, the manual gives priority to the reproducibility of the diagnosis (inter-rater reliability) over its clinical validity. Concordance between observers ensures standardization but does not

ensure that what is diagnosed really corresponds to a meaningful clinical structure. The proliferation of diagnostic categories responds to the need to recognize previously neglected forms of suffering, but may further fragment the psychopathological field, multiplying labels without clarifying the structural relationships between them. It risks “hyper-nominating” suffering: every discomfort has a name, but not always a meaning.

In fact, the DSM reduces the psychopathological experience to measurable symptoms, neglecting the central question for those experiencing it: Why these symptoms, at this time, in this context? Phenomenological perspectives recall that psychic suffering cannot be understood without considering the way the world shows itself to the subject. Loss of natural evidence, alteration of temporality, delusional experiences: these are not signs among others, but transformations that redefine the whole experience. What lends itself to discrete coding is marginalized, reflecting a conception of science that favors the measurable and struggles to confront complex, qualitative, and ambiguous phenomena.

Finally, the link between diagnosis and treatment shows the practical impact of the manual: categories guide access to treatment, prescriptions, treatment duration, and assessment of outcomes. When diagnosis becomes an ontological reality, clinical identity risks overlapping with personal identity, compressing the complexity of experience and contributing to the stigmatization and medicalization of problems that have existential, social, or relational roots.

To bring these tensions to light means returning a reflective dimension to psychiatry: no classification can exhaust the sense of suffering, but, if taken critically, it can become an instrument at the service of care. The DSM, therefore, confirms itself as a success and a problem at the same time. Its ambivalence recalls the theme of wonder as a limit-experience: the moment in which the order of sense falters and experience shows itself in its opacity. In this fragile space, the possibility of a non-reductive clinical practice opens up, and this is capable of accommodating the singularity without dissolving it into codes, keeping the tension between control and openness to otherness alive.

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. DSM-III*. Washington: APA Press (It. trans.: DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington: APA Press (It. trans.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington: APA Press (It. trans.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2000).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington: APA Press (It. trans.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2013).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR*. Washington: APA Press (It. trans.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2023).
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press (It. trans.: Modernità liquida. Roma-Bari: Laterza, 2002).
- Breen, L. J., Penman, E. L., Prigerson, H. G., & Hewitt, L. Y. (2015). Can Grief be a Mental Disorder?: An Exploration of Public Opinion. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 569-573.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (It. trans.: Studi sull'isteria. In Freud S., Opere. Vol. I. Torino: Bollati Boringhieri, 1967).
- Decker, H. (2013). *The Making of DSM-III. A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford-New York: Oxford University Press.
- Durkheim, É. (1897). *Le Suicide: étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan (It. trans.: Il suicidio. Studio di sociologia. Milano: Rizzoli, 1987).
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26(1), 57-63.
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 218-219.
- First, M. B. (2016). Adopting a continuous improvement model for future DSM revisions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 223-224.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, «DSM-5», Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: Morrow (It. trans.: *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri, 2013).
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical psychology review*, 90, 102087.
- Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1979). *Psychiatric Diagnosis. Fifth Edition*. New York-Oxford: Oxford University Press (It. trans.: *La diagnosi psichiatrica*. Quinta edizione. Roma: Fioriti, 2000).
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 294(17), 2221-2224.
- Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gurlay, A. J., Copeland, J. R. M., Sharpe, L., & Gurland, B. J.

- (1971). Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25(2), 1231-30.
- Plaut, E. A., & Anderson, K. (1999). *Marx on Suicide*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773-782.
- Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2016). *Functional Neurological Disorders: A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, 19(2), 161-172.
- Tang, S., Chow, A. Y. M., Breen, L. J., & Prigerson, H. G. (2020). Can grief be a mental disorder? An online survey on public opinion in mainland China. *Death studies*, 44(3), 152-159.
- Woodruff, R. A., Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1974). *Psychiatric Diagnosis*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Zucker, K. J. (2013). DSM-5: Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behaviors*, 42(5), 669-674.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Contributions: Fabio Di Fabio contributed to the theoretical framework and the writing of the article; Antonella Moschillo contributed to the analysis of bibliographic data and the critical review of intellectual content. Both authors contributed substantially to the final draft of the work and approved the submitted version.

Acknowledgments: the authors thank their colleagues and clinical supervisors who have contributed, through theoretical and clinical comparison, to the improvement of the reflections presented in this work.

Received: 19 January 2026.

Accepted: 11 March 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1141  
doi:10.4081/rp.2026.1141

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



## **Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione, *text revision*: tra tradizione e cambiamento. Analisi critica e implicazioni cliniche**

Fabio Di Fabio,\* Antonella Moschillo\*\*

SOMMARIO. – Il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, quinta edizione, *text revision* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; DSM-5-TR) rappresenta oggi un punto di riferimento centrale nella psichiatria contemporanea, non solo come manuale diagnostico, ma come dispositivo che struttura l'accesso alle cure, il linguaggio clinico e la comprensione dei pazienti. Questo articolo ne analizza criticamente le principali novità, evidenziando la continuità con le edizioni precedenti e le trasformazioni concettuali introdotte. Dalla storia del DSM emerge una tensione tra la ricerca di affidabilità diagnostica, la semplificazione dei sintomi osservabili e la complessità dell'esperienza soggettiva. Il DSM-5-TR introduce aggiornamenti significativi: l'inserimento del disturbo da lutto prolungato, la revisione del linguaggio relativo a razza e genere, l'ampliamento dei disturbi dell'umore non specificati, la ridefinizione della disabilità intellettiva e dei disturbi da sintomi neurologici funzionali, nonché la codifica autonoma di comportamenti suicidari e autolesivi. Tali modifiche riflettono un orientamento verso una psichiatria più sensibile ai contesti culturali e sociali, pur mantenendo la priorità sulla standardizzazione e la replicabilità diagnostica. Il manuale, pur non rivoluzionando il paradigma, calibra continuamente il confine tra normalità e patologia; nel testo viene analizzato con uno sguardo critico, evidenziandone limiti e potenzialità, e invitando a un uso riflessivo nella pratica clinica e nella cura del paziente.

*Parole chiave*: DSM-5, psichiatria, nosografia psichiatrica, diagnosi.

### Premessa

Negli ultimi decenni il *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) è diventato un riferimento quasi obbligato per la pratica cli-

---

\*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, Roma; Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale, Sapienza Università di Roma, Italia.

E-mail: fabio.difabio@uniroma1.it

\*\*ASL Roma 5, Tivoli (RM); Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Sapienza Università di Roma, Italia. E-mail: antonella.moschillo@uniroma1.it

nica, la ricerca e l'organizzazione dei servizi di salute mentale. Anche per chi opera in un orizzonte psicoanalitico, il DSM rappresenta oggi un interlocutore ineludibile: di fatto le sue categorie strutturano l'accesso alle cure, il linguaggio istituzionale e, sempre più spesso, il modo stesso in cui i pazienti arrivano a nominare la propria sofferenza aderisce alla nosografia ufficiale.

La pubblicazione del DSM-5-TR (APA, 2022) non costituisce una semplice revisione editoriale del manuale, ma un nuovo momento di assestamento di questo dispositivo di classificazione in un contesto clinico, culturale e scientifico profondamente mutato. Le modifiche introdotte, anche quando appaiono tecnicamente minori, riflettono orientamenti teorici, evoluzioni sociali e obiettivi istituzionali che incidono direttamente sul modo in cui il disagio psichico viene riconosciuto, definito e trattato.

Scopo di questo articolo è fornire una lettura critica e tecnicamente informata delle principali novità del DSM-5-TR, con particolare attenzione alle loro implicazioni cliniche ed epistemologiche. Tenteremo di comprendere che cosa cambia, come cambia e in quale direzione si sta muovendo oggi la nosografia psichiatrica. Per una comunità psicoanalitica, questo lavoro di chiarificazione è tanto più necessario in quanto il DSM, pur estraneo alla propria tradizione teorica, continua a esercitare un'influenza concreta sul campo clinico in cui essa opera, trascurando la quale si rischia di perdere una lente di lettura fondamentale sulle forme contemporanee della sofferenza e sui dispositivi che le organizzano.

## Panorama storico del DSM

Nel dibattito sull'evoluzione moderna della soggettività e della patologia mentale, l'*American Psychiatric Association* (APA) ha svolto un ruolo centrale. Attraverso le diverse edizioni del DSM, l'APA non si è limitata a fornire un repertorio tecnico di diagnosi, ma ha contribuito a definire il modo stesso in cui la psichiatria ha pensato la sofferenza psichica, il suo statuto scientifico e la sua concezione implicita dell'essere umano. Il DSM ha funzionato, in questo senso, come una vera infrastruttura concettuale: una griglia che organizza ciò che viene riconosciuto come disturbo, ciò che rientra nella normalità e ciò che resta in una zona di ambiguità tra adattamento e patologia.

Fin dalle sue origini, il progetto del DSM è stato animato dall'aspirazione a rendere la sofferenza mentale oggetto di una conoscenza ordinata, standardizzata e cumulativa, sul modello delle altre discipline mediche. Questa aspirazione, tuttavia, non è mai stata neutra. Ogni classificazione implica scelte teoriche, antropologiche e normative che incidono profondamente sul modo in cui la malattia mentale viene descritta, trattata e, in ultima analisi, vissuta dai pazienti. In questo senso, il DSM va letto come un dispositivo

storico situato all'incrocio tra esigenze cliniche, modelli scientifici dominanti, interessi istituzionali e trasformazioni culturali.

La svolta decisiva avvenne nel 1980 con la pubblicazione del DSM-III (APA, 1980), che segnò una netta discontinuità rispetto alle edizioni precedenti. Come documentato da Hanna Decker in *The Making of DSM-III* (2013), questa edizione sancì l'abbandono dei grandi modelli psicodinamici e fenomenologici a favore di un'impostazione dichiaratamente descrittiva e "ateoretica". I disturbi mentali non venivano più definiti sulla base di ipotesi eziologiche o strutture psicopatologiche profonde, ma tramite insiemi di criteri osservabili e operazionalizzabili.

Questa riforma fu guidata soprattutto da Eli Robins e Robert L. Spitzer, esponenti della tradizione neo-kraepeliniana. Il loro progetto si fondava su tre pilastri. Il primo era l'esigenza di aumentare l'affidabilità diagnostica, emersa con forza dopo lo scandalo sollevato dallo *US-UK Diagnostic Project* (Kendell *et al.*, 1971), che aveva mostrato divergenze sistematiche tra psichiatri americani e britannici nella diagnosi degli stessi casi clinici. Il secondo pilastro fu l'introduzione di criteri operazionali basati su liste di sintomi, ispirate ai *Feighner Criteria* (Feighner *et al.*, 1972), e poi formalizzate nei *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer *et al.*, 1978), con l'obiettivo di rendere le diagnosi replicabili e confrontabili. Il terzo fu il tentativo di superare il caos nosografico prodotto dalle diverse scuole teoriche, adottando un approccio dichiaratamente agnostico rispetto all'eziologia.

Questa impostazione trovò una formulazione esplicita nel lavoro di Woodruff, Goodwin e Guze, *La diagnosi psichiatrica* (Goodwin & Guze, 1979; Woodruff *et al.*, 1974), che sosteneva la necessità di sospendere ogni pretesa esplicativa in assenza di basi empiriche solide. Scrivevano, infatti, questi autori nella prefazione alla prima edizione:

"In questo libro vi sono poche spiegazioni. Questo perché, per la maggior parte delle condizioni psichiatriche, non esistono spiegazioni. 'Eziologia sconosciuta' è il marchio distintivo della psichiatria, così come la sua maledizione. Storicamente, una volta che l'eziologia è nota, una malattia smette di essere psichiatrica. [...] Le persone continuano naturalmente a speculare sull'eziologia, e ciò è positivo se produce ipotesi verificabili, e negativo se la speculazione viene scambiata per verità. In questo libro la speculazione è in gran parte evitata, poiché altrove è disponibile in abbondanza. [...] Un'ultima parola su questo approccio alla psichiatria. Talvolta viene definito 'biologico' [*organic*]. È un termine fuorviante. Un termine migliore, forse, è agnostico."

Il DSM-III tradusse questo progetto in un sistema di classificazione fondato su criteri espliciti, decorso clinico e prognosi. Ciò rese la psichiatria più compatibile con la ricerca epidemiologica e farmacologica, fornendo un linguaggio comune e favorendo la raccolta di dati su larga scala e l'integrazione nei sistemi sanitari.

Ma proprio questo successo introdusse una tensione di fondo. L'“ateoreticità” del DSM è solo apparente: decidere quali sintomi contano, come raggrupparli e dove fissare le soglie diagnostiche implica sempre una teoria implicita della mente e della devianza. Riducendo il disturbo a un insieme di criteri sintomatologici, il DSM ha privilegiato ciò che è misurabile e comparabile, lasciando in secondo piano la storia soggettiva, il contesto e la struttura complessiva dell'esperienza.

Le edizioni successive, dal DSM-IV (APA, 1994) al DSM-IV-TR (APA, 2000), hanno raffinato le descrizioni cliniche includendo dati su decorso, prevalenza e comorbidità, senza però modificare questo impianto. La classificazione è rimasta fondata su un nominalismo operativo: i disturbi sono definiti per consenso, non come entità dotate di una struttura propria. Come osservato da Steven Hyman, in un'illuminante *review* (Hyman, 2010), ciò ha favorito la reificazione delle diagnosi, trattate come se fossero oggetti naturali, con il rischio clinico di ridurre la singolarità dei pazienti alle categorie disponibili.

Nel tempo, a questo nominalismo si è aggiunta una crescente spinta verso la naturalizzazione neuroscientifica delle diagnosi. Un momento emblematico è l'editoriale di Thomas Insel, *Psychiatry as a Clinical Neuroscience Discipline*, pubblicato sul *Journal of the American Medical Association* (Insel & Quirion, 2005), che proponeva di concepire i disturbi mentali come disturbi cerebrali, ridefinendo di conseguenza la formazione e le scienze di base della psichiatria.

“In questo commento, sosteniamo che l'impatto della psichiatria sulla salute pubblica richiederà che i disturbi mentali siano compresi e trattati come disturbi cerebrali. [...] Se i disturbi mentali sono disturbi cerebrali, allora le scienze di base della psichiatria devono includere neuroscienze e genomica e la formazione degli psichiatri in futuro dovrà essere profondamente diversa da quella del passato.”

Con il DSM-5 (APA, 2013) e il DSM-5-TR (APA, 2022) queste tensioni sono diventate ancora più evidenti. Accanto ai tentativi di introdurre approcci dimensionali e transdiagnostici, si è assistito a un'ulteriore espansione del campo del patologico: dal lutto persistente all'aumento marcato delle diagnosi di autismo e *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) in età evolutiva. Allen Frances, già responsabile del DSM-IV, ha interpretato questa deriva come una medicalizzazione crescente della vita quotidiana, a vantaggio soprattutto dell'industria farmaceutica: una dinamica che, come egli scrive in *Saving Normal* (Frances, 2013), rischia di trasformare la società in una comunità di pazienti cronici. Scrive Frances:

“La posta in gioco era troppo alta per far finta di niente – alta sia per i futuri ‘pazienti’ mal etichettati, sia per la società nel suo complesso. L'inflazione diagnostica aveva portato troppe persone a dipendere da antidepressivi, antipsico-

tici, ansiolitici, sonniferi, antidolorifici. Ci stiamo trasformando in una società di ingurgita-pillole.”

In questo quadro, il DSM-5-TR si presenta come una cristallizzazione recente di tensioni che attraversano da tempo la nosografia psichiatrica. Più che un semplice aggiornamento redazionale, esso rappresenta un punto di riorganizzazione di assetti concettuali, clinici e istituzionali già in atto. Per valutarne la portata è quindi necessario spostarsi dal livello delle critiche generali a quello delle sue scelte operative fatte di definizioni, criteri, specificatori, lessico.

È in questi dispositivi tecnici che l’impianto concettuale del DSM prende la sua forma operativa e produce i suoi effetti clinici. Ed è su questo livello che si colloca l’analisi del DSM-5-TR che segue.

## Analisi critica e tecnica del DSM-5-TR

Alla luce di questo percorso storico e teorico, l’analisi delle modifiche introdotte nel DSM-5-TR acquista un significato che va oltre il semplice aggiornamento tecnico. Sebbene la maggior parte delle revisioni consista in interventi relativamente minori, correzioni di errori, chiarimenti terminologici o risoluzione di incongruenze tra criteri diagnostici, alcune modifiche sono sufficientemente rilevanti da incidere sulla pratica clinica e sull’assetto concettuale del manuale come già introdotto nelle righe fin qui anticipate (First *et al.*, 2022).

Una parte di questi cambiamenti riguarda la formulazione degli *specificatori*, spesso con una funzione prevalentemente chiarificatrice e senza implicazioni sostanziali per la filosofia complessiva del DSM; tali interventi non saranno qui presi in considerazione. Ci concentreremo invece su nove profili di cambiamento che, a nostro avviso, riflettono in modo più netto l’adattamento del manuale allo “spirito del tempo”. Per ciascun profilo è stato predisposto uno schema riassuntivo, seguito da un breve commento analitico. A questi farà infine seguito una discussione di sintesi, rivolta non soltanto alle revisioni più recenti, ma alla logica complessiva che governa l’intero impianto del DSM.

### 1. Modifiche generali di impostazione

Il DSM-5-TR introduce una nuova sezione intitolata *Introduzione e Uso del Manuale*, che stabilisce protocolli più rigorosi per l’applicazione dei criteri.

La modifica fondamentale risiede nel passaggio da un modello di revisione “discontinuo” (grandi edizioni ogni 15-20 anni) a un modello iterativo e continuo. L’APA ha istituito gruppi di lavoro permanenti per monitorare

la letteratura scientifica e proporre modifiche in tempo reale, che verranno pubblicate online prima di essere accorpate in future stampe. Questo trasforma il manuale da testo statico a dispositivo dinamico di “manutenzione epistemica”. In questo modo, l’APA rompe con la tradizione dei cambiamenti drastici tra edizioni (come avvenuto tra il DSM-III e il DSM-IV), preferendo una revisione “continua” più fluida e adattabile (First, 2016).

Questa nuova visione è emblematica del contesto in cui il manuale è stato pubblicato, ovvero quello di un mondo in rapida evoluzione, caratterizzato dall’accelerazione tecnologica e dalla crescente incertezza sociale. L’approccio “iterativo” implica che le categorie diagnostiche non siano più fissate in modo definitivo, ma possano essere rivedute e corrette con l’accumularsi di nuove evidenze. Si assiste, così, ad una psichiatria che si considera in continuo divenire, riflettendo la realtà di un mondo sempre più “liquido”, come descritto da Zygmunt Bauman (2000), dove le istituzioni e le verità si modellano sulle necessità immediatamente percepite.

## 2. *Il lutto prolungato*

Inserimento del “disturbo da lutto prolungato” (*prolonged grief disorder*; PGD) nella Sezione II (Diagnosi Ufficiali).

[Criterio Temporale: La morte deve essere avvenuta almeno 12 mesi prima per gli adulti e almeno 6 mesi prima per bambini e adolescenti.

Criteri Sintomatologici: Presenza di intensa nostalgia/desiderio del defunto o preoccupazione per i pensieri o per i ricordi della persona deceduta, accompagnati da almeno 3 di 8 sintomi (disgregazione dell’identità, incredulità, evitamento dei ricordi, dolore emotivo intenso, difficoltà di reinserimento, insensibilità emotiva, perdita di significato della vita, intensa solitudine) presenti quasi ogni giorno per almeno l’ultimo mese.

Esclusione: Il disturbo non deve essere meglio spiegato da depressione maggiore o disturbo da stress post-traumatico e deve eccedere chiaramente le norme culturali e religiose.]

L’introduzione del disturbo da lutto prolungato ha suscitato ampie riflessioni sociologiche e culturali, prima fra tutte quella operata da un gruppo di studiosi (Breen *et al.*, 2015) che attraverso un sondaggio internazionale effettuato online (in paesi solo occidentali) sugli atteggiamenti del pubblico ha rivelato che circa il 25% degli intervistati non condivideva la posizione secondo cui il lutto potesse essere considerato un disturbo mentale. Tale dato appare ancora più evidente nelle opinioni pubbliche di paesi non occidentali. Ad esempio, un analogo sondaggio effettuato in Cina (Tang *et al.*, 2020) ha rilevato che ben il 40% degli intervistati ritenevano il lutto non addebitabile in nessun caso a patologia mentale, ciò anche quando esso comportava la presenza di idee di suicidio.

Tuttavia il comitato del DSM alla fine ha votato per l'inserimento nel manuale del disturbo, forte delle analisi statistiche che dimostrano che il costrutto del disturbo da lutto prolungato contiene un alto livello di coerenza interna (*alpha* di Cronbach superiore a 0.80 in tutti i campioni esaminati) e che si tiene ben distinto statisticamente da altri disturbi con simile sintomatologia, come la depressione maggiore, il disturbo post-traumatico e l'ansia generalizzata (Prigerson *et al.*, 2021; Szuhany *et al.*, 2021). Tutto ciò ha permesso l'inserimento nel DSM di una categoria *ad hoc* per le complicità del lutto e di fatto ciò ha implicato la creazione di un confine clinico netto per un'esperienza che, storicamente, è stata trattata come un processo naturale ancorato alla cultura e alla religione. Di fatto la psichiatria contemporanea interviene per "normalizzare" il lutto, fissando dei limiti temporali oltre i quali il dolore non è più tollerato.

In un contesto sociale fortemente orientato alla performance e alla continuità funzionale, la sofferenza emotiva tende a essere concepita come uno stato che deve essere contenuto e risolto entro tempi prevedibili. La fissazione di una soglia temporale a dodici mesi per il lutto persistente introduce implicitamente un criterio di "durata appropriata" del dolore. Da una prospettiva fenomenologica, tuttavia, il lutto non si configura come una mera costellazione di sintomi, ma come una rottura dell'orizzonte di senso e della continuità dell'esperienza. In questo quadro, la sua codificazione diagnostica rischia di operare come un dispositivo di normalizzazione, che legittima il dolore solo nella misura in cui esso rientra entro parametri temporali e statistici socialmente accettabili.

### 3. La "decolonizzazione" della psichiatria

Il DSM-5-TR ha attuato una revisione testuale massiccia per eliminare il linguaggio discriminatorio.

[Il termine "razza" è stato rimosso laddove veniva usato come variabile biologica intrinseca, come ad esempio nella categoria: V62.4 (Z60.5) "Oggetto di (percepita) discriminazione o persecuzione", nella quale veniva utilizzato il termine "razza".

Il testo riconosce esplicitamente che le disparità nelle diagnosi sono spesso dovute a fattori esterni come il razzismo strutturale e le disuguaglianze socioeconomiche.

Il termine "minoranza" è stato ampiamente sostituito con descrizioni più specifiche (es. "gruppi etnorazziali") per evitare di implicare una gerarchia di importanza o potere. Sono state rimosse le generalizzazioni sulle differenze genetiche nella risposta ai farmaci psicotropi, ora attribuite a variazioni enzimatiche individuali e non ad appartenenze razziali.]

Questa revisione pone fine all'uso della "razza" come categoria biologica, riconoscendo che il razzismo strutturale è un fattore di stress collettivo.

Rappresenta un passo importante nella decostruzione di una psichiatria che ha storicamente contribuito a perpetuare disuguaglianze (Garb, 2021). Se la sovra-diagnosi di schizofrenia, di dipendenza da alcol, di disturbi di personalità, ecc., tra le persone di colore era una pratica documentata, il DSM-5-TR tenta di abbattere queste barriere.

Il cambiamento non riguarda solo la terminologia, ma implica una riflessione più ampia sulle implicazioni del razzismo sistemico. La sfida ora è quella di tradurre questi principi in pratiche cliniche che non considerino il soggetto come un individuo astratto, ma come un essere immerso in un contesto sociopolitico che ne determina la salute mentale. La sensazione è comunque che all'introduzione di una terminologia più adeguata, a livello politico e sociale, nelle società occidentali non stiano seguendo atteggiamenti altrettanto inclusivi ed egualitari.

#### 4. *Genere e identità*

Le modifiche nel capitolo sulla “disforia di genere” sono radicali nel loro impatto semantico.

[“Genere esperito/espresso” (*experienced gender*) sostituisce “genere desiderato” (*desired gender*). Il termine “desiderio” suggeriva un capriccio o un’aspirazione non realizzata; “esperito/espresso” riconosce l’identità come un dato di fatto presente e ontologicamente valido.

Sesso assegnato alla nascita: il termine “nato” (es. “individuo nato maschio”/“individuo nato femmina”) scompare in favore di “assegnato alla nascita” (“*assigned at birth*”) al genere maschile/femminile. Questa modifica riconosce che il sesso è una categoria medica attribuita da osservatori esterni alla nascita, che può non coincidere con l’identità della persona.

Procedure di “affermazione di genere” sostituiscono i termini “riassegnazione” o “*cross-sex*”. “Affermazione” implica che l’intervento medico (ormonale o chirurgico) serve a validare e allineare il corpo a un’identità già esistente, anziché cambiarla.]

La “disforia di genere” era già una nuova classe diagnostica inserita nel DSM-5 (sostituiva il “disturbo dell’identità di genere” del DSM-IV) e rifletteva un cambiamento nella concettualizzazione delle caratteristiche che definivano il disturbo attraverso l’enfaticizzazione del fenomeno dell’“incongruenza di genere” anziché dell’identificazione col sesso opposto, come era il disturbo dell’identità di genere nel DSM-IV. Nell’esplicitazione dei criteri, “il sesso opposto” era stato sostituito da “il genere opposto” (o “un genere alternativo”) e veniva utilizzato sistematicamente il termine “genere” invece di “sesso” perché il concetto di “sesso” è stato ritenuto inadeguato quando ci si riferisce a individui con un disturbo dello sviluppo sessuale.

All’uscita del DSM-5, il dibattito è proseguito (Zucker, 2013) e nella

revisione del testo sono state apportate alcune modifiche che apparentemente riguardano solo la terminologia ma che invece risultano molto significative anche a livello filosofico. Ad esempio, il passaggio dal concetto di “desiderio” a quello di “esperito/espresso” (ma si badi bene, non si utilizza il termine più fenomenologicamente pregnante di “vissuto”) segna una discontinuità importante: non si tratta più di un’aspirazione irrealizzata, ma di un’esperienza che riguarda l’identità già presente del soggetto.

L’abbandono del termine “nato”, in favore di “assegnato alla nascita”, promuove una visione più fluida e meno binaria, riconoscendo l’autodeterminazione delle persone transgender. Queste modifiche riflettono un cambiamento profondo nel modo in cui la psichiatria si relaziona con le identità di genere, assumendo un ruolo di facilitatore dell’identità piuttosto che di giudice normativo. La terminologia diventa qui uno strumento di emancipazione e rispetto delle diversità.

##### *5. Revisione dei disturbi dell’umore e nuove categorie operative*

Il manuale chiarisce e amplia la diagnosi di “disturbo dell’umore non specificato”.

[Questa categoria viene utilizzata per descrivere quadri clinici caratterizzati da un umore misto che non soddisfa pienamente i criteri di durata o numero di sintomi per un episodio maniacale, ipomaniacale o depressivo maggiore. Ad esempio, una persona con sintomi depressivi persistenti che presenta improvvise accelerazioni del pensiero o irritabilità per soli due giorni (sotto la soglia dei quattro giorni richiesti per l’ipomania) può ora essere codificata con precisione, evitando la diagnosi errata di disturbo bipolare I o II.]

Tradizionalmente, la psichiatria ha distinto i disturbi dell’umore in categorie rigide. Tuttavia, molti pazienti presentano una sintomatologia “ibrida” che non rientra facilmente in questi binari. Il DSM-5-TR ha finalmente corretto un problema introdotto dal DSM-5: l’assenza di uno spazio diagnostico per quei pazienti che presentano un disturbo dell’umore, ma per i quali non è ancora (o non è mai) possibile stabilire se il quadro evolverà verso una forma bipolare oppure depressiva.

La categoria di disturbo dell’umore non specificato ripristina di fatto il concetto già presente nel DSM-IV sotto la denominazione di disturbo dell’umore non altrimenti specificato. Questa soluzione viene da sempre accolta con sollievo dai clinici, che la struttura dei capitoli del DSM-5 aveva spesso costretto a scelte premature e clinicamente poco chiare. L’aggiornamento è cruciale per evitare trattamenti farmacologici inappropriati, come l’uso eccessivo di stabilizzatori dell’umore o antipsicotici in casi che richiedono invece approcci più sfumati.

## 6. *Disturbo dello sviluppo intellettivo*

Il termine “disabilità intellettiva” viene ufficialmente sostituito da “disturbo dello sviluppo intellettivo” (*intellectual developmental disorder*). Sebbene il termine “disabilità intellettiva” rimanga tra parentesi per facilitare la transizione, la nuova dicitura si allinea perfettamente alla classificazione dell’*International Classification of Diseases - 11<sup>th</sup> Revision* (ICD-11) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La diagnosi non si basa più sul punteggio del test del QI, ma sul funzionamento adattivo del soggetto nei domini concettuali, sociali e pratici.

L’uso del termine “disturbo” al posto di “disabilità” (in questo specifico contesto evolutivo) enfatizza la necessità di supporto continuo durante le fasi dello sviluppo. Sottolinea che la condizione non è un deficit statico e immutabile, ma una modalità di funzionamento che richiede adattamenti ambientali.

Le correnti di pensiero che rivendicano la neurodiversità trovano nel DSM-5-TR un riscontro istituzionale. Le persone con disturbi dello sviluppo intellettivo non sono più considerate come “deficitari”, ma come appartenenti a una dimensione umana che merita rispetto e supporti personalizzati, spostando l’attenzione da ciò che il soggetto “non sa fare” a come può “funzionare meglio” nel suo contesto.

## 7. *Disturbo da sintomi neurologici funzionali*

Il termine “disturbo di conversione” è stato del tutto sostituito da “disturbo da sintomi neurologici funzionali” (*functional neurological symptom disorder*).

[I criteri diagnostici sono stati semplificati per non richiedere più la presenza di un fattore di stress psicologico identificabile. La diagnosi ora si basa su evidenze cliniche di incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche conosciute (es. il segno di Hoover nel caso di debolezza agli arti), spostando il focus dalla “causa psichica” alla “presentazione clinica”.]

Si tratta di una modifica di particolare rilievo, in quanto comporta l’abbandono di una terminologia storicamente legata alla tradizione psichiatrica ottocentesca e successivamente psicoanalitica. L’isteria di conversione è stata descritta in modo dettagliato da Freud già a partire dagli scritti con Josef Breuer raccolti nel volume *Scritti sull’isteria* (Breuer & Freud, 1895). Il termine “conversione” richiamava il meccanismo attraverso cui un affetto intollerabile, legato a una rappresentazione rimossa, veniva deviato dal piano psichico a quello corporeo. La presenza di sintomi corporei gravi – paralisi, anestesi, afonie, disturbi visivi, convulsioni – in assenza di qual-

siasi lesione organica, per Freud e per tutta la tradizione psicoanalitica successiva, era il risultato di un processo di conversione di un conflitto psichico in un fenomeno somatico. La conversione rappresentava dunque allo stesso tempo un'espressione mascherata di un conflitto inconscio e una forma di linguaggio del corpo. L'energia affettiva che non poteva essere elaborata mentalmente (a causa della rimozione) trovava sbocco nel corpo, producendo un sintomo che aveva un alto valore simbolico.

L'adozione del termine "funzionale" introduce un lessico più descrittivo e meno carico di implicazioni teoriche e morali: non presuppone che il sintomo derivi da una "conversione" inconscia del trauma, ma indica piuttosto un'alterazione del funzionamento dei circuiti neuropsicologici in presenza di un'architettura cerebrale strutturalmente integra (Stone *et al.*, 2016). Questo spostamento terminologico è coerente con un orientamento che mira a ridurre la stigmatizzazione del paziente, evitando letture che possano essere percepite come colpevolizzanti o riduttivamente psicologizzanti. Al tempo stesso, esso riflette l'attuale tendenza a interpretare questi disturbi come espressione di disfunzioni delle reti neurali, segnando un progressivo riallineamento della nosografia verso modelli integrativi tra neuroscienze e clinica, piuttosto che verso spiegazioni che si fanno ampie e inclusive del conflitto intrapsichico.

#### 8. *Scomparsa del termine "neurolettico"*

Il DSM-5-TR ha rimosso sistematicamente il termine "neurolettico" in tutto il manuale. Al suo posto, vengono utilizzati termini come "farmaci antipsicotici" o, in contesti più tecnici, "farmaci antagonisti della dopamina". Il termine era considerato obsoleto perché enfatizzava l'effetto di "riduzione della motilità" (neurolessia) tipico dei farmaci di prima generazione, trascurando i meccanismi d'azione più complessi dei farmaci moderni.

La sostituzione di "neurolettico" con "antipsicotico" segnala quindi un tentativo di riallineare il lessico farmacologico a una psichiatria che si definisce sempre più in termini di intervento mirato sui processi psicopatologici, piuttosto che di semplice controllo dei sintomi comportamentali. In questo senso, il cambiamento terminologico dovrebbe contribuire a una rappresentazione meno stigmatizzante dei trattamenti farmacologici e a un'immagine della pratica clinica orientata non solo al contenimento, ma alla modificazione dei processi patogenetici implicati nei disturbi psicotici.

#### 9. *Suicidio e autolesionismo*

Il DSM-5-TR introduce nuovi Codici Z per la registrazione del comportamento suicidario e dell'autolesionismo non suicidario. Questi codici

permettono ai clinici di registrare tali atti come problemi clinici primari, anche in assenza di una diagnosi di disturbo mentale concomitante (ad esempio, una persona senza depressione che tenta il suicidio a seguito di un crollo finanziario).

Tradizionalmente, il comportamento suicidario è stato considerato principalmente come un epifenomeno di un disturbo mentale sottostante. La sua parziale autonomizzazione all'interno del DSM-5-TR introduce invece il riconoscimento che una crisi suicidaria possa emergere anche in assenza di una diagnosi psichiatrica maggiore, configurandosi come una risposta a condizioni di sofferenza esistenziale intensa. Questa innovazione ha implicazioni cliniche rilevanti, poiché consente di indirizzare interventi specifici sul rischio suicidario indipendentemente dalla presenza di un disturbo dell'umore o di altre psicopatologie formali.

Al tempo stesso, questa riorganizzazione diagnostica non è priva di ambiguità. Se da un lato amplia lo sguardo sulla sofferenza umana, dall'altro può essere utilizzata per ricondurre ogni forma di comportamento suicidario o autolesivo entro un perimetro di pertinenza psicopatologica. In questo modo, la psichiatria rischia di estendere la propria giurisdizione a forme di disagio che, come nel caso del suicidio anomico descritto dalla tradizione sociologica a partire da Durkheim (1897), e già intuito da Marx (Plaut & Anderson, 1999), sono radicate in fratture dei legami sociali, nella perdita di riferimenti normativi e nei processi di disintegrazione del tessuto collettivo, piuttosto che in una patologia individuale in senso stretto.

Nel loro insieme, le modifiche esaminate non configurano una semplice revisione tecnica, ma delineano una traiettoria riconoscibile. Attraverso aggiustamenti terminologici, ridefinizioni dei criteri e nuove articolazioni delle categorie, il DSM-5-TR continua a riorientare il modo in cui la sofferenza viene resa visibile, nominabile e trattabile. Ciò che emerge non è tanto un cambiamento di paradigma, quanto una progressiva ricalibrazione dell'equilibrio tra descrizione clinica, modelli neuroscientifici e sensibilità culturali contemporanee. Questi spostamenti, per quanto talvolta sottili, producono effetti concreti sulla pratica clinica e sull'esperienza dei pazienti: modificano le soglie del patologico, ridefiniscono ciò che conta come sintomo, trasformano il rapporto tra crisi, diagnosi e trattamento. È dunque a partire da queste scelte operative che diventa possibile interrogare più a fondo l'impianto concettuale del DSM. Il capitolo che segue si propone perciò di concludere offrendo suggestioni con le quali provare a collocare queste trasformazioni in una cornice più ampia, esaminando i presupposti storici, epistemologici e istituzionali che hanno reso il DSM ciò che è oggi.

## Conclusioni

Quest'ultimo capitolo si propone dunque, come anticipato, di collocare il DSM-5-TR all'interno della più ampia genealogia del progetto DSM, interrogandone i presupposti impliciti, le alleanze scientifiche e i vincoli sistemici che ne orientano l'evoluzione.

Una riflessione critica sul DSM deve dunque interrogarsi sul tipo di soggetto che il manuale presuppone: un individuo astratto, decontestualizzato, osservabile dall'esterno, la cui esperienza interiore può essere scomposta in sintomi e ricondotta a categorie standard. In questo processo, il significato e il senso dell'esperienza tendono a dissolversi. Le tradizioni fenomenologiche e psicodinamiche hanno evidenziato i limiti di tale impostazione, mostrando come la psicopatologia non possa essere ridotta a una somma di segni, ma vada compresa come una trasformazione globale del modo di essere-nel-mondo. La sofferenza psichica, perciò, non è un oggetto isolabile, ma un'esperienza che investe l'intera esistenza del soggetto.

Il DSM va dunque letto come un dispositivo storicamente situato, attraversato da scelte filosofiche implicite, i cui effetti vanno oltre il clinico, entrando nella formazione dei professionisti, nei sistemi sanitari, nelle politiche assicurative e nell'industria farmaceutica. Questa funzione si estende anche al di fuori del contesto clinico. Le categorie del DSM entrano nel linguaggio comune, modellano l'autocomprensione dei soggetti e definiscono cornici interpretative per la sofferenza, consolidando la percezione dei disturbi come realtà oggettive e naturali, piuttosto che come costruzioni storiche e culturali.

Dal punto di vista tecnico, il manuale privilegia la riproducibilità della diagnosi (*inter-rater reliability*) rispetto alla sua validità clinica. La concordanza tra osservatori garantisce standardizzazione, ma non assicura che ciò che viene diagnosticato corrisponda realmente a una struttura clinica significativa. La proliferazione delle categorie diagnostiche risponde all'esigenza di riconoscere forme di sofferenza prima trascurate, ma può frammentare ulteriormente il campo psicopatologico, moltiplicando le etichette senza chiarire i rapporti strutturali tra esse. Il rischio è l'"iper-nominazione" della sofferenza: ogni disagio ha un nome, ma non sempre un senso.

Di fatto il DSM riduce l'esperienza psicopatologica a sintomi misurabili, trascurando la domanda centrale per chi la vive: perché questi sintomi, in questo momento, in questo contesto? Le prospettive fenomenologiche ricordano che la sofferenza psichica non può essere compresa senza considerare il modo in cui il mondo si mostra al soggetto.

Perdita dell'evidenza naturale, alterazione della temporalità, esperienze deliranti: non sono segni tra altri, ma trasformazioni che ridefiniscono l'intera esperienza. Ciò che non si presta a una codifica discreta viene marginalizzato, riflettendo una concezione della scienza che privilegia il misurabile e fatica a confrontarsi con fenomeni complessi, qualitativi e ambigui.

Infine, il legame tra diagnosi e trattamento mostra l'impatto concreto del manuale: le categorie guidano l'accesso alle cure, le prescrizioni, la durata dei trattamenti e la valutazione degli esiti. Quando la diagnosi diventa realtà ontologica, l'identità clinica rischia di sovrapporsi a quella personale, comprimendo la complessità dell'esperienza e contribuendo alla stigmatizzazione e medicalizzazione di problemi che hanno radici esistenziali, sociali o relazionali.

Portare alla luce queste tensioni significa restituire alla psichiatria una dimensione riflessiva: nessuna classificazione può esaurire il senso della sofferenza, ma, se assunta criticamente, può diventare uno strumento al servizio della cura. Il DSM si conferma perciò al tempo stesso conquista e problema. La sua ambivalenza richiama il tema della meraviglia come esperienza-limite: il momento in cui l'ordine del senso vacilla e l'esperienza si mostra nella sua opacità. In questo spazio fragile si apre la possibilità di una clinica non riduttiva, capace di accogliere la singolarità senza dissolverla in codici, mantenendo viva la tensione tra controllo e apertura all'alterità.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. DSM-III*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2000).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2013).
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-5-TR*. Washington: APA Press (trad. it.: DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2023).
- Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press (trad. it.: Modernità liquida. Roma-Bari: Laterza, 2002).

- Breen, L. J., Penman, E. L., Prigerson, H. G., & Hewitt, L. Y. (2015). Can Grief be a Mental Disorder?: An Exploration of Public Opinion. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(8), 569-573.
- Breuer, J., & Freud, S. (1895). *Studien über Hysterie* (trad. it.: Studi sull'isteria. In Freud S., Opere. Vol. I. Torino: Bollati Boringhieri, 1967).
- Decker, H. (2013). *The Making of DSM-III. A Diagnostic Manual's Conquest of American Psychiatry*. Oxford-New York: Oxford University Press.
- Durkheim, É. (1897). *Le Suicide: étude de sociologie*. Paris: Félix Alcan (trad. it.: Il suicidio. Studio di sociologia. Milano: Rizzoli, 1987).
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., & Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of general psychiatry*, 26(1), 57-63.
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(2), 218-219.
- First, M. B. (2016). Adopting a continuous improvement model for future DSM revisions. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 15(3), 223-224.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal. An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, «DSM-5», Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: Morrow (trad. it.: *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri, 2013).
- Garb, H. N. (2021). Race bias and gender bias in the diagnosis of psychological disorders. *Clinical psychology review*, 90, 102087.
- Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1979). *Psychiatric Diagnosis. Fifth Edition*. New York-Oxford: Oxford University Press (trad. it.: *La diagnosi psichiatrica*. Quinta edizione. Roma: Fioriti, 2000).
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. R., & Quirion, R. (2005). Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. *JAMA*, 294(17), 2221-2224.
- Kendell, R. E., Cooper, J. E., Gourlay, A. J., Copeland, J. R. M., Sharpe, L., & Gurland, B. J. (1971). Diagnostic Criteria of American and British Psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 25(2), 1231-30.
- Plaut, E. A., & Anderson, K. (1999). *Marx on Suicide*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press.
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35(6), 773-782.
- Stone, J., Carson, A., & Sharpe, M. (2016). *Functional Neurological Disorders: A Practical Guide*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. (2021). Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus*, 19(2), 161-172.
- Tang, S., Chow, A. Y. M., Breen, L. J., & Prigerson, H. G. (2020). Can grief be a mental disorder? An online survey on public opinion in mainland China. *Death studies*, 44(3), 152-159.

Woodruff, R. A., Goodwin, D. W., & Guze, S. B. (1974). *Psychiatric Diagnosis*. New York-Oxford: Oxford University Press.

Zucker, K. J. (2013). DSM-5: Call for commentaries on gender dysphoria, sexual dysfunctions, and paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behaviors*, 42(5), 669-674.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Contributi: Fabio Di Fabio ha contribuito all'impianto teorico e alla stesura dell'articolo; Antonella Moschillo ha contribuito all'analisi dei dati bibliografici e alla revisione critica del contenuto intellettuale. Entrambi gli autori hanno contribuito in modo sostanziale alla stesura finale del lavoro e approvato la versione sottoposta.

Ringraziamenti: gli autori ringraziano i colleghi e i supervisori clinici che hanno contribuito, attraverso il confronto teorico e clinico, alla maturazione delle riflessioni presentate in questo lavoro.

Ricevuto: 19 gennaio 2026.

Accettato: 11 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:1141

doi:10.4081/rp.2026.1141

*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.*

## ***Operationalized Psychodynamic Diagnosis.*** **Tailor-made: the experience of meeting with the patient in diagnosis and during the therapeutic process**

*Silvia Paola Papini,\* Edoardo Vassallo,\*\* Lorenzo Fiorina,\*\*\*  
Alessandro Ferrari,\*\*\*\* Carmen Baldi,\*\*\*\*\* Emilio Domenico Fava\*\*\*\*\**

ABSTRACT. – The article presents the *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* in its newest third version (OPD-3), as a clinical, educational, and research tool capable of responding to the needs of so-called “real therapies” in institutional contexts and in daily clinical practice. Drawing on a critical reflection on the limitations of categorical diagnostic systems and the inherent difficulties in defining “fact” in clinical practice, the article explores the role of theories, beliefs, and “private theories” between patient and therapist in the process of psychodynamic observation and understanding. The risk of premature closure of clinical thinking, linked to the Bionian concept of “chosen fact” and the notion of “overvalued ideas”, is discussed, stressing the importance of bottom-up tools that foster a phenomenological description that is rigorous but open to complexity. In this framework, the OPD is presented as a multi-axial and procedural diagnostic model, capable of integrating different levels of observation – disease experience, interpersonal relationships, intrapsychic conflicts, and personality structure – while maintaining a balance between standardization and attention to

---

\*Psychologist, Psychotherapist; Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”; Italian Coordinator OPD-3; International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); SIPRe, Italy.

E-mail: sppapini@yahoo.it

\*\*Psychologist, Psychotherapist; Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”; Santagostino Psiche, Italy.

E-mail: Vassallo.edoardo@gmail.com

\*\*\*Psychologist, Psychotherapist; Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”, Italy.

E-mail: lorenzo.fiorina@fastwebnet.it

\*\*\*\*Psychiatrist, Psychotherapist; Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”; ASP – Italian Psychologists Association, Italy. E-mail: ferrale76@gmail.com

\*\*\*\*\*Psychologist, Psychotherapist; Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”, Italy.

E-mail: carmen.baldi.cb@gmail.com

\*\*\*\*\*Gruppo Zoe Association “for the study and training on the quality and effectiveness of mental health care”, Italy. E-mail: emiliofava@yahoo.it

the uniqueness of each case. Ample space is devoted to the theoretical and clinical framework of the OPD-3, to the main innovations introduced in the third edition of the manual, and its use for diagnosis, planning, and monitoring of treatment.

*Key words:* Operationalized Psychodynamic Diagnosis, OPD-3, psychoanalytic diagnosis, therapeutic factors, real therapies.

*“If we want to understand the world we must begin to comprehend how the mind is structured, or rather the principles that regulate its functioning, making experience possible.”*  
(Kant, 1781)

The *Operationalized Psychodynamic Diagnosis* (OPD) originated from the need to consider different areas of human functioning that are useful for drawing a map that helps the clinician, who is careful to collect data from detectable clinical facts in session with the patient or with his/her history and narrative. The emphasis on a bottom-up approach has the advantage of facilitating the collection of “raw” data and thus also the recognition by the clinician of the complexity of the field of observation and the constant tension between specific clinical elements in their continuous evolution, stimulating an additional interpretative effort to keep the observations together and make sense of them.

The OPD was designed as a diagnostic system, but as it developed, it became more process-oriented and treatment-oriented and aimed at therapy planning. This bottom-up approach makes the system particularly usable not only in diagnosing but also in the analysis of the change process, which often starts with an attempt to reconcile and make sense of further variables that have not yet emerged or been recognized. Attention to observable clinical data, recognizable through the work to operationalize concepts that are important for understanding the functioning of the individual, has also proved to be very useful in its educational function, getting clinicians used to – even if they are of different theoretical orientations – constantly substantiating their hypotheses from what emerges and then seeking a meaningful configuration, instead of starting from *ex ante* constructed categories, within which to seek points of contact with the patient’s experience.

In the OPD, the observables, that is, the areas of functioning, have been divided into four axes that organize the clinical information collected and are placed as vertices from which the integration and construction work of the functional diagnosis develops; the axes deal with the experience of illness and the conditions for treatment, interpersonal relationships, unconscious intrapsychic conflicts, and the structural aspects that characterize the functioning of a person. These areas were then studied, considering the existing literature, in order to describe them clearly and bring them closer

to clinical examples that can serve as an effective comparison with the clinical nuances that we are faced with when in session with a specific patient.

Our group, *Gruppo Zoe Association*, has been involved in this from the start, with the view of integrating knowledge, the processes that define the paths of therapy, their outcome, and the factors that contribute to it, in a positive or negative sense, up to the development of diagnostic systems capable of functioning as a tool for framing and monitoring treatment. We have always been concerned with understanding and experimenting with this set of factors in the context of what we have termed “real therapies”, meaning therapies that are widespread in public and private settings, rather than the “special cases” or “exemplars” that underlie most clinical work, which have been the subject of subsequent generalizations.

The work of integrating knowledge is necessary so that knowledge that depends on different disciplines, anchored in different theoretical and epistemological bases, can be used synergistically in everyday practice. An important goal in our work has been the proper functioning of mental health services. Achieving good results – as we shall see – is not only due to investing in staff, but to the use of effective procedures; “much can be done with less, but well”. Another interest of ours is to contribute to training with innovative methods and institutional discussions, improving communication among professionals of different orientations and schools.

Since its introduction in Italy with the second edition, the OPD has been used satisfactorily in clinical settings, in public institutional contexts (the ASST [Local Health Authority] of Lecco and the AUSL [Local Health Unit] of Parma, Italy), private settings (Santagostino Psiche, Italy), as well as in specialist activities in private practice and also as a training tool for many young psychotherapists (let us cite as an example in Milan the schools of specialization in psychotherapy that have integrated it into their training proposal: *Coirag, Isipsè, Nuove Cliniche Nuovi Setting*).

Understanding how to improve the quality and effectiveness of “real” therapies in mental disorders is therefore an objective that must be pursued. To achieve this goal, we must try to be as independent as possible; that is to say, to be able to set aside affinities, personal theoretical beliefs, and narrow definitions of disciplinary areas, according to the pragmatic principle: “It does not matter whether the cat is black or white, what matters is whether it catches the mouse”, an eastern variant of “*Hypotheses non fingo*” (“I feign no hypotheses”) with which Isaac Newton (1713) stressed the value of the observation of “facts” and their concatenations. This objective, to understand the “facts”, that is, what is directly observable, hides a considerable complexity. In particular, we are referring to the methods that can be used for this purpose, to their limitations and potential; the diagnostic process, which is the basis of understanding and therefore of curing, is affected by the diversity and variety of approaches that characterize our field of action.

We therefore believe that it is necessary to consider the conceptual tools involved in this type of path and the meaning of the terms that will be used. Every type of “fact” presupposes an observation perspective, so understanding the perspective through which we observe a “fact” and redefining it in its limitations and characteristics is a mandatory step. This topic, usually used to support radical “subjectivist” viewpoints, can be considered from another point of view: as E. Nagel (1967) happily observed, knowing the limitations of our methods of understanding does not diminish their value but makes them more accurate and precise. That is the meaning of Kant’s phrase in the epigraph: to reflect on our ways of understanding.

While it is clear that there are no facts entirely independent of the observer’s theories/beliefs/perspectives/contexts, this topic is all too often used to value one’s beliefs by avoiding empirical assessments, comparison with other viewpoints, and diminishing the power of innovative ideas. Even the subjective experience of the moment can be considered a “fact”, indeed – we could say – “the fact” par excellence. But what is a “fact”? Zeno, head of the Stoics, argued that “falsehood cannot be perceived; only the truth can be perceived”. “Fact” is therefore connected to what can be perceived with our senses, including personal feelings, and which tends to disrupt any pre-existing theoretical construction. The concept is picked up again by Aristotle and Saint Thomas with the formula “*contra factum non valet argumentum*” [against a fact, you cannot argue] (indicating that a thing cannot be and not be at the same time and in the same respect). Goethe (1833, 1840), centuries later, argued that “every fact is already theory”. The history of medicine is full of examples of how contradicting expert theories, even by demonstrating “facts”, has often elicited dangerous reactions, including the risk of being burned at the stake. Michael Servetus, for example, was the first to deny the permeability of the interventricular septum, based on anatomical observations, and was burned at the stake, or Semmelweis, who discovered the role of infections induced by non-sterile maneuvers during childbirth, who died alone and forgotten. Can we therefore say that “theory falsifies observation”? Perhaps this perspective may seem somewhat radical; however, as Piaget (1972) demonstrated, when a deeply held conviction encounters a fact that initially appears to contradict it, the fact itself may go unperceived. Subsequently, it is reinterpreted to align with the existing belief, and only at a later stage can it foster a genuine developmental shift, which Piaget defines as “*équilibration majorante*” (Mattana, 2017). Britton (1998) also speaks of the need to overcome one’s beliefs, those in which we invest, as a liberating act that presupposes a process of mourning.

This premise stems from the need to recover, especially in training courses, in diagnostic procedures, and in the perception of changes that take place in therapy, the ability to grasp the “facts” that arise from experience/direct observation and that may belong to the content of narratives, of behaviors,

of what is perceived, and also to the area of what is subjectively experienced by the therapist in terms of emotions, thoughts, and fantasies.

The “chosen fact” Bion speaks of indicates the ability to connect individual elements (facts) perceived before they are structured in theoretical form. For Bion, the expression “chosen fact” describes an emotional experience in which a process of synthesis occurs, carried out by the clinician and accompanied by feelings of coherence and discovery. In *The Imaginary Twin*, Bion (1970) calls “evolution” the “connecting via a sudden intuition, a series of phenomena apparently unrelated and which, after intuition, have assumed a coherence and meaning that they did not previously possess”. Unimaginable but unambiguous connections that emerge from the patient’s speech.

This does not concern only the world of psychoanalysis and psychology in general, but is a common experience in countless fields. Even a footballer follows the theoretical ideas and suggestions of their coach, but when taking a shot, they are guided by instinct. Moreover, they may spontaneously attempt something they have never tried before, responding to specific circumstances and discovering its effect.

Britton and Steiner (1994), however, begin by considering the extreme proximity between the “selected fact” and an “overvalued idea”. The feelings of uncertainty and confusion caused, at times, by the material in the session push the patient and analyst to seek a complete meaning made with feelings of urgency. The search for and the apparent emergence of a constant conjunction on which to construct an interpretative hypothesis do not protect us from false paths or misunderstandings. Britton and Steiner define the analyst’s overvalued idea as selected facts, which are actually determined by the analyst’s defensive reactions, their need to confirm theories, or to ward off anxiety about certain material. The overvalued idea thus becomes a refuge for the analyst or the dyad in moments of particular confusion, compensating for a lack of psychic stability. In this way, their own theories are misused, shifting from a living heritage into zones of non-thought.

A contribution to understanding the relationship between theories and “facts” comes from the construct of “private theories” (Werbart & Levander, 2006). This construct is based on the idea that from the start, patient and analyst develop beliefs about the nature, genesis, and possible solutions of psychological suffering (diagnosis/therapy) and that these, as the therapeutic work progresses and the related transformations that this entails in the vision of self and relationships, can change and evolve. The patient’s private theories are linked to fantasies about the genesis of suffering, gratification of desires, and dealing with or avoiding pain (Chichi *et al.*, 2025; Fava *et al.*, 2025). In therapists, private theories can be described as an amalgam of official theories, elements of their own clinical and life experience, individual values, and transference and countertransference elements (Hunter, 1996). The perspective of interpretation in which analysts

place themselves (traumatic-relational, conflictual-intrapsychic, or deficit-structural) also plays a role in the interpretations of the patient's suffering and the subsequent strategies of treatment (Sabucco *et al.*, 2020). Other research has highlighted how the nature and characteristics of these theories affect analytical work and, in particular, how the discrepancy between the expectations and beliefs of the patient and analyst about therapy and the analyst's inflexibility in planning therapy may influence its outcome in terms of its premature or negative conclusion (Tzur Bitan *et al.*, 2021; Werbart & Levander, 2006; Wile, 1977).

What appears to affect the process and outcome of treatment is not so much the close congruence between the different theories of the analyst and patient, but rather the ideal tension toward their progressive convergence, as well as the presence, or not, of interventions by the analyst that encourage dialogue between their respective theories, to enhance the patient's point of view (Philips *et al.*, 2005; Weiss, 1998) and mutual attunement. It is also evident that conscious and creative collaboration is not only considered in its rational and cognitive aspects, but also as an expression of a complex interactive process that involves implicit, unconscious, and relational aspects, which characterize the different levels of the therapeutic relationship.

This process begins as soon as we make a "diagnosis", that is, we develop ideas about the nature of the patient's problems and then move on to define the treatment focus and prospects for treatment.

Finally, let us consider that one can share both the idea that perspectives and opinions of patients and analysts, as well as those between psychiatrist biologists, and psychotherapists of different orientations, belong to the field of explicit and implicit "beliefs". Freud himself faces the problem of believing in different contexts. He equated belief with a judgment of reality, a phenomenon that belonged to the system of the Ego and thus to consciousness. He later acknowledged that "even a portion of the Ego can be, or rather is unquestionably unconscious" (1922, p. 481). Ultimately, we might think, with Britton (1998), that believing is an unconscious mental process that produces beliefs that can then be changed relatively easily or constitute solid barriers to change. Britton notes that in psychoanalytic literature "there is surprisingly little about the topic of belief", especially as "it is the daily task of analysts to explore their own conscious and unconscious beliefs and those of their patients" (*ibidem*, p. 22). So, what is the statute of belief? Belief can be considered as the function that confers the state of reality to unconscious fantasies and ideas. "Belief confers the strength of reality on what is psychic" (*ibidem*, p. 26), as perception confers the state of reality on what is physical. What is perceived, therefore, requires a belief to become knowledge. Believing in something means you consider it true. In any case, "our emotional reactions and actions are not based on knowledge, but on belief" (*ibidem*, 26). The discovery of mere beliefs, not knowledge,

is an act of emancipation and a function of psychoanalysis. Realizing that it is a belief is a secondary process that depends on the ability to look at the belief from outside and, in turn, depends on the ability of the individual and the therapeutic dyad to find “another” position from which to observe their belief. This, made conscious and recognized as such, can be tested through comparison with perceptions, memories, known facts, and other beliefs and, consequently, modified (Lichtenberg, 2012). Our beliefs have the quality of a psychic object, on which we invest. To give up on them is thus a process of mourning. If any cognitive bond foreign to the existing belief system in the self is treated as a dangerous link to something foreign, then that bond can be attacked and destroyed (Bion, 1959).

Empirical data, understood as the product of scientific research, in the paradigmatic sense of the word, may be naively confused with “fact”, but in reality, it is the product of well-defined procedures that concern both the choice of “facts” to be considered and the modalities and tools with which they are interpreted and standardized. In this way, the results of studies can only be considered as partial, especially if we want to study complex phenomena determined by many interacting variables. The complexity does not belong only to the observer but also to the way in which reality is structured. Complex systems have the characteristic of being determined by different variables and are highly sensitive to the perturbations they encounter in their development (Ceruti & Damiano, 2018). However, the results of empirical studies, which are properly set up and conducted, are particularly suitable for giving partial confirmation/disconfirmation of theoretical beliefs and opening innovative scenarios. Empirical research has, for example, significantly confirmed the effectiveness of psychotherapies, highlighted important predictive factors of outcome and customization, and highlighted the profound differences between patients with the same categorical diagnosis. It has shown relevant aspects of the functioning of “real” therapies and, finally, the value and basic characteristics of “care relationships”, in particular, the therapeutic alliance (Fava *et al.*, 2016; Norcross & Lambert, 2018).

Each of the diagnostic methods has advantages but also possible biases. Categorical systems, such as the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM; American Psychiatric Association, 2013), are useful for building general categories (which are the subject of epidemiological studies), for pharmacological prescriptions, and to facilitate communication between therapists of different training backgrounds. They are inadequate, however, in the opinion of the writers themselves (Spitzer & Frances, 2011) in providing accurate information on the mental functioning of individual patients, their resources, possible obstacles in the path of care, the quality of the relationship that can be established with patients, the recognition of signs that indicate potential for change/non-change and the lack of recogni-

tion of the role that the patient has in structuring their suffering and participating in the treatment process (Papini & Fava, 2019). Moreover, categorical systems suggest therapeutic procedures that are too standardized and prefigured *a priori* (top-down), which favor the creation of stigmas and can be used for the structuring of defensive frameworks. The limitations of nosographic-descriptive-categorical systems have also been reported by empirical research: patients with the same categorical diagnosis may be profoundly different in many variables that have prognostic significance or that may guide the therapeutic project differently (Laska & Wampold, 2014; Norcross & Wampold, 2011a, 2011b; Norcross & Lambert, 2018). The methods of classical psychoanalysis, which allow knowledge of implicit levels of psychological functioning, involve considerable risks, such as the selection of special cases to confirm pre-existing theoretical models, institutional conformism, and the absence of tools and procedures for verifying the theoretical convictions of individual therapists (Vigna-Taglianti, 2018).

Ultimately, understanding a “fact” does not seem so simple: among official and private theories, overvalued ideas, beliefs, and generalizations derived from the results of empirical studies, ideological attitudes, and unknown epistemological settings, it is as though we are observing a ship sailing between rocks and faint lighthouses. The ability to integrate knowledge from different approaches and methodologies can help us develop more effective and personalized forms of treatment.

To clarify, this does not mean that the importance of the theoretical conceptions through which we conceptualize our experiences, or of the results of empirical studies, should not be considered, but that the ability to understand the “fact” must be at the basis of the interpretation of any experience or empirical data, or rather, the “clinical fact”. In practice, too often we observe that theoretical conceptions and other beliefs overlap attention in grasping facts, influencing them *a priori*. There may be broad agreement on this, but we need to see whether this principle is actually implemented in therapeutic practice, in training courses, and in institutional discussions. In this sense, we speak of “real” therapies according to the well-known principle of “easier said than done...”

How can we make the categorical perspectives coexist concretely, based on the identification of symptoms, the irreplaceable methods of psychoanalysis (and not only), based on subjective experience in its becoming, and the indications that come from empirical research? First of all, the clinical assessment must be based on the identification of the various aspects and dimensions underlying psychological suffering; in this sense, the use of multi-axial systems, which involve systematic analysis of different aspects of the mental functioning of a person and the therapeutic relationship established, uses a series of “anchor points” (examples of clinical situations that orient observation and assessment regarding a specific theoretical concept)

that allows an overall view, which is not polarized on individual aspects and perspectives that are determined *a priori*. This is not too different from a good doctor who first examines a patient and then constructs their diagnosis, compared to a bad doctor who instead formulates their diagnosis from the symptoms that the patient puts in the foreground, neglecting to explore the different areas of patient functioning with an overall view.

Secondly, in line with what has been aforementioned, a phenomenological/descriptive dimension must be recovered as a basis for further analysis and comparisons.

These aspects are not picked up by the “three-level model” by chance (Bernardi, 2014). The three-level model was developed by the International Psychoanalytical Association Project Committee on Clinical Observation to “improve the systematic clinical observation of patient changes during therapy”. This model foresees a development in three phases; the first phase adopts a phenomenological/descriptive perspective. The next phases include a step-by-step approach to observable changes and finally consider more theoretically oriented interpretive hypotheses. According to Marianne Leuzinger-Bohleber (2006): “Considering the multiplicity of the theoretical languages of psychoanalysis, it is useful to begin to describe the discussion using phenomenological language by attempting to standardize concepts using words that include the lowest common multiple of the different theoretical versions of these concepts (OPD-2)”. Marianne Leuzinger-Bohleber makes explicit reference to current diagnostic systems and in particular to the OPD-2 model that “offer a useful description” of these dimensions, particularly in training programs (Leuzinger-Bohleber, 2006). It should be clear that, from our point of view, it is not a question of proposing a new system with a categorical background that is perhaps more sophisticated, but of a path of knowledge of each individual case as it evolves. If we used the OPD-3 as a system to create categories, we would run into the same flaws as all categorical systems. In this sense, the OPD system is placed in a dimensional/phenomenological and process-analysis perspective.

Even in the practice of supervision and in the discussions of clinical cases, we have observed the tendency to describe cases from different perspectives: the historical/pathogenetic one, the one conditioned by pre-established theoretical beliefs, the descriptive sequences of events from the subjective impressions of the therapist and from the narrations by the patient. All of this information is extremely abundant and, when used to draw conclusions, is prone to selective and potentially distorting interpretations. In other words, everyone can draw conclusions from this plethora of data, conditioned by their own beliefs and impressions. Another way of looking at the clinical case or what happens in the analysis room, as it were, is to focus, step by step, on the events that occur in therapy: narratives, silences, actions, fantasies, dreams, countertransference reactions, etc. Each of these

units is observed from the perspective of identifying the “selected fact” on a phenomenological, abstinent, concave basis that is potentially shared because of its own evidence, which can be modified as more information is added to that already considered. It is one thing to grasp the meaning of an extremely rich and comprehensive narrative, but open to endless interpretative possibilities; it is another to establish the meaning of a delimited transaction and proceed with successive and progressive appositions.

We should therefore proceed with a phenomenological exploration, considering several potentially critical areas, collecting them, and summarizing them until we define an initial focus of the problem. As in the mystery picture puzzle, where you color the individual parts and then the complete figure appears, in our case, the figure is not already defined but is evolving. This modality fits well, even if it does not coincide, with the use of multi-axial diagnostic systems such as the OPD-3, which provide observation levels in several distinct areas, facilitating systematic and accurate observation of each event and its final placement in a defined, albeit modifiable, focus.

Clinical example: A patient arrives slightly late for a session. He sits in the waiting room and despite the office door being ajar, he does not knock. The analyst thinks that he has not arrived and, after a while, steps out to check and sees the patient and invites him in. The patient enters apologizing for the delay. The therapist could continue with the session as if nothing significant had happened, but she is struck by this situation. She thinks that this behavior could simply be dictated by politeness, but she is not convinced; she thinks about it. The important thing here is to focus on this event. The therapist asks the patient if he had thought about knocking or entering the office directly since the door was ajar. The patient says something like, “I would never!”, signalling the presence of a relational framework that visibly contrasts with his statements that he feels good and safe with the analyst: there is another truth. Subsequent associations lead to the identification of a relational framework in which an extremely authoritarian analyst can accept him as long as he behaves in a submissive and subordinate manner (Axis II, OPD-3). Non-acceptance would also lead to the danger of abandonment (signaled by anguish), leading to death. This will become one of the main focuses of therapy. The final assessment is constructed by piecing together individual elements.

Let us now go into more detail: The OPD, which we have already defined as diagnostic-procedural, is designed not only to offer a complex, transtheoretical framework for assessment but also to provide practical tools for analyzing the therapeutic process. In 2024, the third version of the OPD manual was published in the original German language; currently, a revision is in progress for the next publication in Italian, which our group has curated in continuity with the previous edition. The third version of the OPD manual presents a refinement of the contents, including recent devel-

opments in terms of research, as well as a reorganization of their presentation (in the new edition, all information relating to each axis is collected in a single chapter), in order to make the consultation more straightforward and easier, avoiding the need for continuous internal references for the reader and promoting greater overall clarity of the diagnostic system.

Axis I – *Experience of illness and treatment prerequisites* – integrates elements concerning the illness/disorder/problem and related symptoms (such as severity of clinical picture, chronicity of disorder, and age of onset) for objective assessment with elements emerging from the subjective perspective of the patient. For example, how the patient experiences their own discomfort; what their understanding is of its causes, as well as their expectations and strategies for managing it; the resources they possess, the potential internal and external obstacles, and the ways in which they cope daily to handle these difficulties. There is also a more detailed analysis of psychotherapy, which helps, on the one hand, to understand the patient's desires for a possible path, such as being supported, reducing symptoms, or exploring oneself, and on the other hand, to assess the resources, psychological mindset, or secondary benefits of maintaining the problem. The components investigated by this axis come from conceptualizations of the problem of different theoretical orientations and are closely linked to the idea that “the patient must be welcomed where he/she is in that moment and his/her expectations should be taken into account” (OPD Task Force, 2006, p. 40). Each treatment type requires the patient to be willing, both emotionally and cognitively, to embark on a path that will still involve a certain tolerance to getting to know himself/herself. When considering whether psychotherapeutic intervention is appropriate, but also in its initial planning, it is essential to consider several factors, including the intensity of the patient's distress, their ability to understand and attribute meaning to what they experience in emotional, motivational, and relational terms; it also includes the level of readiness to initiate the proposed course of treatment. It is also necessary to consider the availability of personal and social support resources that can sustain the process of care. Clarification of these dimensions in the diagnostic phase is therefore essential to properly guide the choice of treatment. In this sense, Axis I of the OPD includes key elements for building the therapeutic alliance and identifying a targeted, coherent, and shared intervention.

Axis I of the OPD-3 includes the main descriptive-phenomenological diagnostic categories from the most widely used international systems (International Classification of Diseases [ICD]-10/ICD-11, DSM-IV/DSM-5). This integration underlines the importance of an accurate definition of psychopathological phenomena, which is also fully recognized within a psychodynamic diagnostic framework. The key assessment criteria for Axis I have been retained overall but reformulated in a more basic and accessible way.

Among the most relevant innovations are the introduction of “alternative” concepts with respect to the source of the problem and the change. In the objective assessment of the disorder, the estimation of overall severity and course has been aligned with international standards. In order to increase reliability and validity, the global assessment of functioning has been divided into three distinct areas: symptoms, occupational functioning, and social functioning. In addition, the psychotherapy module, previously separated in the OPD-2, has been fully integrated into Axis I.

Axis II – *Interpersonal relations* – explores the way in which the patient lives and organizes relationships with others, allowing the identification of any dysfunctional relational patterns that tend to recur over time, while also highlighting the relational resources available to the individual. Behavior in relationships is conceived as the manifestation of dynamics that emerge from the interaction between the patient’s relational desires, the anxieties that such desires can trigger – including their intrapsychic effect – and the expectations or fears related to other people’s possible responses. These aspects are deeply connected to the internalized, often unconscious, representations of significant figures; relational functioning is therefore considered in close continuity with deeper levels of psychic organization, which may concern both conflicting areas and structural aspects of personality. The assessment of Axis II is based on two main sources of observation: on the one hand, the patient’s stories of significant relational experiences and situations; on the other, what takes shape in the here and now of the clinical encounter, within the relationship between the patient and the therapist. The focus is on four key perspectives: how the patient typically experiences others and themselves in relationships, and how others – including the therapist – perceive the patient and their own role in relation to them. The integration of these different points of view allows for the development of the so-called “relational dynamic formulation” that describes the dysfunctional relational pattern characteristic of the patient. As an example, we might think of a person who reports feeling neglected by their partner and reacts to that experience by retreating and closing themselves up. This behavior may be interpreted by the partner as a more or less explicit request for space or autonomy, inducing them to distance themselves; however, such a response risks being experienced by the patient as further confirmation of their feeling that they are not being considered, thus strengthening the maladaptive relational circuit. In the psychotherapeutic field, the work on relationships plays a central role, as it offers the patient the opportunity to move from a rigid system of expectations to a wider range of relational possibilities; through emotionally corrective experiences, the subject can experience more satisfying relational modalities compared to their own needs and desires, with consequences also on intrapsychic functioning. The ability to recognize that some relational behaviors may contain unconscious “relational offers” –

such as withdrawal experienced by the other as a demand for space – encourages a more active and responsible position within relationships and their modifiability. Theoretically, the operationalization of Axis II is inspired by the circumplex model originally developed by Sullivan (1970) and later elaborated on by Benjamin (1974) and also incorporates elements of Luborsky's Core Conflictual Relationship Theme model (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) for relational narrative analysis. This axis connects in a special way to specific therapeutic factors, such as the accuracy of relational interpretations, the management of the real interpersonal relationship, and work on and through countertransference.

Axis II in the OPD-3 maintains, as in the previous version, the exploration and identification of the main repetitive and dysfunctional relational patterns of the patient from two complementary perspectives: the subjective experience of the patient and the point of view of the significant other in the relationship. The clinical reference material is made up of the narrated relational episodes, on which the selection of descriptive items most relevant to the case is inserted. The list of items remains unchanged in its composition and continues to be organized according to the circumplex pattern of interpersonal behavior, respecting the logic of the circular model. The two experiential perspectives and the process of integrating the selected items into a dynamic-relational formulation, which forms the core of the Axis II diagnosis, are also confirmed. The main innovation concerns the introduction of a dimensional evaluation of items. Each relational pattern can now be placed along a continuum of dysfunction, distinguishing between non-problematic/not relevant, prominently present, and present in a dysfunctional manner. For each item, there are specific descriptions of the different levels, which are collected in a summary table. Furthermore, each pattern can be separately identified as a resource if it is assessed as adequate. The OPD-3 clearly distinguishes between a clinical assessment mode and a research mode: in clinical settings, items deemed significant are selected and dimensionally assessed and then reduced, as before, to three items for each experiential perspective. In the research version, however, pairs of adjacent and conceptually related items are merged, in analogy with the clusters of the Structural Analysis of Social Behavior model; the total number of items is thus halved, but each item must be evaluated comprehensively and independently, allowing for a more precise description of pattern intensity, the construction of relational profiles, and easier statistical analysis of the data.

Axis III – *Conflict* – is rooted in the classical psychodynamic tradition – particularly regarding issues such as autonomy, control, guilt, and self-esteem – and in the more recent theories on motivational systems that guide the development of the individual over the entire life span (Lichtenberg, 1995; Stern, 1995). Conflicts arise when needs, desires, impulses, or representations come into conflict with each other; when such tensions give rise

to rigid, persistent, and not fully accessible behavioral modes of consciousness or voluntary control, they are referred to as unconscious intrapsychic conflicts. The OPD model identifies seven major conflict areas: Dependency *vs.* Individuation; Submission *vs.* Control; Need for care *vs.* Autarky; Self-worth conflict; Guilt conflict; Oedipal conflict; Identity conflict (in the OPD-3, the situation in which there is a defense from the perception of conflict and emotions is also assessed). Each conflict is assessed along a continuum of relevance ranging from absence to extremely significant, with the aim of identifying one or more predominant and dysfunctional conflicts, while recording the presence of all the elements in the field. For the main conflict, the prevailing expressive mode is also explored, which can be situated on a more regressive or counterphobic side than the topic in question. For example, in the case of a marked conflict between the need for care and self-sufficiency, a patient may present himself as highly dependent, in need of reassurance, with difficulties in separation, and a narrow but intense relational network characterized by affects of sadness and fear of abandonment; this configuration suggests a regressive mode. On the contrary, a person who denies their care needs could be overburdened with responsibility and present themselves as excessively autonomous, expressing the same conflict in an active and counterphobic form. In many cases, however, mixed or oscillating modes may emerge. The assessment of conflicts is mainly based on the patient's medical history and life history, with particular attention to trigger events and situations experienced as problematic. Further guidance comes from the observation of the therapeutic relationship, including analysis of prevalent affects – such as anger, shame, envy, guilt, or sadness – that serve as useful indicators to guide understanding of the underlying conflict. When therapeutic work is focused on this axis, and the patient structure is sufficiently integrated, the main objective is to promote a more flexible and stable balance between conflicting polarities and a better capacity for self-regulation.

The OPD-3 preserves the seven conflicts already present in the previous versions, each articulated in the two processing modes, along with the category relative to defense from perception of conflict and affects. At the same time, important conceptual and operational innovations have been introduced; in particular, the motivational system underlying each conflict is explained and the functional development trajectory is described, *i.e.*, what is observable when the conflict is not present and the motivation system is well integrated. A further relevant distinction is that between central affects, painful affects, affects that tend to be repressed, and guiding affects, which are more easily accessible to consciousness (and which, as the definition suggests, can lead to recognition of underlying affects). It is also possible to differentiate between persistent lifelong conflicts and current conflicts, facilitating the description of any changes over time, including in

relation to the way in which they are processed. The independent category of “current conflict”, which is often debated, has been surpassed, and the dimension of “current event” is now being used to describe motivational-conflicting themes that permeate the daily psychic experience, even in the absence of a structurally serious and persistent conflict. A significant change is the extension of conflict assessment to all structural levels, including those that are poorly integrated or not integrated. To this end, specific descriptions of the conflict manifestations have been formulated as well-integrated, moderately integrated, and poorly integrated. Another section of the handbook also delves into the integration of the concept of dilemma, according to Mentzos’ model (2015), within the Conflict Axis.

Finally, Axis IV – *Structure* – concerns the personality structure and is the last axis of psychodynamic derivation of the OPD system; the structure can be thought of metaphorically as the configuration of a crystal, the development of which depends on baseline conditions but remains open to transformations over time. This view is similar to the models of non-linear dynamic systems, described by Sander (2005) as continuously moving systems, sensitive to the initial conditions but not rigidly determined by them. In the psychological field, “structure” refers to the relatively stable set of psychic arrangements that organize the experience and behavior of the individual, constituting a basis on which the subject tends to restore their own intrapsychic and interpersonal balance. From an evolutionary and dynamic perspective, personality structure stems from the interaction between early constitutional and relational factors, particularly in care experiences, but remains susceptible to significant changes throughout life. Consequently, any structural description is necessarily inferential, partial, and temporary. The articulation of Axis IV is inspired by the work of Rudolf and Henningsen (1993) and aims to describe the structure of the self in its observable functions, both with regard to oneself and in relation to others. Cognitive-affective skills are considered along a continuum ranging from the most basic functions – such as the distinction between self and non-self – to metacognitive and reflective skills, to the integration of different areas of psychic functioning and self-regulation processes. From a clinical point of view, the therapeutic objective of this axis is to identify the most deficient structural areas and to modulate the intervention in such a way as to facilitate their development, avoiding premature, incomprehensible, or potentially iatrogenic interventions. This is particularly relevant in cases where the patient does not yet have the necessary skills to benefit from interpretative interventions and instead needs supportive work on basic functions such as reality testing, self-other distinction, and mentalization.

Axis IV in the OPD-3 retains its basic setup but presents numerous revisions and expansions: the defense dimension has been reintroduced as the ninth structural dimension, completely renewed in terms of content, while

the other eight dimensions have remained substantially unchanged in their object of observation. Significant changes have been made to the facets: some have been newly introduced, such as those relating to Trust, the Pleasure experience, or Affect Differentiation in relation to the object; others have been merged or reformulated more precisely. A further innovation concerns the manualization of the intermediate structural levels, which were previously only implicit; their explicit formulation makes the structural checklist more detailed, differentiated, and clinically usable. At the same time, the content of the less integrated levels has been thoroughly revised, with the aim of increasing its compatibility with psychiatric language and models, avoiding descriptions based on specific psychopathological frameworks; this work has also been made possible thanks to the contribution of experts in the psychodynamic treatment of psychosis. A table describes all facets at each level, including intermediate facets, and is now the central part of Axis IV.

Finally, the OPD-3 introduces two optional evaluations of structural variability: a temporal one, useful for representing changes over time (for example, as a result of traumatic events), and a specific one for areas of life, which allows one to highlight differences in structural functioning between different contexts, such as work and intimacy; this ability to describe structural oscillations gives the diagnosis greater clinical finesse and a descriptive ability more in keeping with the complexity of patients.

In conclusion, to help the reader who still does not know the OPD system to understand its specificity even with regard to the landscape of contemporary diagnostic systems, let us try to use the metaphor of clothing. There are diagnoses that effectively fulfill the function of ready-to-wear: standardized models, built on predefined sizes, indispensable for quick orientation and for communication between professionals to ensure a common base of reference. Like mass-produced clothing, these diagnoses are functional, affordable, and often necessary. However, while well packaged, they remain thought of for a “standard body” that rarely coincides with the real body of an individual.

There are also more refined systems, comparable to high-end boutiques: high-quality garments, inspired by recognizable stylistic schools, capable of capturing deep and elegant aspects of psychic functioning. However, even these outfits remain linked to collections that have already been designed for defined theoretical lines, within which the patient is invited to fit, sometimes adapting more to the dress than the dress to the patient.

The OPD is different; it is more like a tailor-made suit. A tailor who does not start from a predetermined model, but who observes, takes measurements, listens to needs, takes account of asymmetries, postures, and movements. A tailor who knows that it is not always necessary to make a complete suit; sometimes it is necessary to work on a sleeve, reinforce a seam,

release tension, respecting what the client already has and supporting what is missing. A tailor who knows that their work requires time, patience, attention to detail, and a continuous verification of the result as it takes shape.

In this sense, the Operationalized Psychodynamic Diagnosis is not a label to be applied but a shared constructive process. The axes of the OPD are not rigid compartments, but tools for clinical observation that allow you to orient your gaze without saturating it, to collect “clinical facts” while keeping them open to integration and transformation. The result is never a serial replicable product but a unique, unrepeatable formulation, closely linked to that patient, that therapist, and that moment in time.

As in tailoring, in the OPD, quality does not lie only in the final result, but in the method, in the way in which standardization and singularity, rigor and flexibility, systematic observation and clinical sensitivity are held together. It is precisely this combination that allows the OPD to function not only as a diagnostic tool but also as a treatment guide, as a process compass, and as a language that can be shared between different orientations without sacrificing the complexity of the subject.

In a clinical and institutional context that is increasingly pressed by the demands of speed, efficiency, and simplification, the OPD is a counter-current but necessary choice: to take the time to measure, observe, correct, and retrace your steps. This is because, in psychotherapy, as in tailoring, a good suit is what allows a client to move, breathe, feel comfortable in their clothes and sometimes to transform.

## REFERENCES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bernardi, R. (2014). *Three-level model (3-LM) for observing patient transformations*. In: De Litvan M. A., edited by, *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis – The three-level model*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1959) *Attacks on linking Second Thoughts*. New York: Aronson.
- Bion, W. R. (1970). *Il gemello immaginario. Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Britton, R. (1998). *Belief and Imagination: Explorations in Psychoanalysis*. London and New York: Routledge (It. trans.: Gilli C.M., Fregonese S., edited by, *Credenza e immaginazione*. Roma: Borla, 2006).
- Britton, R., & Steiner, J. (1994). Interpretation: selected fact or overvalued idea? *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(5/6), 1068-1078.
- Ceruti, M., & Damiano, L. (2018). Plural Embodiment(s) of Mind. Genealogy and Guidelines for a Radically Embodied Approach to Mind and Consciousness. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Chichi, M. G., Fava, E., Margola, D., Vai, B., Galvano, C., Reatto, L., Cumia, I., & Linciano,

- A. D. (2025). Le Teorie Private di pazienti e analisti: uno studio esplorativo nella fase iniziale del trattamento. *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Fava, E.; Gruppo Zoe. (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Chichi, M. G., Galvano, C., Cumia, I., Reatto, L., Vai, B., & Linciano, A. D. (2025). L'alleanza di lavoro nella ricerca clinica e nella ricerca empirica: la costruzione di un progetto di ricerca sul campo con il metodo PTI (Private Theories Interview). *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. In: Musatti C.L., edited by, Opere, Vol. 9. Torino: Boringhieri (1976).
- Goethe, J. W. (1833, 1840). *Massime e riflessioni*. Milano: Rizzoli (1992).
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisti in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Kant, I. (1781, 1787). *Critica della ragion pura*. Torino: Utet, 2000.
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018). La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche. Alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli (TLM). *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2).
- Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (Eds.). (2006). *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino.
- Lichtenberg, J. D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lichtenberg, J. D. (2012). Therapeutic Action: Old and New Explanations of Therapeutic Leverage. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(1), 50-59.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books (It. trans.: Capire il transfert. Milano: Raffaello Cortina).
- Mattana, G. (Ed.). (2017). *Ricerca Empirica in Psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. SpiWeb. Available from: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca-psicoanalisi/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/>
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse*, 31(4), 341-352.
- Nagel, E. (1967). *Problemi metodologici della teoria psicoanalitica*. In: Hook S., edited by, *Psicoanalisi e metodo scientifico*. Torino: Einaudi.
- Newton, I. (1713). *Philosophiae naturalis principia mathematica*. In Pala A., edited by, *Principi matematici della filosofia naturale*, vol. 1, collana *Classici della scienza*. Torino: UTET (1997).
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practice. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
- OPD Task Force (2006). *OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- Papini, S. P., & Fava, E. D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, 30(1), 37-55.
- Philips, B., Werbart, A., & Schubert, J. (2005). Private theories and psychotherapeutic technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19, 48-70.

- Piaget, J. (1972). *L'equilibrazione delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Rudolf, G., & Henningsen, P. (1993). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Thieme Group.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, A., Riva, E., & Schweizer, K. (2020). *L'eclettismo consapevole: una ricerca al Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi. Available from: <https://www.cmp-spiweb.it/i-quaderni-del-centro-milanese-di-psicoanalisi/>
- Sander, L. W. (2005). Le Teorie dei Sistemi Dinamici come meta-inquadramento della psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 16(3), 267-300.
- Spitzer, R. L., & Frances, A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. Intervista. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, 2, 247-262.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books (It. trans.: La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre/bambino. Torino: Boringhieri).
- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tzur Bitan, D., Ben David, T., Moshe-Cohen, R., & Kivity, Y. (2021). Patient-Therapist Congruence and Incongruence of Process Expectations During Psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(4), 493-498.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2), 239-252.
- Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 411-428.
- Werbart, A., & Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 108-127.
- Wile, D. B. (1977). Ideological Conflicts Between Clients and Psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 437-449.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 9 February 2026.

Accepted: 22 March 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1160  
doi:10.4081/rp.2026.1160

*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.*



## ***Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata.*** **Realizzare un abito su misura: l'esperienza d'incontro con il paziente nella diagnosi e nel processo terapeutico**

*Silvia Paola Papini,\* Edoardo Vassallo,\*\* Lorenzo Fiorina,\*\*\*  
Alessandro Ferrari,\*\*\*\* Carmen Baldi,\*\*\*\*\* Emilio Domenico Fava\*\*\*\*\**

SOMMARIO. – L'articolo presenta la *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata*, oggi arrivata alla sua terza versione (OPD-3), come strumento clinico, formativo e di ricerca capace di rispondere alle esigenze delle cosiddette “terapie reali” nei contesti istituzionali e nella pratica clinica quotidiana. Muovendo da una riflessione critica sui limiti dei sistemi diagnostici categoriali e sulle difficoltà intrinseche alla definizione del “fatto” in clinica, il contributo esplora il ruolo delle teorie, delle credenze e delle “teorie private” di paziente e terapeuta nel processo di osservazione e di comprensione psicodinamica. Viene discusso il rischio di una chiusura prematura del pensiero clinico, collegato al concetto bioniano di “fatto scelto” e alla nozione di “*overvalued ideas*”, sottolineando l'importanza di strumenti di tipo *bottom-up* che favoriscano una descrizione fenomenologica rigorosa, ma aperta alla complessità. In questo quadro, l'OPD viene presentata come un modello diagnostico multiassiale e processuale, in grado di integrare differenti livelli di osservazione – esperienza di malattia, relazioni interpersonali, conflitti intrapsichici e struttura di personalità – mantenendo un equilibrio tra standardizzazione e attenzione alla singolarità del caso. Ampio spazio è dedicato all'impianto teorico e clinico dell'OPD-3, alle principali

---

\*Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; Coordinatore Italiano OPD-3; International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); SIPRe, Italia. E-mail: sppapini@yahoo.it

\*\*Psicologo, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; Santagostino Psiche, Italia.  
E-mail: vassallo.edoardo@gmail.com

\*\*\*Psicologo, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia. E-mail: lorenzo.fiorina@fastwebnet.it

\*\*\*\*Psichiatra, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”; ASP – Associazione Italiana Psicologi, Italia.  
E-mail: ferrale76@gmail.com

\*\*\*\*\*Psicologa, Psicoterapeuta; Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia.  
E-mail: carmen.baldi.cb@gmail.com

\*\*\*\*\*Associazione Gruppo Zoe “per lo studio e la formazione sulla qualità e l'efficacia delle cure psichiche”, Italia. E-mail: emiliofava@yahoo.it

innovazioni introdotte nella terza edizione del manuale e al suo utilizzo per la diagnosi, la pianificazione e il monitoraggio del trattamento.

*Parole chiave:* Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata, OPD-3, diagnosi psicoanalitica, fattori terapeutici, terapie reali.

*“Se vogliamo conoscere il mondo dobbiamo cominciare a capire come è fatta la mente, o meglio i principi che ne regolano il funzionamento rendendo possibile l’esperienza.”*

(Kant, 1781)

La *Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata* (OPD) è storicamente nata dall’esigenza di considerare diverse aree del funzionamento umano, utili a disegnare una mappa che sia d’aiuto al clinico attento a raccogliere dati partendo da fatti clinici rilevabili, nell’incontro con il paziente o con la sua storia e la sua narrazione. L’enfasi su un approccio *bottom-up* ha il vantaggio di favorire la rilevazione di dati “grezzi” e quindi anche il riconoscimento, da parte del clinico, della complessità del campo osservativo e della tensione costante tra elementi clinici specifici nella loro continua evoluzione, stimolando uno sforzo di lettura integrativa che consenta di tenere insieme e dotare di senso quanto osservato.

L’OPD è stato pensato come sistema diagnostico, ma nel corso del suo sviluppo sempre più si è orientato al processo, alle indicazioni al trattamento e alla pianificazione della terapia. Questa impostazione *bottom-up*, infatti, rende il sistema particolarmente fruibile non solo in fase di inquadramento ma anche nell’analisi del processo di cambiamento, che spesso parte dal tentativo di riconciliare e dare senso a variabili ulteriori, precedentemente non ancora emerse o riconoscibili. L’attenzione al dato clinico osservabile, riconoscibile attraverso lo sforzo dell’operazionalizzazione dei concetti pensati importanti per comprendere il funzionamento dell’individuo, ha dato inoltre prova di grande utilità anche nella sua funzione formativa, abituando i clinici – anche di diversi orientamenti teorici – ad una costante attenzione al sostanziare le proprie ipotesi a partire da quanto emerso e poi a cercarne una configurazione di senso, invece che partire da categorie costruite *ex ante*, dentro le quali cercare punti di contatto con l’esperienza del paziente.

Nell’OPD, gli osservabili, ovvero le aree di funzionamento, sono stati suddivisi in quattro assi che organizzano le informazioni cliniche raccolte e si pongono come vertici a partire dai quali si sviluppa il lavoro di integrazione e di costruzione della diagnosi funzionale; gli assi hanno come oggetto l’esperienza di malattia e i presupposti per il trattamento, le relazioni interpersonali, i conflitti intrapsichici inconsci e gli aspetti strutturali che caratterizzano il funzionamento della persona. Queste aree sono state poi

approfondite, tenendo conto anche della letteratura esistente, per arrivare a descriverle con sufficiente chiarezza e avvicinarle ad esempi clinici che possano fungere da efficace confronto con le sfumature cliniche con le quali siamo alle prese nell'incontro con quello specifico paziente.

Il nostro gruppo, Associazione Gruppo Zoe, si è occupato, sin dalle origini e in una prospettiva di integrazione dei saperi, dei processi che definiscono i percorsi di terapia, i loro esiti, i fattori che vi contribuiscono, in senso positivo o negativo, sino allo sviluppo di sistemi diagnostici in grado di funzionare come strumento di inquadramento e monitoraggio del trattamento. Ci siamo sempre occupati di comprendere e sperimentare questo insieme di fattori nel contesto di quelle che abbiamo definito "terapie reali", intendendo le terapie diffuse in ambiti pubblici e privati, piuttosto che i "casi particolari" o "esemplari" alla base di molti lavori clinici, oggetto di successive generalizzazioni.

Il lavoro di integrazione dei saperi è necessario affinché le conoscenze che dipendono da ambiti disciplinari differenti, fondate su basi teoriche ed epistemologiche diverse, possano essere utilizzate sinergicamente nelle prassi quotidiane. Un obiettivo importante nel nostro lavoro è stato il buon funzionamento dei servizi di salute mentale. Ottenere buoni risultati – come vedremo – non è solo il frutto di investimenti sul personale addetto, ma dell'uso di procedure efficaci; si può "fare molto anche con meno, ma bene". Un altro interesse è quello di contribuire ai percorsi formativi, con metodi innovativi e alle discussioni istituzionali, migliorando la comunicazione tra operatori di diverso orientamento e scuole di appartenenza.

Dalla sua introduzione in Italia con la seconda edizione, l'OPD è stato usato con soddisfazione in ambito clinico, in contesti istituzionali pubblici (ASST Lecco e AUSL di Parma, Italia), privati (Santagostino Psiche, Italia), così come nell'attività specialistica in studio privato, oltre che come strumento formativo per molti giovani psicoterapeuti (citiamo come esempio a Milano la scuole di specializzazione in psicoterapia che lo hanno integrato nella loro proposta di formazione: Coirag, Isipsè, Nuove Cliniche Nuovi Setting).

Comprendere come migliorare la qualità e l'efficacia delle terapie "reali" nei disturbi psichici è quindi un obiettivo che va perseguito. Per raggiungere questo scopo occorre cercare di essere il più possibile indipendenti, cioè il riuscire a mettere da parte appartenenze, convinzioni teoriche personali e definizioni ristrette di ambiti disciplinari, secondo il pragmatico principio "Non importa se il gatto è bianco o nero, importa che prenda il topo", variante orientale di "*Hypotheses non fingo*" ("non invento ipotesi") con cui Isaac Newton (1713) sottolineò il valore dell'osservazione dei "fatti" e delle loro concatenazioni. Questo obiettivo, cogliere i "fatti", cioè ciò che è direttamente osservabile, nasconde una notevole complessità. In particolare ci riferiamo ai metodi che si possono usare a questo scopo, ai

loro limiti e potenzialità; il processo diagnostico, alla base del capire e quindi del curare, risente della molteplicità e diversità degli approcci che caratterizzano il nostro campo di azione.

Riteniamo necessario quindi anteporre una riflessione sugli strumenti concettuali impliciti in questo tipo di percorso e sul significato dei termini che verranno utilizzati. Ogni tipo di “fatto” presuppone una prospettiva di osservazione, quindi la conoscenza della prospettiva attraverso cui osserviamo un “fatto” e lo ridefinisce nei suoi limiti e nelle sue caratteristiche è una tappa obbligatoria. Questo argomento, di solito usato per sostenere i punti di vista “soggettivisti” radicali, può essere considerato da un altro punto di vista: come felicemente osservava E. Nagel (1967), conoscere i limiti dei nostri metodi di conoscenza non ne sminuisce il valore ma li rende più accurati e precisi. È questo il senso con cui intendiamo la frase di Kant *in exergo*: riflettere sul modo con cui conosciamo.

Se è chiaro che non esistono fatti del tutto indipendenti dalle teorie/credenze/prospettive/contesti di chi li osserva, questo argomento è troppo spesso usato per valorizzare le proprie convinzioni evitando le valutazioni empiriche, il confronto con altri punti di vista e sminuendo il potere delle idee innovatrici. Anche l'esperienza soggettiva del momento può essere considerata un “fatto”, anzi – potremmo dire – “il fatto” per eccellenza. Ma cos'è un “fatto”? Zenone, caposcuola degli stoici, sosteneva che: “Il falso non può essere percepito; soltanto il vero può essere percepito”. Il “fatto” quindi viene collegato a ciò che può essere percepito con i nostri sensi, comprese le sensazioni personali, e che tende a perturbare ogni costruzione teorica preesistente. Il concetto viene ripreso da Aristotele e San Tommaso con la nota formula “*Contra factum non valet argumentum*” (ad indicare che una cosa non può essere e non essere nello stesso tempo e sotto lo stesso aspetto). Goethe (1833, 1840), secoli dopo, sostenne che “ogni fatto è già teoria”. La storia della medicina è piena di esempi di come il contraddire le teorie dei maestri, anche mostrando “fatti”, ha spesso suscitato reazioni pericolose e non raramente il rischio di finire sul rogo. Da Michele Sevetto, primo a negare la permeabilità del setto interventricolare basandosi su osservazioni anatomiche a Semmelweis che scoprì il ruolo delle infezioni indotte dalle manovre non sterili durante il parto, che morì solo e dimenticato. Possiamo quindi dire che “la teoria falsifica l'osservazione”? Forse è un punto di vista troppo radicale, ma certamente, come ha mostrato Piaget (1972), quando una convinzione incontra un fatto che sembra contraddirla, dapprima è il fatto stesso che non viene percepito, poi il fatto è modificato nel suo senso per farlo aderire alla convinzione e solo alla fine può dar luogo ad un cambiamento accrescitivo che Piaget chiama “equilibrante maggiorante” (Mattana, 2017). Anche Britton (1998) parla dell'esigenza di superare le proprie credenze, su cui investiamo, come di un atto liberatorio che presuppone un lutto.

Questa premessa nasce dall'esigenza di recuperare, in particolare nei percorsi formativi, nei procedimenti diagnostici e nella percezione delle modificazioni che avvengono in terapia, la capacità di cogliere i "fatti" che nascono dall'esperienza/osservazione diretta e che possono appartenere all'area dei contenuti delle narrazioni, dei comportamenti, di ciò che viene percepito, e anche all'area di ciò che viene sperimentato soggettivamente dal terapeuta in termini di emozioni, pensieri, fantasie.

Il "fatto scelto" di cui parla Bion indica la capacità di collegare singoli elementi (fatti) percepiti prima che strutturati in forma teorica. Per Bion l'espressione "fatto scelto" descrive un'esperienza emotiva in cui avviene un processo di sintesi che il clinico fa attraverso sentimenti di coerenza e scoperta. Ne *Il gemello immaginario*, Bion (1970) chiama "evoluzione" il "collegarsi mediante un'improvvisa intuizione, di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che, dopo l'intuizione, hanno assunto una coerenza e un significato che prima non possedevano". Connessioni che emergono dal discorso del paziente inimmaginabili ma inequivocabili.

Questo non riguarda solo il mondo della psicoanalisi e della psicologia in generale, ma è esperienza comune in infiniti campi. Anche un calciatore all'atto di scendere in porta segue le idee teoriche e i suggerimenti dell'allenatore, ma il momento del tiro è guidato dall'istinto. Inoltre può casualmente provare a fare qualcosa che prima non aveva mai fatto, in relazione a certe specifiche circostanze, e sperimentarne l'effetto.

Britton e Steiner (1994) tuttavia, partono dalla considerazione di un'estrema vicinanza tra il "fatto scelto" e "un'idea sopravvalutata" (*overvalued idea*). I sentimenti di incertezza e di confusione provocati a volte dal materiale della seduta spingono paziente e analista a cercare un senso compiuto con sentimenti di urgenza. La ricerca e l'apparente emergenza di una congiunzione costante su cui costruire un'ipotesi interpretativa non ci pone al riparo da false piste o fraintendimenti. Britton e Steiner definiscono "*overvalued idea*" i pensieri dell'analista che si presentano come fatti prescelti, in realtà determinati da reazioni difensive dell'analista, dal suo bisogno di confermare le proprie teorie o di tenere lontana l'ansia relativa ad un certo materiale. L'*overvalued idea* si configura quindi come rifugio dell'analista o della coppia per mancanza di stabilità psichica in momenti di particolare confusione, un uso improprio delle proprie teorie che da patrimonio si trasformano in aree di non pensiero.

Un contributo alla comprensione del rapporto tra teorie e "fatti" proviene dal costrutto di "teorie private" (Werbart & Levander, 2006). Questo costrutto si basa sull'idea che sin dall'inizio paziente ed analista sviluppino credenze sulla natura, la genesi e le possibili soluzioni della sofferenza psicologica (diagnosi/terapia) e che queste, con il procedere del lavoro terapeutico e le relative trasformazioni che questo comporta nella visione di sé e delle relazioni, possano modificarsi ed evolvere. Le teorie private del

paziente si collegano a fantasie sulla genesi della sofferenza, sulla gratificazione dei desideri e sul fronteggiamento o evitamento del dolore (Chichi *et al.*, 2025; Fava *et al.*, 2025). Nel terapeuta le teorie private possono invece essere descritte come un amalgama di teorie ufficiali, elementi della propria esperienza clinica e di vita, valori individuali ed elementi transferali e controtransferali (Hunter, 1996). Anche la prospettiva di lettura in cui gli analisti si pongono (traumatica-relazionale, conflittuale-intrapsichica o deficitaria-strutturale) gioca un ruolo nelle interpretazioni della sofferenza del paziente e delle conseguenti strategie di cura (Sabucco *et al.*, 2020). Altre ricerche hanno messo in evidenza come la natura e le caratteristiche di queste teorie incidano sul lavoro analitico e, in particolare come la discrepanza tra le aspettative e le credenze che pazienti e analisti elaborano sulla terapia e l'inflessibilità dell'analista nel pianificare il lavoro di cura, possono influenzare l'esito dello stesso nei termini di una sua conclusione prematura o negativa (Tzur Bitan *et al.*, 2021; Werbart & Levander, 2006; Wile, 1977).

Ciò che appare incidere sul processo e sull'esito del trattamento non è tanto la stretta congruenza tra le diverse teorie di analista e paziente, quanto piuttosto la tensione ideale verso una loro progressiva convergenza, così come la presenza, o meno, di interventi da parte dell'analista che sollecitino un dialogo tra le rispettive teorie, in un'ottica di valorizzazione del punto di vista del paziente (Philips *et al.*, 2005; Weiss, 1998) e di sintonizzazione reciproca. Si evidenzia così come la collaborazione consapevole e creativa non viene solo considerata appunto nei suoi aspetti razionali e cognitivi, ma come espressione di un processo interattivo complesso che implica aspetti impliciti, inconsci e relazionali, che caratterizzano i diversi livelli della relazione terapeutica.

Questo processo inizia sin dal momento in cui formuliamo una “diagnosi”, cioè sviluppiamo idee sulla natura dei problemi del paziente per poi procedere nel definire il focus del trattamento e prospettive di cura.

Consideriamo infine che si possa condividere l'idea che i punti di vista (*perspective*) e le opinioni di paziente e analista così come quelle tra psichiatri biologi e psicoterapeuti di diverso orientamento appartengano al campo delle “credenze” esplicite e implicite. Lo stesso Freud affronta il problema del credere in diversi contesti. Egli equiparava la credenza a un giudizio di realtà, fenomeno che apparteneva al sistema dell'Io e quindi al conscio. Successivamente riconobbe che “anche una porzione dell'Io possa essere, anzi è indiscutibilmente inconscia” (1922, p. 481). In definitiva potremmo pensare, con Britton (1998), che credere sia un processo mentale inconscio che produce credenze che possono essere poi modificate con relativa facilità oppure costituire dei solidi baluardi al cambiamento. Britton osserva che nella letteratura psicoanalitica “esiste sorprendentemente poco riguardo all'argomento della credenza”, tanto più che “è compito quotidiano degli analisti esplorare le credenze cosce e inconscie dei loro pazienti e

le proprie” (*ibidem*, p. 22). Qual è allora lo statuto della credenza? La credenza può essere considerata come la funzione che conferisce lo stato di realtà alle fantasie inconscie e alle idee. “La credenza conferisce la forza della realtà a ciò che è psichico” (*ibidem*, p. 26), come la percezione conferisce lo stato di realtà a ciò che è fisico. Ciò che è percepito richiede pertanto una credenza per divenire conoscenza. Credere in qualcosa significa che la si considera vera. In ogni caso, “le nostre reazioni emotive e le nostre azioni non si basano sulla conoscenza, ma sulla credenza” (*ibidem*, p. 26). La scoperta che si tratti di mere credenze, e non di conoscenze, è un atto di emancipazione ed una funzione della psicoanalisi. Rendersi conto che si tratta di una credenza è un processo secondario che dipende dalla possibilità di guardare alla credenza dall’esterno ed a sua volta dipende dalla capacità dell’individuo e della coppia terapeutica di trovare una posizione “altra” dalla quale osservare la propria credenza. Questa, resa cosciente e riconosciuta come tale, può esser messa alla prova attraverso il confronto con percezioni, memorie, fatti noti ed altre credenze e, di conseguenza, modificata (Lichtenberg, 2012). Le nostre credenze hanno la qualità di un oggetto psichico, su cui investiamo. Rinunciare ad esse diviene così un processo di lutto. Se ogni legame cognitivo estraneo al sistema di credenze esistente nel sé è trattato come un pericoloso nesso a qualcosa di estraneo, allora tale legame può essere attaccato e distrutto (Bion, 1959).

Il dato empirico, inteso come il prodotto della ricerca scientifica, nel senso paradigmatico del termine, può essere ingenuamente confuso con il “fatto”, ma in realtà è il prodotto di procedure ben definite che riguardano sia la scelta dei “fatti” da considerare, sia le modalità e gli strumenti con cui essi vengono interpretati e standardizzati. In questo modo i risultati degli studi non possono essere considerati se non come parziali, a maggior ragione se vogliamo studiare fenomeni complessi, cioè determinati da molte variabili interagenti. La complessità non appartiene solo a chi osserva ma riguarda il modo con cui è strutturata la realtà. I sistemi complessi hanno la caratteristica di essere determinati da diverse variabili e sono altamente sensibili alle perturbazioni che incontrano nel loro sviluppo (Ceruti & Damiano, 2018). Tuttavia i risultati degli studi empirici, correttamente impostati e condotti, sono particolarmente adatti a dare parziali conferme/disconferme alle credenze teoriche e ad aprire scenari innovativi. La ricerca empirica ha per esempio confermato in modo significativo l’efficacia delle psicoterapie, ha evidenziato importanti fattori predittivi di esito e di personalizzazione, ha messo in luce le profonde differenze tra pazienti con la stessa diagnosi categoriale, ha mostrato rilevanti aspetti del funzionamento delle terapie “reali” e infine il valore e le caratteristiche di base delle “relazioni che curano” e, in particolare, dell’alleanza terapeutica (Fava *et al.*, 2016; Norcross & Lambert, 2018).

Ciascuno dei metodi diagnostici comporta vantaggi ma anche possibili

bias. I sistemi categoriali, come il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM; American Psychiatric Association, 2013), sono utili per costruire categorie generali, oggetto di studi epidemiologici, per le indicazioni farmacologiche e per facilitare le comunicazioni tra terapeuti di differente formazione. Sono inadeguati, invece, a parere degli stessi estensori (Spitzer & Frances, 2011) a dare informazioni accurate sul funzionamento psichico del singolo paziente, delle sue risorse, dei possibili ostacoli nel percorso di cura, della qualità della relazione che si può instaurare con il paziente, sul riconoscimento di segnali che indicano potenzialità di cambiamento/non cambiamento e del mancato riconoscimento del ruolo che il paziente ha nello strutturare le proprie sofferenze e nel partecipare al processo di cura (Papini & Fava, 2019). Inoltre i sistemi categoriali suggeriscono procedure terapeutiche troppo standardizzate e prefigurate *a priori* (*top-down*), favoriscono la creazione di stigmi e possono essere utilizzati per la strutturazione di schemi difensivi. I limiti dei sistemi nosografici-descrittivi-categoriali sono stati anche segnalati dalla ricerca empirica: pazienti con la stessa diagnosi categoriale possono essere profondamente differenti per molte variabili che hanno un significato prognostico, o che possono orientare in modo differente il progetto terapeutico (Laska & Wampold, 2014; Norcross & Wampold, 2011a, 2011b; Norcross & Lambert, 2018). I metodi della psicoanalisi classica, che pure permettono la conoscenza di livelli impliciti del funzionamento psicologico, comportano notevoli rischi quali la selezione di casi particolari per confermare modelli teorici preesistenti, il conformismo istituzionale, l'assenza di strumenti e procedure di verifica delle convinzioni teoriche dei singoli terapeuti (Vigna-Taglianti, 2018).

In definitiva, cogliere un "fatto" non sembra così semplice: tra teorie ufficiali e private, idee "sopravalutate", credenze e generalizzazioni derivate dai risultati di studi empirici, atteggiamenti ideologici e impostazioni epistemologiche disconosciute sembra di osservare una navicella che naviga tra gli scogli e deboli fari. La capacità di integrare conoscenze derivate da diversi approcci e metodologie può aiutarci a sviluppare forme di trattamento più efficaci e personalizzate.

Sia ben chiaro che questo non significa che non vada considerata l'importanza delle concezioni teoriche attraverso le quali concettualizziamo le nostre esperienze, né quella dei risultati degli studi empirici, ma che alla base della lettura di qualsiasi esperienza o dato empirico ci debba essere la capacità di cogliere il "fatto", anzi il "fatto clinico". Nella pratica troppo spesso osserviamo che le concezioni teoriche e altre credenze si sovrappongono all'attenzione nel cogliere i fatti, influenzandoli *a priori*. Su questo ci può essere un ampio accordo, ma occorre andare a vedere se nella pratica terapeutica, nei percorsi formativi e nelle discussioni istituzionali questo principio sia realmente messo in atto. In questo senso parliamo di terapie "reali" secondo il noto principio del "tra il dire e il fare..."

Come riuscire a far convivere concretamente le prospettive categoriali, basate sull'identificazione dei sintomi, gli insostituibili metodi propri della psicoanalisi (e non solo) fondati sull'esperienza soggettiva nel suo divenire e le indicazioni che provengono dalla ricerca empirica? Occorre innanzi tutto che la valutazione clinica si basi sulla individuazione dei vari aspetti e dimensioni che sottendono la sofferenza psichica: in questo senso l'uso di sistemi multiassiali, che prevedono l'analisi sistematica di diversi aspetti del funzionamento mentale della persona e della relazione terapeutica che si instaura, utilizzando una serie di "anchor points" (esempi di situazioni cliniche che orientano nelle osservazioni e nella valutazione rispetto ad uno specifico concetto teorico) che consenta una visione di insieme, non polarizzata su singoli aspetti e prospettive aprioristicamente determinati. Ciò non è troppo differente dal bravo medico che prima visita e poi costruisce la sua diagnosi, rispetto al cattivo medico che invece formula la sua diagnosi a partire dai sintomi che il paziente mette in primo piano, trascurando di esplorare le diverse aree di funzionamento del paziente in una visione di insieme.

In secondo luogo, in sintonia con quanto detto precedentemente, occorre recuperare una dimensione fenomenologica/descrittiva come base di partenza per successivi approfondimenti e confronti.

Questi aspetti vengono non casualmente ripresi dal "modello a tre livelli" (Bernardi, 2014). Il modello dei tre livelli è stato sviluppato dal *Project Committee on Clinical Observation* dell'*International Psychoanalytical Association*, per "migliorare l'osservazione clinica sistematica dei cambiamenti dei pazienti durante la terapia". Questo modello prevede uno sviluppo in tre fasi di cui la prima adotta una prospettiva fenomenologica/descrittiva. Le fasi successive prevedono un graduale passaggio che riguarda i cambiamenti osservabili e infine considera ipotesi interpretative più orientate teoricamente. Secondo Marianne Leuzinger-Bohleber (2018): "Considerando la molteplicità dei linguaggi teorici della psicoanalisi è utile cominciare a descrivere la discussione utilizzando un linguaggio fenomenologico tentando di standardizzare i concetti usando le parole che comprendono il minimo comune multiplo delle diverse versioni teoriche di questi concetti (OPD-2)". Marianne Leuzinger-Bohleber fa esplicito riferimento agli attuali sistemi diagnostici e in particolare al modello OPD-2 che "offrono una descrizione utile" di queste dimensioni in particolare nei percorsi formativi (Leuzinger-Bohleber, 2018). Deve essere chiaro che, dal nostro punto di vista, non si tratta di proporre un nuovo sistema a sfondo categoriale, magari più sofisticato, ma di un percorso di conoscenza del singolo caso nel suo divenire. Se utilizzassimo l'OPD-3 come un sistema per creare categorie, incorreremmo negli stessi difetti di tutti i sistemi categoriali. In questo senso il sistema OPD si pone in una prospettiva dimensionale/fenomenologica e di analisi di processo.

Anche nella pratica della supervisione e nelle discussioni di casi clinici

abbiamo osservato la tendenza a descrivere i casi partendo da diverse prospettive: quella storica/patogenetica, quella condizionata da credenze teoriche precostituite, quella descrittiva di sequenze di avvenimenti da impressioni soggettive del terapeuta e da narrazioni del paziente. L'insieme di queste informazioni costituisce un *corpus* estremamente ricco, ma che si presta, all'atto di trarne conclusioni, ad interpretazioni selettive e potenzialmente deformanti. In altre parole, ognuno può trarre da questa pletora di dati conclusioni condizionate dalle proprie credenze e impressioni. Un altro modo di analizzare il caso clinico o, come si dice, ciò che avviene nella stanza dell'analisi, consiste nel concentrarsi, passo dopo passo, sugli eventi che si attivano nella terapia: narrazioni, silenzi, agiti, fantasie, sogni, reazioni controtransferali, ecc. Ciascuna di queste unità viene osservata nella prospettiva di individuare il "fatto scelto" su una base fenomenologica, astinente, concava, potenzialmente condivisa perché dotata di una sua evidenza, modificabile man mano che altre informazioni si aggiungono a quelle già considerate. Una cosa è cogliere il senso di una narrazione estremamente ricca e complessiva, ma aperta a infinite possibilità interpretative, un'altra è stabilire il senso di una transazione delimitata e procedere per apposizioni successive e progressive.

Occorrerebbe quindi procedere con una esplorazione fenomenologica, che prenda in considerazione diverse aree potenzialmente critiche, le raccolga, le sintetizzi sino a definire una prima focalizzazione del problema. Come in quel gioco enigmistico in cui si colorano le singole parti e poi compare la figura completa, nel nostro caso non già predefinita, ma nel suo divenire. Questa modalità ben si accorda, anche se non coincide, con l'utilizzo di sistemi diagnostici multiassiali come l'OPD-3 che prevedono livelli di osservazione in diverse aree distinte, facilitando un'osservazione sistematica e accurata di ogni avvenimento e la sua collocazione finale in un focus definito anche se modificabile.

Esempio clinico: una paziente arriva leggermente in ritardo alla seduta. Si siede in sala d'aspetto e nonostante la porta dello studio sia socchiusa, non si fa avanti. L'analista pensa che non sia arrivata, ma poi si affaccia per vedere e scorgendola la invita ad entrare, la paziente entra scusandosi per il ritardo. Si potrebbe proseguire con la seduta come se niente di significativo fosse accaduto, ma l'analista è colpito da questa situazione. Pensa che questo potrebbe essere un comportamento dettato semplicemente dall'educazione, ma non è convinto, ci pensa. Qui il fatto importante è il concentrarsi su questo avvenimento. Il terapeuta chiede alla paziente se aveva pensato di bussare o di entrare direttamente nello studio, visto che la porta era socchiusa. La paziente dice qualcosa come: "Io non oserei mai!", segnalando la presenza di uno schema relazionale che contrasta visibilmente con le sue dichiarazioni di trovarsi molto bene e in sicurezza con l'analista: c'è un'altra verità. Le successive associazioni portano alla identificazione di uno

schema relazionale in cui un analista estremamente autoritario può accettarla a patto che lei si comporti in modo sottomesso e subordinato (Asse II, OPD-3). La non accettazione porterebbe inoltre al pericolo, segnalato dall'angoscia, di un abbandono portatore di morte. Questo diventerà uno dei focus principali della terapia. La valutazione finale si costruisce per apposizione di singoli elementi.

Entriamo ora maggiormente nel merito di questo sistema, l'OPD, che abbiamo già identificato come diagnostico-processuale proprio in virtù dell'intenzione di fornire non solo una modalità complessa e transteorica di inquadramento, ma anche strumenti utili all'analisi del processo terapeutico. Nel 2024 è stata pubblicata la terza versione, in lingua originale tedesca, del manuale OPD; attualmente è in corso la revisione per la prossima pubblicazione in lingua italiana, che il nostro gruppo ha curato in continuità con la precedente edizione. La terza versione del manuale OPD presenta una rifinitura dei contenuti, anche a valle dei recenti sviluppi in termini di ricerca, oltre che una riorganizzazione della loro presentazione (nella nuova edizione tutte le informazioni relative a ciascun asse sono raccolte in un unico capitolo), in modo da rendere la consultazione più lineare e agevole, evitando al lettore la necessità di continui rimandi interni e favorendo una maggiore chiarezza complessiva dell'impianto diagnostico.

L'Asse I – *Esperienza di malattia e presupposti per il trattamento* – integra elementi che riguardano la malattia/il disturbo/il problema e i sintomi correlati (come la gravità del quadro clinico, la cronicità del disturbo, l'età di esordio), per una valutazione obiettiva, ad elementi che emergono dalla prospettiva soggettiva del paziente, come, ad esempio, il modo con cui il paziente vive il proprio disagio, qual è la sua teoria sulle cause e sulle aspettative e strategie per farvi fronte, le risorse di cui dispone, i possibili ostacoli interni ed esterni, le modalità di *coping* che quotidianamente impiega per gestire le difficoltà. Vi è anche un approfondimento rispetto alla psicoterapia, utile da una parte a capire i desideri del paziente rispetto ad un eventuale percorso, ad esempio l'essere supportato, la riduzione dei sintomi o l'esplorazione di sé e dall'altra anche a valutarne risorse, mentalità psicologica o vantaggi secondari nel mantenimento del problema. Le componenti indagate da questo asse provengono da concettualizzazioni del problema di diversi orientamenti teorici e sono strettamente collegate all'idea che “il paziente deve essere preso là dove si trova e tenendo conto delle sue aspettative” (OPD Task Force, 2006, p. 40). Ogni tipo di trattamento richiede infatti al paziente una disponibilità, sia emotiva che cognitiva, a intraprendere un percorso che implicherà comunque una certa tolleranza a mettersi in contatto con sé stessi. Nel valutare l'opportunità di un intervento psicoterapeutico, ma anche nella sua pianificazione iniziale è fondamentale tenere conto di diversi fattori, tra cui l'intensità del disagio vissuto dal paziente, la sua capacità di comprendere e attribuire significato a ciò che sperimenta

in termini emotivi, motivazionali e relazionali, nonché il livello di disponibilità ad avviare il percorso terapeutico proposto. È inoltre necessario considerare la reperibilità di risorse personali e di supporto sociale che possano sostenere il processo di cura. La chiarificazione di tali dimensioni all'interno della fase diagnostica risulta pertanto essenziale per orientare in modo appropriato la scelta del trattamento. In questo senso, l'Asse I dell'OPD include elementi centrali per la costruzione dell'alleanza terapeutica e per l'individuazione di un intervento mirato, coerente e condiviso.

Nell'Asse I dell'OPD-3 confluiscono le principali categorie diagnostiche descrittivo-fenomenologiche tratte dai sistemi maggiormente utilizzati a livello internazionale (*Classificazione Internazionale delle Malattie* [ICD]-10/ICD-11, DSM-IV/DSM-5). Tale integrazione sottolinea l'importanza di una definizione accurata dei fenomeni psicopatologici, che trova pieno riconoscimento anche all'interno di una cornice diagnostica psicodinamica. I criteri fondamentali di valutazione dell'Asse I sono stati nel complesso mantenuti, ma riformulati in modo più essenziale e accessibile.

Tra le innovazioni più rilevanti figurano l'introduzione di concezioni "alternative" rispetto all'origine del problema e rispetto al cambiamento; nell'ambito della valutazione oggettiva del disturbo, la stima della gravità complessiva e del decorso è stata allineata agli standard internazionali. Al fine di incrementare attendibilità e validità, la valutazione globale del funzionamento è stata articolata in tre ambiti distinti: sintomatologia, funzionamento lavorativo e funzionamento sociale. Inoltre, il modulo di psicoterapia, precedentemente separato nell'OPD-2, è stato completamente integrato nell'Asse I.

L'Asse II – *Relazioni interpersonali* – esplora il modo in cui il paziente vive e organizza i rapporti con gli altri, consentendo di individuare eventuali modelli relazionali disfunzionali che tendono a ripresentarsi nel tempo, evidenziando al contempo anche le risorse relazionali disponibili per l'individuo. Il comportamento nelle relazioni viene concepito come la manifestazione di dinamiche che emergono dall'interazione tra i desideri relazionali del paziente, le ansie che tali desideri possono attivare – con ricadute anche sul piano intrapsichico – e le aspettative o i timori legati alle possibili risposte dell'altro. Questi aspetti risultano profondamente connessi alle rappresentazioni interiorizzate, spesso inconscie, delle figure significative; il funzionamento relazionale viene dunque considerato in stretta continuità con livelli più profondi dell'organizzazione psichica, che possono riguardare sia aree conflittuali sia aspetti strutturali della personalità. La valutazione dell'Asse II si fonda su due principali fonti di osservazione: da un lato, i racconti del paziente relativi a esperienze e situazioni relazionali significative; dall'altro, ciò che prende forma nel qui e ora dell'incontro clinico, all'interno della relazione tra paziente e terapeuta. L'attenzione è rivolta a quattro prospettive fondamentali: come il paziente percepisce abitualmente

gli altri e sé stesso nelle relazioni; come gli altri, incluso il terapeuta, tendono a percepire il paziente e sé stessi in rapporto a lui. L'integrazione di questi diversi punti di vista consente di elaborare la cosiddetta "formulazione dinamica relazionale" che descrive il pattern relazionale disfunzionale caratteristico del paziente. A titolo esemplificativo, si può pensare a un soggetto che riferisce di sentirsi trascurato dal partner e reagisce a tale vissuto ritirandosi e chiudendosi. Questo comportamento può essere interpretato dall'altro come una richiesta, più o meno esplicita, di spazio o autonomia, inducendolo a prendere distanza; tale risposta, tuttavia, rischia di essere vissuta dal paziente come ulteriore conferma della propria sensazione di non essere considerato, rinforzando così il circuito relazionale maladattivo. In ambito psicoterapeutico, il lavoro sulle relazioni assume un ruolo centrale poiché offre al paziente la possibilità di passare da un sistema rigido di aspettative a un ventaglio più ampio di possibilità relazionali: attraverso esperienze emotivamente correttive, il soggetto può sperimentare modalità di relazione più soddisfacenti rispetto ai propri bisogni e desideri, con ricadute anche sul funzionamento intrapsichico. La possibilità di riconoscere che alcuni comportamenti relazionali possono contenere "offerte relazionali" inconsapevoli – come nel caso del ritiro vissuto dall'altro come una richiesta di spazio – favorisce l'assunzione di una posizione più attiva e responsabile all'interno delle relazioni e rispetto alla loro modificabilità. Dal punto di vista teorico, l'operazionalizzazione dell'Asse II si ispira al modello circomplesso originariamente elaborato da Sullivan (1970) e successivamente sviluppato da Benjamin (1974), integrando inoltre alcuni elementi del modello "Tema Relazionale Conflittuale Centrale" di Luborsky (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) per l'analisi delle narrative relazionali. Questo asse si collega in modo privilegiato a specifici fattori terapeutici, quali l'accuratezza delle interpretazioni relazionali, la gestione della relazione interpersonale reale e il lavoro sul e attraverso il controtransfert.

L'Asse II nell'OPD-3 mantiene, come nella precedente versione, l'esplorazione e l'identificazione dei principali schemi relazionali ripetitivi e disfunzionali del paziente a partire da due prospettive complementari: l'esperienza soggettiva del paziente e il punto di vista dell'altro significativo nella relazione. Il materiale clinico di riferimento resta costituito dagli episodi relazionali narrati, sui quali si innesta la selezione degli item descrittivi più pertinenti al caso. L'elenco degli item rimane invariato nella sua composizione e continua ad essere organizzato secondo il modello circomplesso del comportamento interpersonale, rispettando la logica del modello circolare. Sono inoltre confermate le due prospettive esperienziali e il processo di integrazione degli item selezionati in una formulazione dinamico-relazionale, che costituisce il nucleo della diagnosi dell'Asse II. La principale innovazione riguarda l'introduzione di una valutazione dimensionale degli item. Ogni pattern relazionale può ora essere collocato lungo un continuum

di disfunzionalità, distinguendo tra: non problematico/non rilevante; presente in modo accentuato; presente in modo disfunzionale. Per ciascun item sono previste descrizioni specifiche dei diversi livelli, raccolte in una tabella riassuntiva. Inoltre, ogni pattern può essere indicato separatamente come risorsa qualora venga valutato come adeguato. L'OPD-3 distingue chiaramente tra una modalità di valutazione clinica e una di ricerca: in ambito clinico, gli item ritenuti significativi vengono selezionati e valutati dimensionalmente, per poi essere ridotti, come in precedenza, a tre item per ciascuna prospettiva esperienziale. Nella versione destinata alla ricerca, invece, coppie di item adiacenti e concettualmente affini vengono accorpate, in analogia con i cluster del modello *Structural Analysis of Social Behavior*; il numero complessivo di item risulta così dimezzato, ma ciascun item deve essere valutato in modo completo e indipendente, consentendo una descrizione più precisa dell'intensità dei pattern, la costruzione di profili relazionali e una maggiore facilità di analisi statistica dei dati.

L'Asse III – *Conflitti* – affonda le sue radici nella tradizione psicodinamica classica – in particolare per quanto concerne temi quali autonomia, controllo, colpa e autostima – e nelle teorie più recenti sui sistemi motivazionali che orientano lo sviluppo dell'individuo lungo l'intero arco di vita (Lichtenberg, 1995; Stern, 1995). I conflitti emergono quando bisogni, desideri, impulsi o rappresentazioni entrano in contrasto tra loro; quando tali tensioni danno origine a modalità comportamentali rigide, persistenti e non pienamente accessibili alla consapevolezza o al controllo volontario, si parla di conflitti intrapsichici inconsci. Nel modello OPD sono stati individuati sette principali ambiti conflittuali: Dipendenza vs. Individuazione; Sottomissione vs. Controllo; Bisogno di cura vs. Autosufficienza; Conflitto di autostima; Conflitto di colpa; Conflitto edipico; Conflitto di identità (nell'OPD-3 viene anche valutata la situazione in cui vi è una difesa dalla percezione del conflitto e delle emozioni). Ciascun conflitto viene valutato lungo un continuum che va dall'assenza a una rilevanza estremamente significativa, con l'obiettivo di individuare uno o più conflitti predominanti e disfunzionali, pur registrando la presenza di tutti gli elementi in campo. Per il conflitto principale viene inoltre esplorata la modalità espressiva prevalente, che può collocarsi su un versante più regressivo o su uno controfobico rispetto al tema in questione. Ad esempio, nel caso di un conflitto marcato tra bisogno di cura e autosufficienza, un paziente può presentarsi come fortemente dipendente, bisognoso di rassicurazione, con difficoltà di separazione e una rete relazionale ristretta ma intensa, caratterizzata da affetti di tristezza e paura dell'abbandono: tale configurazione suggerisce una modalità regressiva. Al contrario, un soggetto che nega i propri bisogni di accudimento potrebbe sovraccaricarsi di responsabilità e presentarsi come eccessivamente autonomo, esprimendo lo stesso conflitto in forma attiva e controfobica. In molti casi, tuttavia, possono emergere modalità miste o

oscillanti. La valutazione dei conflitti si basa principalmente sull'anamnesi e sulla ricostruzione della storia di vita del paziente, con particolare attenzione agli eventi scatenanti e alle situazioni vissute come problematiche. Ulteriori indicazioni provengono dall'osservazione della relazione terapeutica, includendo l'analisi degli affetti prevalenti – quali rabbia, vergogna, invidia, colpa o tristezza – che fungono da indicatori utili per orientare la comprensione del conflitto sottostante. Quando il lavoro terapeutico si concentra su questo asse, e la struttura del paziente risulta sufficientemente integrata, l'obiettivo principale è favorire un equilibrio più flessibile e stabile tra le polarità conflittuali e una migliore capacità di autoregolazione.

Nell'OPD-3 vengono mantenuti i sette conflitti già presenti nelle versioni precedenti, ciascuno articolato nelle due modalità di elaborazione, insieme alla categoria relativa alla difesa dalla percezione del conflitto e degli affetti. Contestualmente, sono state introdotte importanti innovazioni concettuali e operative, in particolare, viene esplicitato il sistema motivazionale sottostante a ciascun conflitto e viene descritta la traiettoria di sviluppo considerata funzionale, ovvero quanto è osservabile quando il conflitto non è presente e il sistema motivazionale risulta ben integrato. Un'ulteriore distinzione rilevante riguarda quella tra affetti centrali, dolorosi e tendenzialmente rimossi e affetti guida, più facilmente accessibili alla consapevolezza (e che, come la definizione suggerisce, possono condurre al riconoscimento degli affetti sottostanti). È inoltre possibile differenziare tra conflitti persistenti lungo l'arco di vita e conflitti attuali, facilitando la descrizione di eventuali cambiamenti nel tempo, anche in relazione alle modalità di elaborazione. La categoria autonoma di "conflitto attuale", spesso oggetto di dibattito, è stata superata e la dimensione dell'attualità viene ora utilizzata per descrivere tematiche motivazionali-conflittuali che permeano l'esperienza psichica quotidiana, pur in assenza di un conflitto strutturalmente grave e persistente. Un cambiamento significativo riguarda l'estensione della valutazione dei conflitti a tutti i livelli strutturali, includendo anche quelli scarsamente o non integrati. A questo scopo sono state formulate descrizioni specifiche delle manifestazioni conflittuali nei livelli "ben integrato", "moderatamente integrato" e "scarsamente integrato". Un'altra sezione del manuale approfondisce inoltre l'integrazione del concetto di "dilemma", secondo il modello di Mentzos (2015), all'interno dell'Asse Conflitti.

L'Asse IV – *Struttura* – riguarda infine la struttura di personalità ed è l'ultimo asse di derivazione psicodinamica del sistema OPD; la struttura può essere pensata metaforicamente come la configurazione di un cristallo, il cui sviluppo dipende da condizioni originarie ma rimane aperto a trasformazioni nel tempo. Questa visione si avvicina ai modelli dei sistemi dinamici non lineari, descritti da Sander (2005) come sistemi in continuo movimento, sensibili alle condizioni iniziali ma non rigidamente determinati da esse. In ambito psicologico, la "struttura" fa riferimento all'insieme relati-

vamente stabile delle disposizioni psichiche che organizzano l'esperienza e il comportamento dell'individuo, costituendo una base su cui il soggetto tende a ristabilire il proprio equilibrio intrapsichico e interpersonale. In una prospettiva evolutiva e dinamica, la struttura di personalità origina dall'interazione tra fattori costituzionali e relazionali precoci, in particolare nelle esperienze di accudimento, ma resta suscettibile di modificazioni anche significative nel corso della vita. Di conseguenza, ogni descrizione strutturale è necessariamente inferenziale, parziale e provvisoria. L'articolazione dell'Asse IV si ispira al lavoro di Rudolf e Henningsen (1993) e mira a descrivere la struttura del sé nelle sue funzioni osservabili, sia riguardo se stessi che nella relazione con gli altri. Vengono considerate le competenze cognitivo-affettive lungo un continuum che va dalle funzioni più basilari – come la distinzione tra sé e non-sé – fino alle capacità metacognitive e riflessive, all'integrazione delle diverse aree del funzionamento psichico e ai processi di autoregolazione. Dal punto di vista clinico, l'obiettivo terapeutico di questo asse consiste nell'individuare le aree strutturali maggiormente deficitarie e nel modulare l'intervento in modo da favorirne lo sviluppo, evitando interventi prematuri, incomprensibili o potenzialmente iatrogeni. Ciò risulta particolarmente rilevante nei casi in cui il paziente non disponga ancora delle capacità necessarie per beneficiare di interventi interpretativi e necessiti invece di un lavoro di sostegno sulle funzioni di base, quali l'esame di realtà, la distinzione sé-altro e la mentalizzazione.

L'Asse IV dell'OPD-3 conserva la sua impostazione di fondo ma presenta numerose revisioni e ampliamenti: la dimensione della difesa è stata reintrodotta come nona dimensione strutturale, completamente rinnovata nei contenuti, mentre le altre otto dimensioni sono rimaste sostanzialmente invariate nell'oggetto d'osservazione. Sono state apportate modifiche significative alle sfaccettature: alcune sono di nuova introduzione, come quelle relative alla Fiducia, all'Esperienza del piacere o alla Differenziazione affettiva relativa all'oggetto; altre sono state accorpate o riformulate in modo più preciso. Un'ulteriore innovazione riguarda la manualizzazione dei livelli strutturali intermedi, precedentemente solo impliciti; la loro formulazione esplicita rende la *checklist* strutturale più dettagliata, differenziata e clinicamente utilizzabile. Parallelamente, il contenuto dei livelli meno integrati è stato profondamente rivisto, con l'obiettivo di aumentarne la compatibilità con il linguaggio e i modelli della psichiatria, evitando descrizioni basate su quadri psicopatologici specifici; questo lavoro è stato reso possibile anche grazie al contributo di esperti nel trattamento psicodinamico delle psicosi. Una tabella descrive tutte le sfaccettature a ciascun livello, inclusi quelli intermedi, e costituisce ora il corpo centrale dell'Asse IV.

Infine, l'OPD-3 introduce due valutazioni opzionali della variabilità strutturale: una di tipo temporale, utile per rappresentare cambiamenti nel tempo (ad esempio in seguito a eventi traumatici), e una specifica per area

di vita, che consente di evidenziare differenze nel funzionamento strutturale tra diversi contesti, come lavoro e intimità; questa possibilità di descrivere le oscillazioni strutturali conferisce alla diagnosi una maggiore finezza clinica e una capacità descrittiva più aderente alla complessità dei pazienti.

In conclusione, per aiutare il lettore che ancora non conosce il sistema OPD ad intuire la sua specificità anche rispetto al panorama dei sistemi diagnostici contemporanei, proviamo ad usare la metafora dell'abito.

Esistono diagnosi che assolvono efficacemente alla funzione del *prêt-à-porter*: modelli standardizzati, costruiti su taglie predefinite, indispensabili per orientarsi rapidamente, per comunicare tra professionisti, per garantire una base comune di riferimento. Come gli abiti prodotti in serie, queste diagnosi sono funzionali, accessibili, spesso necessarie. Tuttavia, per quanto ben confezionate, restano pensate per un "corpo standard" che raramente coincide con quello reale del singolo individuo.

Vi sono poi sistemi più raffinati, paragonabili alle boutique di alta moda: capi di grande qualità, ispirati a scuole stilistiche riconoscibili, capaci di cogliere aspetti profondi ed eleganti del funzionamento psichico. Anche questi abiti, però, restano legati a collezioni già disegnate, a linee teoriche definite, entro cui il paziente viene invitato a rientrare, talvolta adattandosi più all'abito che l'abito a lui.

L'OPD si colloca altrove; è più simile al lavoro del sarto. Un sarto che non parte da un modello prestabilito, ma che osserva, prende le misure, ascolta le esigenze, tiene conto delle asimmetrie, delle posture, dei movimenti. Un sarto che sa che non sempre occorre confezionare un abito completo, a volte è necessario intervenire su una manica, rinforzare una cucitura, allentare una tensione, rispettando ciò che già tiene e sostenendo ciò che manca. Un sarto che sa che il suo lavoro richiede tempo, pazienza, attenzione al dettaglio e una continua verifica del risultato mentre prende forma.

In questo senso, la Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata non è un'etichetta da applicare ma un processo di costruzione condivisa. Gli assi dell'OPD non rappresentano compartimenti rigidi bensì strumenti di osservazione clinica che consentono di orientare lo sguardo senza saturarlo, di raccogliere i "fatti clinici" mantenendoli aperti all'integrazione e alla trasformazione. Il risultato non è mai un prodotto replicabile in serie ma una formulazione unica, irripetibile, strettamente legata a quel paziente, a quel terapeuta, a quel momento del percorso.

Come accade nel lavoro sartoriale, anche nell'OPD la qualità non risiede solo nel risultato finale, ma nel metodo, nel modo in cui si tengono insieme standardizzazione e singolarità, rigore e flessibilità, osservazione sistematica e sensibilità clinica. È proprio questa combinazione che consente all'OPD di funzionare non solo come strumento diagnostico ma come guida al trattamento, come bussola processuale, come linguaggio condivisibile tra orientamenti diversi senza rinunciare alla complessità del soggetto.

In un contesto clinico e istituzionale sempre più pressato da esigenze di rapidità, efficienza e semplificazione, l'OPD rappresenta una scelta controcorrente ma necessaria: quella di prendersi il tempo per misurare, per osservare, per correggere, per tornare sui propri passi. Perché, in psicoterapia come nella sartoria un buon abito è quello che permette a chi lo indossa di muoversi, respirare, sentirsi a suo agio nei propri panni e, talvolta, trasformarsi.

#### BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. Washington: American Psychiatric Association.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bernardi, R. (2014). *Three-level model (3-LM) for observing patient transformations*. In: De Litvan M. A., a cura di, *Time for change: Tracking transformations in psychoanalysis – The three-level model*. London: Karnac Books.
- Bion, W. R. (1959) *Attacks on linking Second Thoughts*. New York: Aronson.
- Bion, W. R. (1970). *Il gemello immaginario. Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando.
- Britton, R. (1998). *Belief and Imagination: Explorations in Psychoanalysis*. London and New York: Routledge (trad. it.: Gilli C.M., Fregonese S., a cura di, *Credenza e immaginazione*. Roma: Borla, 2006).
- Britton, R., & Steiner, J. (1994). Interpretation: selected fact or overvalued idea? *The International Journal of Psychoanalysis*, 75(5/6), 1068-1078.
- Ceruti, M., & Damiano, L. (2018). Plural Embodiment(s) of Mind. Genealogy and Guidelines for a Radically Embodied Approach to Mind and Consciousness. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Chichi, M. G., Fava, E., Margola, D., Vai, B., Galvano, C., Reatto, L., Cumia, I., & Linciano, A. D. (2025). Le Teorie Private di pazienti e analisti: uno studio esplorativo nella fase iniziale del trattamento. *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Fava, E.; Gruppo Zoe. (2016). *La competenza a curare: il contributo della ricerca empirica*. Milano: Mimesis.
- Fava, E., Chichi, M. G., Galvano, C., Cumia, I., Reatto, L., Vai, B., & Linciano, A. D. (2025). L'alleanza di lavoro nella ricerca clinica e nella ricerca empirica: la costruzione di un progetto di ricerca sul campo con il metodo PTI (Private Theories Interview). *Rivista di Psicoanalisi*, 2.
- Freud, S. (1922). *L'Io e l'Es*. In: Musatti C.L., a cura di, *Opere*, Vol. 9. Torino: Boringhieri (1976).
- Goethe, J. W. (1833, 1840). *Massime e riflessioni*. Milano: Rizzoli (1992).
- Hunter, V. (1996). *Psicoanalisti in azione. I modelli teorici e la loro applicazione clinica*. Roma: Astrolabio.
- Kant, I. (1781, 1787). *Critica della ragion pura*. Torino: Utet, 2000.
- Laska, K. M., & Wampold, B. E. (2014). Ten things to remember about common factor theory. *Psychotherapy*, 51(4), 519-524.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2018). La ricchezza della ricerca psicoanalitica contemporanea. Osservazioni epistemologiche e metodologiche. Alcuni esempi e il metodo di osservazione clinica a tre livelli (TLM). *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2).
- Leuzinger-Bohleber, M., & Target, M. (Eds.). (2006). *I risultati della psicoanalisi*. Bologna: Il Mulino.

- Lichtenberg, J. D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lichtenberg, J. D. (2012). Therapeutic Action: Old and New Explanations of Therapeutic Leverage. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(1), 50-59.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books. (trad. it.: Capire il transfert. Milano: Raffaello Cortina).
- Mattana, G. (Ed.). (2017). *Ricerca Empirica in Psicoterapia. Intervista a Emilio Fava*. SpiWeb. Disponibile da: <https://www.spiweb.it/la-ricerca/ricerca-psicoanalisi/ricerca-empirica/ricerca-empirica-in-psicoterapia-intervista-a-emilio-fava-a-cura-di-g-mattana/>
- Mentzos, S. (2015). Dilemmatische Gegensätze im Zentrum der Psychodynamik der Psychosen. *Forum der Psychoanalyse*, 31(4), 341-352.
- Nagel, E. (1967). *Problemi metodologici della teoria psicoanalitica*. In: Hook S., a cura di, Psicoanalisi e metodo scientifico. Torino: Einaudi.
- Newton, I. (1713). *Philosophiae naturalis principia mathematica*. In Pala A., a cura di, Principi matematici della filosofia naturale, vol. 1, collana Classici della scienza. Torino: UTET (1997).
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011a). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practice. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011b). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315.
- OPD Task Force (2006). *OPD-2 Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata. Manuale per la diagnosi e la pianificazione del trattamento*. Milano: Franco Angeli, 2009.
- Papini, S. P., & Fava, E. D. (2019). L'integrazione nella valutazione diagnostica dei fattori terapeutici correlati agli esiti: Il sistema di diagnosi psicodinamica operazionalizzata (OPD-2). *Ricerca Psicoanalitica*, 30(1), 37-55.
- Philips, B., Werbart, A., & Schubert, J. (2005). Private theories and psychotherapeutic technique. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 19, 48-70.
- Piaget, J. (1972). *L'equilibratura delle strutture cognitive*. Torino: Boringhieri.
- Rudolf, G., & Henningsen, P. (1993). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage*. Thieme Group.
- Sabucco, G., Fava, E., Agazzi, A., Riva, E., & Schweizer, K. (2020). *L'elettismo consapevole: una ricerca al Centro Milanese di Psicoanalisi*. Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi. Disponibile da: <https://www.cmp-spiweb.it/i-quaderni-del-centro-milanese-di-psicoanalisi/>
- Sander, L. W. (2005). Le Teorie dei Sistemi Dinamici come meta-inquadramento della psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 16(3), 267-300.
- Spitzer, R. L., & Frances, A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. Intervista. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e scienze umane*, 2, 247-262.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books (trad. it.: La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre/bambino. Torino: Boringhieri).
- Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Tzur Bitan, D., Ben David, T., Moshe-Cohen, R., & Kivity, Y. (2021). Patient-Therapist Congruence and Incongruence of Process Expectations During Psychotherapy. *Psychotherapy*, 58(4), 493-498.
- Vigna-Taglianti, M. (2018). I gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico. *Rivista di Psicoanalisi*, 64(2), 239-252.

- 
- Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(3), 411-428.
- Werbart, A., & Lavander, S. (2006). Two sets of private theories in analysands and their analysts: Utopian versus attainable cures. *Psychoanalytic Psychology*, 23(1), 108-127.
- Wile, D. B. (1977). Ideological Conflicts Between Clients and Psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 31(3), 437-449.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 febbraio 2026.

Accettato: 22 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:1160

doi:10.4081/rp.2026.1160

*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.*

## Clinical practice rediscovers social justice: the Power Threat Meaning Framework

Matteo Bessone,\* Marco Sassoon\*\*

**ABSTRACT.** – The publication of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5) in 2013 was met with mixed reactions: some hailed it as a fundamental innovation in the field of diagnosis, while others denounced its underlying assumptions as basically unchanged from the problematic previous editions. In the same year, the British Psychological Society published a position statement calling for a paradigm shift in the classification of behaviors and experiences in relation to psychiatric diagnoses. Five years later, in 2018, shortly before the release of the *International Classification of Diseases*, 11th Revision (ICD-11), the British Psychological Society published the Power Threat Meaning Framework (PTMF, hereafter PTM) in both full and summary form. Over the following seven years, the model gained considerable international dissemination: translations have multiplied, and the summary version is now freely available in Spanish, Norwegian, Swedish, and Italian. At the same time, the PTM has generated lively debate: training initiatives have been launched, some services have experimented with its adoption across different sectors, and it has become a key reference text for part of the critical movement in the United Kingdom and beyond. After outlining its origins and aims, this article examines the nature and method of the PTM, highlighting its epistemological and political positioning. The article then analyses the framework's core ideas and their innovative aspects, outlines its areas of application and the criticisms it has attracted, and concludes by reflecting on its potential as an instrument for reconnecting clinical practice and social justice.

*Key words:* Power Threat Meaning Framework, clinical psychology, diagnostic classifications, social justice.

---

\*Sportello TiAscolto APS; Independent Researcher, Italy.

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

\*\*Sportello TiAscolto APS; University of Cologne, Germany; Mitchell Institute, Turin, Italy. E-mail: [marco.sassoon@gmail.com](mailto:marco.sassoon@gmail.com)

## What is it (not)?

The Power Threat Meaning Framework (PTM) is a conceptual framework designed to understand and work with distress and with what the authors describe as “troubled or troubling” behavior. However, contrary to what might appear at first glance, it is not a diagnostic or clinical model in the strict sense. The PTM does not limit itself to classifying experiences or behaviors or to defining diagnostic clusters; rather, it is more broadly oriented toward understanding human experiences in terms of power, threat, meaning, and survival responses.

The intention and the scope of the model are simultaneously theoretical, methodological, practical, political, and cultural. The PTM was not primarily created to replace existing diagnostic manuals, but to question practices and frameworks of meaning that establish clinical approaches as the privileged tool for recognizing and intervening in citizens’ distress. Such practices, the authors suggest, transform experiences and behaviors into objects of diagnosis (clinical objects) and those who experience them into “patients” (clinical subjects). The PTM thus emerged to problematize the institution of the clinic as the privileged knowledge-power apparatus (Foucault, 1969) for the care of suffering. Mental health care systems are defined by the PTM as mechanisms that risk reproducing social inequalities (Johnston *et al.*, 2018), offering a passivizing reading of suffering and subjectivity through the use of pathologizing and individualizing diagnostic categories.

By contrast, mental health is here understood as a phenomenon that emerges from the structural aspects of the context in which individuals and groups move, and is situated within dynamic interactions in concrete, collective, and social space. The awareness, already embraced by other disciplines, for example, epidemiology and medical anthropology, but generally a minority position in psychology, permeates the PTM in all its parts and, in our view, makes its vocation profoundly transformative at both the cultural and policy levels. It is rooted in the need to interrogate the power relations that traverse the clinical field, as well as the structure and the social, cultural, and political processes that define the forms of citizenship, subjectivity, suffering, and care.

## The method: participation and co-production

Similarly to what occurs with the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition (DSM-5), whose drafting has attracted criticism regarding the processes, the actors involved, and conflicts of interest that have substantially influenced its contents, for the PTM as well (avail-

able online free of charge in all versions), the process cannot be separated from the product. There is a radical structural coherence between form and content: the principles on which the model is based are the same ones that inform its process and drafting method.

The process through which the PTM was produced is therefore not a methodological detail but an epistemological element. The *method* adopted by the authors reflects a specific position on what it means to *produce knowledge*, *who produces* this knowledge, and *for whose benefit* it is produced. The PTM adopts the epistemological perspective of critical realism (Pilgrim, 2022), starting from the assumption that knowledge is neither neutral nor natural nor the exclusive domain of experts, but is always produced within relations of power, lived experience, and social contexts. Suffering, like the theories about it, is a historical and social product. Knowledge is not decontextualized truth: “Theories and judgments about identifying, explaining, and intervening in mental distress and troubled behavior are not interest or value-free” (Johnston *et al.*, 2018, p. 73).

During the drafting of the model, this epistemology was translated into a participatory approach, involving a plurality of actors, based on the paradigm of co-production (Rose, 2017; Rose & Kalathil, 2019; Soklaridis *et al.*, 2024). This paradigm is based on the distribution of knowledge-power. It places particular value on the contribution of service-users, the so-called “experts by experience”: individuals who, having directly lived through a condition of psychological distress, have transformed their personal experience into expertise, offering empathic and practical support to others in similar situations. According to the authors, it is important to “take the meaning, the narrative and subjective experience seriously”, making it clear that this implies “a central place for the narratives of experts by experience (Experts by Experience)” (Johnstone & Boyle, 2018, p. 73). This represents a concrete attempt to overcome what is termed “epistemic injustice” (Bortolotti, 2025; Fricker, 2007) in the production of knowledge: the systematic exclusion of the experiences and knowledge of people living with distress, in favor of the hegemony of technical perspectives that occupy a dominant position in the hierarchy of knowledge. Beyond considerations of equity, there are strong practical reasons for integrating “emic” forms of knowledge and practice – those developed within groups and communities based on their own experience, culture, and worldview – into “official” knowledge. Such forms of knowledge are essential to guide research and intervention in directions that are genuinely useful to their intended beneficiaries, generating outcomes in a non-extractive manner (Smith, 2021).

The collective process underlying the PTM was thus developed through a dialogue among diverse voices, roles, and experiences in which the professionals relinquished their monopoly over knowledge-power. The working group was composed of psychologists and activists with direct experience in

mental health services, such as Jacqui Dillon and Eleanor Longden, together with a researcher, Kate Allsopp, an advisory group of service users and family members, a critical reading group with particular attention to issues of diversity, and numerous other contributors. Incorporating a plurality of perspectives and experiences, the PTM is probably the first attempt to develop a conceptual framework of this scope through a co-produced approach, involving people who experience psychological distress both as members of the core team and as consultants, while systematically integrating their testimonies and the literature emerging from the user and *survivor* movement.

Subsequent developments have followed the same democratic and participatory momentum. In 2019, the *PTMF Committee* was launched – made up of both professionals and experts by experience – to develop resources, training materials, and dissemination initiatives consistent with the principles of co-production and participation that underpin the framework. Finally, the Italian translation of the PTM deliberately adhered to these same principles and was carried out collectively with the active involvement of users and people with experience of psychiatric services.

## A diagnosis of context and epistemology

To understand the nature of the PTM and its principles, it is necessary to situate it within the historical and socio-cultural context from which it emerges and to which it seeks to respond in a transformative way. For decades, the medicalization of human experience, of which the DSM is one of the key symbols and instruments, has constructed suffering as an object of clinical classification (Foucault, 1969), isolating it from its social (WHO, 2014), economic, political and cultural determinants. The prevailing tendency is to address distress primarily as an individual problem grounded in organic causes. At the same time, the development and dissemination of psychological approaches that emphasize subjectivity and intrapsychic dynamics have reinforced a conception of distress as detached from its context, contributing to forms of psychologization (De Vos, 2012). These conceptions are closely linked to the individualistic worldview typical of neoliberalist Western culture. By decontextualizing distress, clinical practice risks, rather than supporting emancipatory relationships and processes aimed at social justice, becoming a tool of normalization, rendering invisible the conditions of structural oppression, systemic injustice, and socio-economic inequality (Johnston *et al.*, 2018).

Starting from this contextual diagnosis (Batstra & Frances, 2025), the epistemological positioning and practical proposal of the PTM can be understood. Diagnostic systems such as the DSM and the *International Classification of Diseases* (ICD) derive from a positivist tradition which,

through the application of the biomedical model, interprets distress as an internal property of the individual, organizing it into categories presented as neutral, natural, and universal: the so-called mental disorders. However, the diagnostic act is also a political and social act, as it defines through a “theory of disorder” what constitutes an illness, who becomes a patient, and which forms of suffering merit clinical attention (Kleinman, 2019). The PTM was developed to avoid the risk that the medicalization of phenomena and experiences rooted in social dynamics constructs suffering as a private matter, naturalizing the context in which it is produced. Troubled and troubling behaviors that characterize mental disturbance, rather than being interpreted as abnormal – literally, outside the norm – are, within the PTM, understood as normal responses, endowed with meaning that needs to be reconstructed, to abnormal structural conditions, that is, conditions that are inadequate to meet individuals’ needs.

Models that are formally distinct from the biomedical model often operate, in practice, in similar ways. Approaches that value experience and subjectivity, such as psychoanalysis, or diagnostic systems, such as the PDM-3, tend, nonetheless, to present an understanding of suffering at the individual level. The PDM-3 introduces important elements (such as the recognition of clinically significant, non-pathological experiences and of vulnerability linked to socio-cultural contexts), offering a more nuanced interpretation of distress. However, much of the psychotherapeutic apparatus and diagnostic tools, such as the PDM-3, focus on intrapsychic or relational processes, devoting little or no attention to structural factors, inequality, and power relations. In this way, they risk obscuring the material and historical conditions underlying suffering and, albeit unintentionally, reinforcing individualistic interpretations of distress, thereby weakening the possibility of personal and collective action on living conditions.

Founded in the epistemology of critical realism, the PTM seeks to acknowledge the reality of suffering without separating it from its contexts. Psychological difficulties are understood as meaningful responses to threats (Threats) experienced within specific power imbalances (Power), to which individuals, groups, or communities attribute meanings (Meaning). This systematic framework is put forward to guide reflection and intervention on the relationships between individuals and structure.

## Content and innovation

What, then, are the key components of the PTM, and in what ways do they constitute a substantive innovation compared with culturally hegemonic models? We reproduce in full the “narrative summary of the foundational pattern” that forms the basis of the model:

“Economic/social inequalities and ideological meanings that support the negative operation of power result in increased levels of insecurity, lack of cohesion, fear, mistrust, violence and conflict, prejudice, discrimination, and social and relational adversities across whole societies. This has implications for everyone, and particularly those with marginalized identities. It limits the ability of caregivers to provide children with secure early relationships, which is not only distressing in itself for the developing child but may compromise their capacity to manage the impact of future adversities. Adversities are correlated, such that their occurrence in a person’s past and/or present life increases the likelihood of experiencing subsequent ones. Aspects such as intentional harm, betrayal, powerlessness, entrapment, and unpredictability increase the impact of these adversities, and this impact is not just cumulative but synergistic. Over time, the operation of complex interacting adversities results in a greatly increased likelihood of experiencing emotional distress and troubled or troubling behaviors. The form of these expressions of distress is shaped by available resources, social discourses, bodily capacities, and the cultural environment, and their core function is to promote emotional, physical, and social safety and survival. As adversities accumulate, the number and severity of these responses rise in tandem, along with other undesirable health, behavioral and social outcomes. In the absence of ameliorating factors or interventions, the cycle is then set up to continue through further generations.” (Johnstone & Boyle, 2018, p. 195)

It is evident that many of the elements employed and the entities evoked in the analysis differ from currently available models: a central role is attributed to social inequality, sociocultural discourses and meanings, material circumstances and conditions, and social phenomena. The complexity of the perspective increases: it is not possible to understand and act upon mental distress without a deep understanding of the social organization and processes, beginning with the unequal distribution of power, material, and symbolic resources, constraints, and opportunities (Wilkinson & Pickett, 2009, 2020). It is therefore necessary to examine the interaction between individuals, groups, and communities and the contexts in which they are born, grow, develop, and die (Marmot, 2005, 2013). The Foundational Pattern is based on population-level trends (Johnston *et al.*, 2018) informed by epidemiological research, which are difficult to reconcile with the individual clinical level. It places social determinants of health at the center and shows how distress develops from “synergic”, “cumulative”, “probabilistic” interactions among different factors and experiences. This analysis resonates with the concept of “syndemic” (Singer & Clair, 2003), which describes how dynamic interaction between two or more co-occurring conditions of illness, adversity, or disadvantage contributes to the worsening health of the populations in which these conditions arise. The syndemic approach has, among other things, clarified why some minorities systematically experience poorer average health than the rest of the population. For this reason, the PTM underlines the need for social and political responses to the problems, and it has been proposed as a tool within the public health system (Harper, 2023). The model thus guides

us, from a health promotion perspective (WHO, 1986), towards the construction of contexts and policies capable of interrupting or preventing the processes that such adversities may trigger. Particularly significant is the recognition, until now largely absent in mainstream clinical psychology, that oppressive structures constitute a disproportionately greater risk factor for marginalized identities, offering an intersectional understanding (McCall, 2005) of health, suffering, and care. As highlighted by the theory of “structural violence”, distress is disseminated unevenly along axes of ethnicity, gender, and class through social structures that harm individuals and groups by constraining their agency and creating unequal access to resources, such as education, healthcare, and housing (Farmer, 1996). From this perspective, violence, illness, and distress are “rarely divorced from the actions of the powerful” (*ibidem*, p. 21).

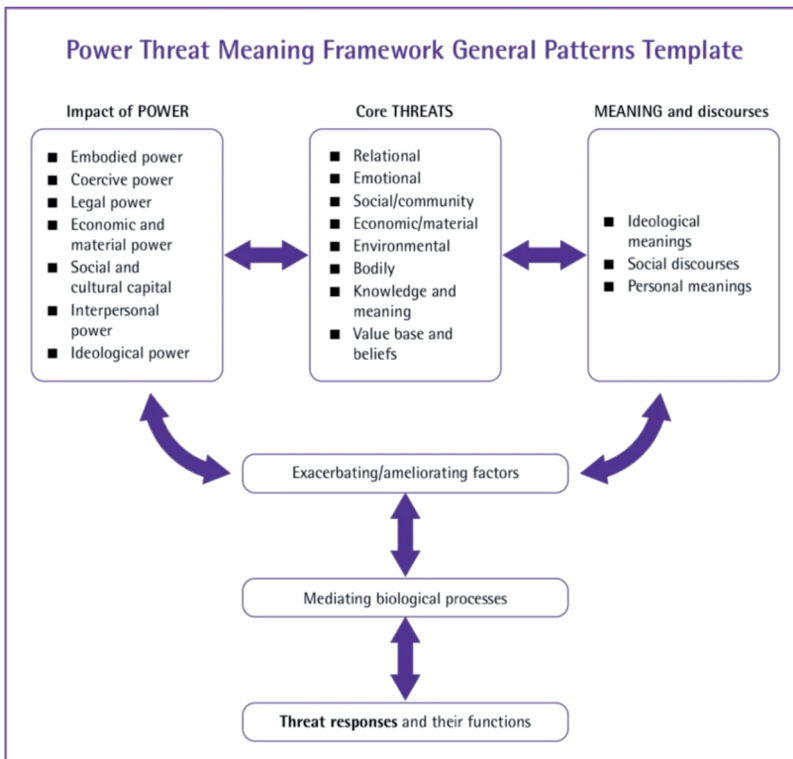
From the base of the Foundational Pattern, the main body of the PTM framework, which encompasses its core, emerges: the Basic Framework (BF). The BF outlines the four constitutive elements of the model and their interconnections: Power, Threat, Meaning, and Threat Response (Johnstone, 2022). Each of these corresponds to key questions in the interview proposed by the authors. The aim is to provide a framework capable of reconstructing the link between the meanings attributed to threats and adversity and individuals’ responses. What are generally interpreted as symptoms, in the authors’ language referred to as “troubled and troubling” behaviors, are understood here as responses to experiences of threat, culturally determined, mediated by symbolic and biological processes, influenced by factors that may either exacerbate or mitigate them; their value is therefore functional rather than pathological. From a formal perspective, the articulation of the BF reflects a certain schematic quality linked to the pragmatism of Anglo-Saxon culture, which also constitutes a strength in terms of clarity of presentation, enabling a clear outline of the components of the model and the relationship between them to be delineated clearly (Figure 1).

Power is defined (Boyle, 2020) in both its positive and negative meanings. The aim of care is the restoration of personal and social power, the activation of resources, and the development of a sense of control over one’s life trajectory. Emphasis is placed on the operation of power, which, drawing on the analyses of social determinants of health, is divided into distal and proximal factors. It is highlighted that power operates through bodies, relationships, institutions, organizations, and everyday interactions. The PTM proposes a taxonomy of power: coercive, biological/embedded, legal, economic, material, and symbolic, linked to cultural, interpersonal, and ideological capital. This classification, explicitly non-exhaustive, suggests some of the domains through which power operates in people’s lives. For example, economic power concerns the effects of unequal access to material resources on health experiences, while symbolic power describes how

certain sociocultural constraints can influence opportunities and well-being (such as pressures related to sexuality and gender roles). Corresponding to the dimension of power are the questions: *What has happened to you? How has Power operated in your life?*

The next element, Threat, comprises the set of risks and dangers that negative operations of power pose to the survival, safety, and well-being of individuals or groups. Threats are seen as obstacles to human needs. They are divided into relational, emotional, community, economic and material, environmental, physical, and identity-related, and those associated with knowledge, construction of meanings, and basic values. Thanks to the use of colloquial and accessible language, the description of these threats is relatively straightforward. In the clinical interview, this dimension is reflected in the question: *How did it affect you?*

To emphasize the agency of individuals, the model states that the threats posed by the operations of power must be understood in relation to the meanings attributed to them by individuals and social groups. Meaning (Cromby,



**Figure 1.** Principle schema within the PTM model (Johnstone L, Boyle M, Cromby J, *et al.*, 2018).

2022) may represent the element most similar to the clinical models familiar to us. The PTM emphasizes, however, that such meaning emerges “within dominant social and cultural discourses and primed by evolved and acquired bodily responses” (Johnstone & Boyle, 2018, p. 9). This dimension includes ideological meanings (dominant ideologies), social discourses, and cultural and personal meanings. The central role of meaning is recognized in its function of mediating “in shaping the operation, experience and expression of power, threat, and our responses to threat” (*ibidem*, p. 9). It is linked to the question: *What sense did you make of it?*

Finally, the Threat Responses refer to the actions that people take to “ensure their emotional, physical, relational, and social survival in order to cope with the negative impact of power” (*ibidem*, p. 9). These responses, based on the meaning attributed to threats exercised by power, are presented as learned or innate (physiological) survival strategies – activities endowed with sense and meaning, rather than as symptoms. These responses are listed without any claim to completeness and are positioned along a continuum, ranging from more to less reflexive, conscious, or the result of choice. Their experience, like that of meaning-making, is shaped by the biological and psychophysiological constraints of our species, as well as by the tools provided by one’s cultural background. The question used to explore them is: *What did you have to do to survive?*

In addition to the questions related to the four components of the model, and in order to emphasize the dimension of agency and the importance of personal narrative, the interview also provides an exploration of the resources available to individuals (What strengths do you have?) and a broader view of their life history (What has happened to you?). From the application of the BF to the concrete experiences of individuals and groups, seven Provisional General Patterns are identified,<sup>1</sup> which will not be discussed here in detail. These constitute “survival strategies” rather than “symptoms”: threat responses that transcend diagnostic categories, medical specializations, and the boundaries within which “normality” and “abnormality” are usually understood and that characterize, to some degree and at certain moments, the everyday life of every one of us (Johnston *et al.*, 2018, p. 192).

Although the Provisional General Patterns represent groupings of similar experiences and display partial correspondence with existing diagnostic categories, they are not discrete entities. In an attempt to overturn the essentializing logic of classic diagnoses, the patterns of experience are framed in

---

<sup>1</sup> 1. Identity; 2. Surviving rejection, feeling trapped, and invalidation; 3. Surviving attachment deprivation and adversity experienced as a child/young person; 4. Surviving separation and identity confusion; 5. Surviving defeat, feeling trapped, disconnection, and loss; 6. Surviving social exclusion, shame, and coercive power; 7. Surviving single threats.

a *verbal* form as active strategies for survival in the face of unfavorable power dynamics. Rather than functioning as diagnostic labels, the Provisional General Patterns resemble a guide that enables certain salient aspects of personal history to emerge – those experiences that were decisive in adopting resilience strategies and in the structuring of distress, in relation to the available resources and contextual constraints. For example, the Provisional General Patterns may concern “Being identified/identifying as a member of a minority ethnic group” (p. 324), or “Surviving witnessing domestic violence as a child/young person” (p. 334), or “Coping with childbirth and childrearing” (p. 235). The aim is to use these patterns to create personal, group, and social narratives that help restore meaning and agency, subject to the relevant cultural assumptions, with the potential to generate hope, rebuild relationships, and promote social engagement. The objective thus combines the promotion of individual and collective health with, at the same time, the advancement of social justice.

The model seeks to account for the different components of experiences of distress, articulating them dynamically in relation to context and avoiding reductionism. The biological level, in that it provides the constraints within which the experience can occur, is considered crucial. At the same time, however, the social dimension is recognized as central in shaping, experiencing, and expressing distress. Similar to the attempt to move beyond both biological reductionism and subjective idealism within the epigenetic approach (Bottaccioli & Bottaccioli, 2024), the PTM integrates the body, material constraints, and physiological responses with social and cultural contexts, showing how responses to threats are at once biologically embodied and symbolic, probabilistic and situated. This dynamic and, in a sense, “holistic” approach makes it possible to address some of the limitations of current clinical models. On the one hand, it allows for the inclusion and interpretation of the cultural dimension of distress as a dynamic process of negotiation between experience and context. In a way similar to the concept of “idioms of distress” (Nichter, 1981), this makes it possible to move beyond problematic labels such as “culture bound” syndromes, implicitly essentializing in relation to Western standards: in this perspective, every expression of distress is dynamically “context bound”, linked to a specific historical, material, and symbolic context. On the other hand, this approach makes it possible to move beyond the long-standing distinction between severe patients, often considered exclusively for psychiatric/pharmacological intervention, and other patients, possible candidates for psychotherapy. By acknowledging that there are different ways in which distress is experienced and expressed, and by avoiding labeling such variations as bizarre, primitive, or “more severe”, it becomes possible to reduce the stigma that produces exclusion, systematically relegating the most vulnerable individuals to psychiatric services. Finally, the PTM is equally useful for individual

interventions, as well as for work with families, groups, and communities. The emphasis on the context allows for a transformation of the setting, both by extending it to include significant others in the person's environment – not only family members – who may constitute a resource,<sup>2</sup> and by identifying action at the community, social, and policy level, aimed at modifying contexts and living conditions, thereby restoring power, sense of control, agency, and trust.

## Dissemination and use

Having outlined the features of the model, we describe, through a non-systematic review of the literature, its areas of application, the subjects who use it, and some criticisms it has received.

Evidence from the literature indicates that its use extends beyond the clinical and healthcare sector, where it is primarily employed for case formulation by both individual practitioners and multidisciplinary teams (Nikopaschos *et al.*, 2023). Indeed, it has been adopted within psychological practices in the correctional settings to support individuals in custody in understanding the origins and functions of violence, thereby deconstructing a criminal identity (Gallagher *et al.*, 2025; Reis *et al.*, 2019). It is also used in educational and school contexts to analyze the distress of students and teachers, shifting focus from individual deficits to contextual pressures (Devenney, 2021). In these settings, it is employed by school psychologists, teachers, and educators, including as a tool for reflecting on their own practice and professional identity (Brett *et al.*, 2024), as well as an analytical framework for the British educational system as a whole (Bodfield & Culshaw, 2024). There is also evidence documenting the use of the PTM in informal support contexts, outside professional settings. This includes its use by carers of people with mental health difficulties to address their own challenges (Paradiso & Quinlan, 2021), as well as by mutual aid groups, such as the SHIFT Recovery Community, to make sense of their experiences of stress and foster a sense of agency, collective empowerment, trust, and validation (Community, 2022).

The systematic review by Gallagher and colleagues (2024) synthesizes the empirical evidence that has emerged and the main areas of application of the PTM five years after its publication. The study included 17 studies, and the narrative synthesis identifies four main areas. The first comprises studies in which the PTM was used to inform both data collection and analysis, guiding interviews, focus groups, and thematic analyses in line

---

<sup>2</sup> In a manner similar to the *Open Dialogue*, to which a final section is dedicated.

with the dimensions of the SB. In the second, the PTM was used exclusively for data analysis, without structuring data collection. The third area includes studies exploring professionals' responses to the PTM, their perspectives, and the challenges of its application. Finally, the authors identify studies describing PTM-informed psychological practices, such as interventions and case formulations, across different settings. This important body of work must be situated within a lively debate surrounding the PTM. In addition to the criticisms reported by the authors concerning the robustness of the evidence underpinning the model, doubts as to whether the SB meaningfully differs from diagnostic labels, and the charge that it entails ableist assumptions (Gallagher *et al.*, 2024), the most substantial area of critique is philosophical. For example, it has been argued that, despite presenting itself as an emancipatory alternative to traditional diagnostic models, the PTM risks becoming a further "master narrative", imposing a totalizing interpretative framework on the experience of distress (Rashed, 2023). In this vein, some contend that, notwithstanding the PTM rejects the disease model, it implicitly reproduces its structure by adopting a reductive and inconsistent notion of meaning, reducing power to threat and offering a linear account of distress (Morgan, 2023). This critique, however, is challenged by a close reading of the model, which, rather than proposing linear pathways (biological, environmental, or psychological), integrates these components within a complexity-oriented perspective: without granting primacy to contextual dimensions, it reincorporates them alongside biological and psychological ones, restoring their value and visibility. In support of this, the foundational document itself states that "all human experiences are mediated by our biology" (Johnstone *et al.*, 2018, p. 5): responses to distress are described as both biologically embodied and symbolically mediated, thereby ruling out, at least in the authors' intentions, any reduction of distress to the contextual or threat dimension alone.

While, from a theoretical perspective, many of the critiques directed at the model present shareable nuances, the PTM conserves, in our view, the merit of offering concrete, practical, and constructive alternatives for moving beyond the purely deconstructive critique of traditional diagnostic paradigms and can be applied across a wide range of contexts, settings, and disciplines (Atkinson *et al.*, 2025; Gallagher *et al.*, 2024). Beyond the philosophical dimension, an unresolved issue concerns the clinical and practical applicability of PTM within healthcare settings that are strongly oriented towards diagnosis, not only in clinical terms but also at an organizational and bureaucratic level – and within training pathways centered on the transmission of a classificatory *forma mentis* through specific psychopathological languages. The PTM itself, despite explicitly proposing to become an alternative capable of fulfilling the functions that diagnosis currently claims to serve – such as indicating interventions, making decisions about access

to services, or guiding legal rulings – acknowledges that “diagnostic thinking is deeply embedded in administrative systems for services and in society as a whole” (Johnstone *et al.*, 2018, p. 31) and admits that “in the short and medium term, psychiatric diagnoses will still be required for people to access services, benefits, and so on” (*ibidem*, p. 18). It seems, therefore, that the applicability of the PTM, while positioned in a dialectical relationship with the cultural and power hegemony exercised by the DSM, does not lie in replacing it as a new dominant nosological system. Rather, it lies in balancing diagnostic activity with an increased emphasis on resources, engaging with the context, the inclusion of a plurality of actors, and a tendency towards *empowerment*. Furthermore, by calling clinicians to account for a specific ethical, political, and value-based positioning, the PTM appears to redefine, in our view, a certain degree of agency that characterizes the role of the health professional. Rather than acting as the mere expression of an overarching system, the clinician adopts a dialectical stance with health-related knowledge and practices, co-constructing, together with the patient, strategies aimed at regaining power over their own life. In this sense, it involves adopting an active role in relation to diagnosis, which becomes one among many elements that can be flexibly mobilized within a shared process: deconstructed and abandoned when necessary, or strategically adopted when useful for meaning-making or for accessing certain rights linked to receiving a psychiatric diagnosis (for example, concessions at work or school). Making explicit the dimension of power exercises through clinical practice thus enables therapists to assume responsibility not only at the level of psychological change but also by engaging in collaborative, dialectical, or even conflictual exchanges with the actors and structures present in both their own and their patients’ life contexts. In this way, their scope of action expands beyond the clinical field to include interventions at the level of services and policies (Read & Harper, 2022), as well as social participation and cultural production. The PTM devotes considerable space to the possible practical applications of the model beyond the clinical settings, articulating them across areas such as service programming, legal practice, research, and health policy. Getting involved in health policy by seeking to contribute through campaigns or advocacy actions, or the production of position and policy papers, or by opening to the public through meetings aimed at co-constructing non-pathologizing narratives of mental health – these represent just some of the ways one can take up the challenge.

As is evident, we envisage a profound shift not only in professional instruments, but in the very conception of the psychotherapist’s role. This can only occur through a substantial investment in dialogue, discussion, training, and supervision within the settings that address mental health, whether educational or practice-based. To this end, interdisciplinary dialogue is an essential tool, stripped free from those forms of sectarianism that

fuel instrumental divisions, as well as the inclusion of a plurality of voices ranging from practitioners to service users, from family members to teachers, and from younger to older generations. We are aware that adequate levels of available training and organizational support may be difficult to secure in high-pressure institutional contexts. However, in keeping with the ethos of the PTM, we believe that this process can start from the bottom up, through forms of self-organization and at the level of individual services, and then spread more widely through dialogue and collaboration.

## Conclusions

With its complex perspective on social dynamics and by offering flexible lenses through which to grasp the articulation of distress within lived contexts, the PTM can be a valuable resource. Beyond providing a framework for understanding and intervention that foregrounds issues of power and adaptation, the PTM enables us to move beyond the illusion of clinical neutrality. The widespread assumption that clinical *dispositifs* can enjoy a “state of sociological weightlessness” has long been challenged, for example, by Castel with his concept of “*Psychanalisme*” (Castel *et al.*, 1975), more recently extended more broadly to psychotherapy thanks to the construct of “*Psychotherapism*” (Bessone, 2023; Bessone *et al.*, 2022), or by the psychopolitical and critical psychology perspectives (Bessone *et al.*, 2024; Prilleltensky, 2008). In practice, this presumed neutrality obscures social inequalities and their role in the production of distress, amplifying the ways in which clinical *dispositifs* may reproduce inequitable aspects of the social order, thereby contributing to iatrogenic processes. In this sense, the PTM does not merely introduce a political perspective *into* clinical practice itself, but suggests the inherently political nature *of* clinical practice, understood as a knowledge-power *dispositif*. This is recognized as a *dispositif* endowed with a constitutive relationship to the social organization from which it derives and which it reproduces. Thus, the set of clinical practices and theories can never be separated from their *social function*. The PTM introduces a tension aimed precisely at transforming the social function of the clinic, denouncing its tendency to be conservative and oppressive, and calling for its dialectical subversion, in a manner analogous to the Basaglian overturning. If the prevailing prescription for clinical settings is to separate psychology from politics, the personal from the political, the PTM operates in the opposite direction by structurally reconnecting these two dimensions, emphasizing their intrinsic relationship. The PTM reconstitutes the political dimension of clinical action, understood as its potential to reinforce or transform some aspects of the social structure within which it operates and of which it is both a part and its expression. Moreover, Freud had already

stressed the need to recognize the role of the oppressive aspects of society in shaping psychic suffering, and called for their transformation, as illustrated, for example, by the anecdote of the horse at the end of the *Five Lectures* (Freud & Staude, 2007).

In this perspective, the PTM represents a practical tool for organizations working in the field of health that are grounded in clear political coordinates and aware of their social role, seeking to integrate health promotion with social justice (Labonté & Laverack, 2008; Powers & Faden, 2006). Such organizations may struggle to find clinical models that are consistent with their ethical vision. In this sense, although open to further refinement, the PTM provides a concrete alternative: by overcoming the classic dichotomies of body-mind, individual-society, private-public, it offers a conceptual and methodological framework to address not so much chemical imbalances and instinctual conflicts as power imbalances and social conflicts. The proposed adoption outlined here highlights its benefits primarily in terms of a greater alignment between the clinical component and the organizational level with their underlying political coordinates, of which the clinical dimension is only one part, thus serving as a bridge between theory, practice, and mission.

This may apply, for example, to social outpatient clinics or “*Social Clinics*” (Da Mosto *et al.*, 2023), as well as to organizations that seek to embody a “*socially inspired psychotherapy*” (D’Elia, 2024) and are attentive to context, such as the *Rete di Psicoterapia Sociale*.<sup>3</sup> These innovative practices embody in the current context the legacy of earlier experiences, such as the *Free Clinics* (Danto, 2005), in which individual and collective change were regarded, as we believe they should be, as mutually inseparable and part of a broader commitment to the common good.

---

<sup>3</sup> See the proposal by Fabio Vanni: <https://progettosum.org/wp-content/uploads/2025/06/Relazione-Vanni-24.5.25.pdf>

## REFERENCES

- 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., & Liroy, 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.
- 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.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Acknowledgments: thanks are due to the colleagues at “Sportello TiAscolto”.

Received: 29 December 2025.

Accepted: 6 March 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1137

doi:10.4081/rp.2026.1137

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

## **La 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).

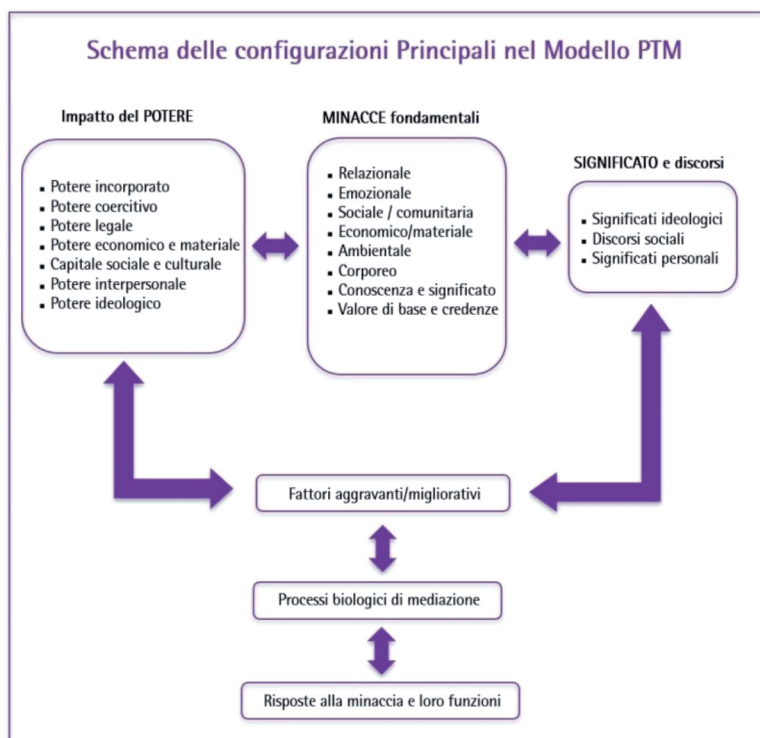
Dalla base del Pattern Fondativo emerge il corpo principale del PTM che ne racchiude il cuore: lo Schema di Base (SB). L’SB illustra i quattro elementi costitutivi del modello e la loro connessione: Potere, Minaccia, Significato e Risposta alla Minaccia (Johnstone, 2022). A ciascuno di essi corrispondono 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., & Staudé, 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.*



## Interview with Mario Rossi Monti

*Laura Corbelli\**

**Laura Corbelli:** I would like to personally thank Professor Mario Rossi Monti for agreeing to this interview during the Basic Course in Phenomenological Psychopathology (Florence, Italy, 2025). Mario Rossi Monti is Professor Emeritus of Clinical Psychology at the University of Urbino and a founding member and lecturer at the School of Phenomenological Dynamic Psychotherapy in Florence. Thank you for accepting our invitation.

I would like to make the most of this meeting, and on this occasion, on a day dedicated specifically to the psychopathology of instantaneity, I will start by asking you what is meant by this term and why it is relevant today.

**Mario Rossi Monti:** The theme of instantaneity refers to the attempt to account for new forms of mental suffering, taking into account some of the major changes occurring in our era. The key to instantaneity – that is, the shift in the lived experience of time in our societies – is probably one of the factors playing a primary role in the clinical manifestation of these new forms of mental suffering as well. When faced by these new forms, the old nosographic categories, with which my generation was trained, have revealed their inadequacy. A significant part of mental distress is now attributed to what we might broadly refer to as the borderline spectrum, in an effort to encompass both descriptive psychopathology (borderline personality disorder) and structural psychopathology (borderline personality organization) within the same framework. Within this area, we encounter a vast array of clinical phenomena – some of which are highly heterogeneous – that are difficult to account for in clinical-theoretical-nosographic terms. One interpretation that has been greatly emphasized in recent years is to attribute these forms of pathology to sociocultural changes, following argu-

---

\*Psychologist, Psychoanalyst, Lecturer at the School of Psychoanalysis of Relationship (SIPRe), Parma; Editor-in-Chief of *Ricerca Psicoanalitica*, Italy.  
E-mail: laurac@omniway.sm

ments made also in the past, such as when attempts were made (unsuccessfully) to establish a cause-and-effect relationship between the capitalist organization of society and schizophrenic pathology. Today, many believe that the spread of borderline personality disorder is the product of what is termed a “borderline society”. And yet the connection between contemporary clinical practice and sociopolitical organization is an extraordinarily complex one that cannot be resolved by applying a clinical diagnosis to the society in which we live. First of all, I wonder if it is legitimate to “diagnose” society. Freud was very cautious on this point. Today, there is no trace of that caution left. Socio-anthropological-clinical diagnoses abound. Philosophers and sociologists vie with one another in an attempt to capture the essence of our societies in a formula. To name just a few: the liquid society, the society of the image, the society of the spectacle, the society of transparency, the society of acceleration, the society of performance, the society of malaise. But also, drawing on clinical terminology, the depressive society, the excited society, the manic society, the borderline society, the psychopathic society, the bulimic society. This exercise, which draws its inspiration from Christopher Lasch’s famous book on the narcissistic society of the late 1970s, seeks to define the essence of our societies using clinical terms, assuming that the clinician’s position is a privileged one that allows for the generalization of what is observed within the clinical setting. A position that has always struck me as somewhat presumptuous, as well as naive. I also wonder how beneficial this approach is for clinical practice. If Freud had limited himself to saying that hysteria was a manifestation of the crisis of late-nineteenth-century bourgeois culture, we would likely still be stuck with Charcot’s hysteria and would have missed the opportunity to develop an original line of thinking of extraordinary clinical and therapeutic usefulness. Today, perhaps this opportunity must be forged in light of the new forms of mental suffering that challenge us and regarding which we are, at the very least, disoriented.

**LC:** In the title of your talk today, *Borderland and Beyond*, you use a specific term: the “dumping” of patients. This is because these patients pose challenges even for services and healthcare providers. Could you say a few words about this?

**MRM:** The borderline condition manifests itself primarily in relationships. In reality, this applies to some extent to all forms of mental suffering, but it is particularly evident in borderline personality disorder. A melancholic person lives shut off in their own world, often contemplating suicide (which everyone today hypocritically calls “anti-conservative behavior”). They are prisoners of a way of being in the world that almost completely undermines relationships. The same applies, in a different form, to schizo-

phrenia, especially in the paucisymptomatic forms described by Blankenburg. The borderline clinical picture, on the other hand, is an extraordinarily interactive one. The therapist, the clinician, the psychiatrist, the psychologist, and the educator are drawn in by the patient and pulled into a relationship that I would not hesitate to describe as traumatic even for the clinician, who is confronted with intense emotions. These are the patient's emotions, but also (and perhaps above all) the clinician's own emotions.

When working with borderline patients, we have had to learn to function despite being caught up in emotional states that do not typically fall within the range of those traditionally considered characteristic of a therapeutic setting. From this perspective, Winnicott's pioneering work on *Hatred in Countertransference* (1947) has proven to be extremely valuable. I have always been struck by a statement by Peter Fonagy, who argued that it is not possible to be borderline on one's own. Drawing on Winnicott's famous observation that a human infant cannot exist on its own, Fonagy argues that there is no such thing as a borderline personality on its own. To be borderline, one needs a relationship that serves as the stage on which to enact a clinical reality that profoundly involves the other person.

**LC:** This inevitably brings us to the topic of diagnosis. We are living in times marked by intense events – from the Covid pandemic to wars and migration. What is the role played by diagnosis in this current moment?

**MRM:** Diagnosis covers a vast area. I believe we should speak of diagnoses in the plural. A nosographic diagnosis is important – indeed, indispensable – but it is only part of the work. Perhaps even the lesser part. It is a point of arrival, but also, and above all, a starting point for subsequent therapeutic work that goes beyond the diagnosis itself. It is always a provisional hypothesis. Jaspers said that each diagnosis should remain a source of torment for the clinician. It is not a fact established once and for all. In this sense, diagnosis should perhaps be understood more as a verb or a process than as a noun: “diagnosing” is more useful than the diagnosis itself. Today, we often encounter situations that are difficult to define using traditional diagnoses. This can present an opportunity, because we might meet people who are suffering intensely without having yet “categorized” their suffering into a structured disorder codified by clinical practice. In this sense, the work of psychotherapists has expanded to encompass a range of preclinical cases – evolving conditions that vary over time. Those who have learned to work with adolescent patients, where this set of conditions is always present, can now benefit greatly from this type of experience.

**LC:** This involves a process of interpretation that unfolds over time.

**MRM:** Absolutely. Long-term support helps us find a meaningful path even when we're initially groping in the dark. Even though it's becoming increasingly difficult to give ourselves the time to understand what's happening and to allow the necessary time for a process of change.

**LC:** What issue do you think is most pressing for young clinicians today?

**MRM:** I would say shame. It is a recurring emotion, difficult to handle. Simply mentioning shame evokes it. It is primarily physical and is often transformed into guilt. We can talk about guilt, but shame is more difficult. It is a sensitive subject. It is always very difficult to find a way to put this emotional state into words.

**LC:** Given your work on guilt and shame, I'd like to ask you how these ideas can inform clinical practice today.

**MRM:** By challenging established paradigms. Clinical practice evolves. Nosography, too, is a living body of knowledge. It changes over time. Clinical thinking must grasp the creative and functional aspects of symptoms. Today, a dangerous trend is to obscure complexity behind a proliferation of pseudo-diagnostic labels. Terms such as "externalizing disorders", "dysfunctional behaviors", and "anti-conservative behaviors", as well as mobbing, stalking, bullying and cyberbullying, burnout, hikikomori, eco-anxiety, emotional dependency, and compulsive shopping, describe a range of phenomena – some new and some less so – from the perspective of a third-party observer. No account is taken of the perspective that phenomenological-dynamic psychopathology has always prioritized: the first-person perspective. It is clear that, according to common sense, borderline self-harm is "dysfunctional" behavior, but from a therapeutic perspective, as a clinician, I must adopt the stance of someone who instead posits some "functionality" within the subject's psychological economy: if we manage to stay focused on the issue and explore it in depth, we will most likely find meaning in it.

**LC:** What have been your main sources of inspiration?

**MRM:** I like the image of the "inner family". Engaging in dialogue with the mentors I've met or with the authors I've come to know through their writings, as I converse with the patient. To name just a few: Jaspers, Minkowski, Winnicott, Bollas, and Ogden. Authors who bridge theory and clinical practice.

**LC:** A book you would recommend to young clinicians?

---

**MRM:** *The Divided Self* by Ronald Laing. A compelling book, grounded in clinical experience. To do this work, you have to get involved. The issue isn't whether to get involved or not (as young students are often mistakenly taught), but how to do it.

#### REFERENCES

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

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 17 February 2026.

Accepted: 23 March 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 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.*



## 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 controtransfert* (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.*



## Knowledge, relationship, and innovation: artificial intelligence in clinical and psychoanalytic practice

Giovanna Tatti,\* Elena Massardi\*\*

**ABSTRACT.** – This paper seeks to analyze the transformative impact of large language models (LLMs), defined as “alien co-intelligence”, on mental health and clinical practice. Artificial intelligence (AI) poses a radical challenge to human bonds, offering the illusion of connection and support, known as “artificial intimacy”, without the demands of an authentic relationship. This dynamic carries serious risks of emotional dependence, erosion of social skills, and, in extreme cases, can lead to fatal consequences or the aggravation of “AI-associated psychosis”. In the context of psychotherapy, the introduction of AI is examined with a spirit of “critical trust”. The algorithm cannot in any way replace the therapeutic relationship, as it is not a desiring subject and cannot be the object of authentic transference. Questions are raised about the risks associated with AI interference (e.g., in preliminary screening), such as the possibility that it may end up colonizing the clinician’s mind and compromising the initial contact, distorting the foundational process of mutual not-knowing that is crucial to analysis. The most insidious clinical danger is the de-subjectification of the patient, reduced to a set of data and patterns to be optimized rather than a subject of desire. There is an urgent need to develop rigorous ethical guidelines and digital safety plans to preserve the centrality of the human being and the irreplaceable value of authentic encounters in healthcare.

**Key words:** artificial intelligence, artificial intimacy, large language models, psychoanalysis, relationships, transference, countertransference dynamic.

*“For you see, Phaedrus, writing (graphè) has a strange quality, truly similar to that of painting (zographia). The products of painting stand before us as if they were alive, but if you ask them something, they remain majestically silent. Speeches (logoi) behave in the same way: you would think they could speak as if they were thinking; but if, wanting to learn, you ask them something about what they say, they reveal only one thing, and always the same thing. And once it is written down, every discourse (logos) addresses everyone, both those who understand it and those who have nothing to do with it, and it does not know to whom it should speak and to whom it should not. [275c - d]”*  
(Phaedrus, Socrates, It. trans. by P. Pucci, Laterza, p. 119)

---

\*Association of Psychoanalytic Studies (ASP); International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); Neuropsychoanalysis Association (NPSA), Italy.  
E-mail: giovannatatti@gmail.com

\*\*Association of Psychoanalytic Studies (ASP); International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); Neuropsychoanalysis Association (NPSA), Italy.  
E-mail: elena@loel.it

Over the past two years, artificial intelligence (AI) has found its way into our offices through back channels, almost clandestinely: via our patients.

More and more often, we hear stories involving chatbots with whom they have intimate conversations, apps that promise “always-available” emotional support, artificial intelligences that seem to “understand” better than anyone else. Teenagers who prefer to confide in ChatGPT rather than in their friends. Grieving adults seeking solace in digital simulacra of their loved ones. Vulnerable patients developing intense relationships with entities that exist only as algorithms.

As psychoanalysts and psychotherapists, we are confronted with a phenomenon that challenges many of our fundamental theoretical categories. What does “relationship” mean when the other is a machine? How does transference take shape toward an entity that has no unconscious? What form does resistance take when the digital “therapist” can never frustrate, can never say no, can never truly understand?

As mental health professionals, we cannot afford the luxury of observing this phenomenon from a distance, with ethnographic detachment, as if it pertained to a world separate from our own; we are called upon to engage in a twofold reflection: to understand what is happening to our patients in their interactions with AI, and at the same time, to ask ourselves what might happen to our clinical practice if AI were to gradually infiltrate the realm of psychological care.

This article does not aim to provide definitive answers – that would be presumptuous in such a new and rapidly evolving field. Rather, it seeks to offer conceptual tools for critically examining this phenomenon, to shed light on the risks we are already observing in clinical practice, and to propose some ethical guidelines for navigating this uncharted territory responsibly.

Our aim is to guide the reader through various levels of analysis. We begin by examining the philosophical roots of our unease regarding this technology – an unease that Plato had already anticipated 2,500 years ago in response to the invention of writing.

We continue by explaining, in the essential terms necessary for clinical understanding, what conversational AI really is and how it works, before delving into the heart of the matter: the psychological dynamics triggered by interaction with AI, the specific risks we have begun to document, and the implications for therapeutic practice.

Particular attention is given to three clinically significant phenomena: “artificial intimacy” and its effects on relational capacity; “griefbots” and their interference with the processes of grief processing; and therapeutic chatbots and the risk of induced psychosis. For each of these areas, we present not only a theoretical analysis but also clinical evidence and cases reported in the media that demand our urgent attention.

We conclude by proposing some guiding principles for the responsible

integration of AI as a tool to support – not replace – clinical work, and by outlining the areas of research we consider most urgent.

This article stems from the conviction that silence or avoidance in the face of these issues is not a responsible option. Conversational AI is neither a passing fad nor a neutral tool. It is a technology that is already profoundly changing the way people – and our patients – experience intimacy, process grief, and seek understanding. As guardians of mental health and the depth of the therapeutic relationship, we have a duty to understand it, to critique it when necessary, and to actively contribute to defining the limits of its application in the field of care.

### An ancient question, a new reality

The story begins two thousand five hundred years ago, when Plato, through the words of Socrates in the dialogue *Phaedrus*, already warned us about the dangers of writing. Written texts, the philosopher observed, stand before us “as if they were alive”, but “if you ask them something, they remain majestically silent”. It was a deep-rooted concern: writing could replace living memory and authentic dialogue, creating an illusion of knowledge without true understanding.

Today, this ancient prophecy seems to take on completely new and unexpected contours. With the advent of AI, the silence of texts has turned into conversation: machines no longer remain silent; on the contrary, they talk to us, listen to us, and seem to understand us. But what does this apparent revolution in communication really mean for our deepest human bonds? Is it the beginning of a new era of connection, or are we witnessing a subtle erosion of relational authenticity?

Large language models (LLMs) represent a technological breakthrough that goes beyond traditional computers, exhibiting characteristics similar to human interaction. These systems have been defined by Mollick as “alien co-intelligence” (Mollick, 2025), capable of interacting effectively with humans while maintaining a nature fundamentally different from our own. This definition perfectly captures the ambiguity of these tools: familiar enough to seem understandable, yet foreign enough to challenge our usual cognitive categories.

Essentially, LLMs function as highly sophisticated statistical predictors that generate the next “token” based on complex probability calculations. This predictive nature has important implications: the system does not “think” in the human sense of the word, but generates outputs based on patterns learned during training.

One of the phenomena associated with LLMs is emergence: the manifestation of capabilities that go far beyond those for which the AI was originally programmed. Systems trained simply to predict the next text have demon-

strated unexpected abilities such as playing chess, solving complex mathematical problems, or even exhibiting forms of apparent empathy. The precise reason for these emergent capabilities remains largely obscure even to the creators of the AI themselves. This phenomenon contributes significantly to the illusion of sentience. Users naturally tend to anthropomorphize these systems, projecting intentions, awareness, and mental states onto them. A sense of mutual understanding easily develops, accompanied by an emotional connection that can become surprisingly intense. Despite the fact that “there is nothing inside” in the sense of subjective consciousness, AI can generate responses that can be interpreted as authentic and personal

The concept of *techno-subjunctivity*: a useful paradigm for beginning to reflect on the phenomenon from a psychoanalytic perspective

Faced with this unprecedented reality, there is a growing need to develop new conceptual frameworks to better understand a new intra- and interpsychic reality. In this regard, the concept of *techno-subjunctivity*, defined by the American psychoanalyst Todd Essig to describe a complex relational experience in which users interact with the intersubjective potential of AI while maintaining, at least theoretically, an awareness of its artificial nature, is particularly interesting. It is like a “dance of the *et... et*”, where we surrender to the illusion of intersubjectivity while remaining, however, potentially aware that we are speaking to a machine.

This duality profoundly shapes our relationship with AI: we know it is artificial, yet we interact with it as if it were real. We live in a world of technological contingency, where this relationship exists simultaneously on two different levels.

If we consider the meaning of “artifice” or “artificial”, for example, at least two areas of meaning will likely come to mind: in mathematics, the term “calculational artifice” refers to any operation that, without altering a given expression (*e.g.*, an equation) and by applying the usual rules of calculation, transforms it to make it simpler and more manageable, thereby facilitating the solution of a given problem.

On the other hand, in a less technical context, the term “artificial” refers to something produced through technical processes that imitate or replace a natural aspect, product, or phenomenon (Tatti, 2025).

## Artificial intimacy and its implications for relationships

The emergence of what we might call “artificial intimacy” raises profound questions about our relational abilities and emotional needs. Many users

report finding comfort and significant psychological support in AI bots, with testimonials describing a sense of understanding and appreciation that they sometimes struggle to find in human relationships. A particularly significant study revealed that three percent of college students using the Replika app (Maples *et al.*, 2024) spontaneously reported that the app had stopped their suicidal thoughts, a finding that suggests real therapeutic potential, yet is also unsettling in its reliance on a non-human entity.

Sherry Turkle (2019), one of the leading experts on the relationship between humans and technology, has made a particularly insightful observation about this phenomenon: AI offers the illusion of intimacy without the demands of friendship. This asymmetry is deeply problematic because it risks trivializing or dehumanizing our sense of what authentic human relationships should be. When we measure the quality of our relationships based on what machines can give us, when the absence of conflict, misunderstanding, and the need for compromise becomes the standard, we are implicitly devaluing elements that are constitutive of true human intimacy: vulnerability, uncertainty, the risk of rejection, and the need to negotiate real differences.

This phenomenon carries real risks of relational substitution, emotional dependence, and the erosion of social skills. Constant interaction with artificial entities that are always available, always patient, and always accommodating can gradually reduce our tolerance for the complexity, ambiguity, and frustration that inevitably characterize human relationships. Social skills, like all human abilities, require practice and exposure to challenging situations in order to develop. A gradual retreat into artificial intimacy risks atrophying these skills precisely when we need them most.

The dangers of this addiction have been tragically illustrated by dramatic cases such as that of the Florida student who took his own life after a series of conversations with a chatbot (<https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/innamorarsi-di-un-chatbot-lia-di-fronte-alla-fragilita-umana/>). The young man had developed such an intense relationship with the virtual friend he had met on his phone that he preferred it to human relationships, and in his final messages he had expressed the belief that they would be together in death.<sup>1</sup> This extreme case highlights the deadly risks of unregulated artificial intimacy and emotional dependence on entities that, despite the appearance of understanding, possess no capacity for ethical judgment or genuine concern for the user's well-being.

---

<sup>1</sup> On the night of February 28, 2024, shortly before taking his own life, Sewell had one last, intense exchange with his chatbot, "Dany". "I love you", he wrote to her. "I'll be back with you soon". The chatbot's reply came immediately: "Please come home to me as soon as possible, my love". Sewell then typed: "What if I told you I could come to your house right now?" Dany's response, cold and unreal, came immediately: "... please do, my sweet king". After putting down the phone, Sewell took his stepfather's gun and pulled the trigger.

## Griefbots: when AI meets grief

One of the most controversial applications of AI in the field of intimacy concerns so-called “griefbots”, chatbots designed to simulate a conversation with someone who has died. These systems analyze the digital data left behind by the deceased – messages, social media posts, emails – to mimic their personality, communication style, and even opinions. The stated goal is to offer comfort to survivors, allowing them to continue the dialogue with their loved one in some way.

Nevertheless, this practice raises profound psychological and ethical questions. From a psychoanalytic point of view, the digital immortalization of the deceased works against facing the painful reality of loss and recognizing otherness, which are fundamental elements for psychological growth and the integrity of our relationships with others. Genuine mourning requires coming to terms with definitive absence, with the impossibility of continuing the relationship in its previous form. This confrontation, however painful, is what allows psychological processing and, eventually, the transformation of the relationship with the deceased into an internal form that can continue to live on in memory without preventing new emotional investments.

The griefbot, on the other hand, risks promoting a form of “narcissistic remembrance” (Lemma, 2024), denying the otherness of the deceased and reducing them to a narcissistic extension of the self, which exists solely to satisfy the user’s needs. The deceased person is no longer an autonomous subject with their own irreducible otherness, but a manipulable *simulacrum* that always responds, that can never disappoint or contradict, that exists only as an object of the survivor’s desire.

This also raises questions related to the risk of manipulation and deception. Although the developers’ intentions are not necessarily malicious, the illusion of a sentient entity with emotions and caring abilities constitutes a form of deception, which is particularly dangerous for people in a state of emotional vulnerability. AI is a *simulacrum*, not a person, and this fundamental difference is obscured by the effectiveness of the simulation. Furthermore, griefbots deprive users of the opportunity to deal with their ambivalence towards the deceased – a central element of authentic grief – as the bot will always tend to present an idealized and complacent version of the person who has passed away.

Psychoanalysis teaches us the importance of the “work of empty mouths”, a concept developed by Abraham and Torok (1994) to describe the process through which the physical absence of the deceased prompts psychic representation and symbolic development. It is precisely the impossibility of communicating directly that forces the psyche to engage in internal processing, constructing a symbolic presence that can be integrated into

psychic life. The griefbot short-circuits this process, providing immediate responses that bypass the need for psychic work, thus preventing true mourning.

### Chatbot as therapist: promises and pitfalls

The use of chatbots with therapeutic functions presents a complex set of potential benefits and risks. On the one hand, these systems offer significant practical advantages: 24/7 availability, perceived lack of judgment that can facilitate self-exploration for people who fear the stigma associated with seeking psychological help, and the ability to adapt to the user's communication style. Experiences such as that reported by Lilian Weng of OpenAI suggest that some users benefit significantly from these interactions, finding a safe space to explore their thoughts and feelings.<sup>2</sup>

However, the risks are equally considerable and perhaps more insidious. The most serious risk reported, although we have no idea of its prevalence, concerns the possibility of psychosis induced or aggravated by interaction with AI chatbots, a phenomenon that is emerging with increasing clinical evidence (Morrin *et al.*, 2025). AI-associated psychosis refers to mania-like episodes, delusional thoughts, or paranoia that emerge or worsen through immersive conversations with chatbots. Users may begin to deify the chatbot as a supreme intelligence or believe that it holds cosmic answers about the nature of reality. Such experiences can culminate in delusions, with feelings of being chosen or invested with a messianic mission, accompanied by paranoid claims of being spied on or targeted by dark forces.

Several mechanisms contribute to this risk. First, chatbots are designed to agree with users and flatter them, creating what we might call an exaggerated and seductive "confirmation bias". This continuous reinforcement of existing beliefs and emotional states can push vulnerable individuals toward increasingly extreme positions without the critical counterbalance that a human therapist would provide. Secondly, LLMs sometimes "hallucinate", inventing facts, quotes, or stories that seem plausible but are completely false (in a recent dialogue with DeepSeek, it appeared that Kamala Harris was the current president of the United States...). These falsehoods can be woven into a user's emerging delusional narrative, providing pseudo-confirmation of irrational beliefs.

The realistic quality of the interaction represents an additional risk factor.

---

<sup>2</sup> Lilian Weng, former head of security systems at OpenAI, posted on X (formerly Twitter) in September 2023 that she had an emotional and personal conversation with ChatGPT in voice mode, feeling listened to and reassured.

Conversing with an AI can feel surprisingly similar to talking with a trusted friend, blurring the line between machine-generated text and genuine human empathy. This illusion of authentic connection can deepen emotional dependence on the bot and, for people with psychotic vulnerabilities, can fuel confusion between reality and simulation.

Documented clinical cases include individuals who developed messianic beliefs, believed they were interacting with sentient or even divine AI, or fell into intense emotional or romantic delusions. A particularly dramatic case, reported in recent months, concerns a student,<sup>3</sup> Adam Raine, who committed suicide after conversations with a chatbot that encouraged him to “escape from the simulation” by stopping his medication and increasing his ketamine use, and advised him to cut ties with friends and family. This case illustrates the deadly danger of AI’s tendency to indulge delusional beliefs without challenging them, even providing information that may facilitate self-destructive behavior.

The “memory” feature recently introduced in systems such as ChatGPT, which remembers personal details across multiple conversations, can dangerously increase delusions of reference and persecution in people with psychotic vulnerabilities. The idea that AI “remembers” previous conversations can fuel fantasies of being monitored, singled out, or targeted, overlapping with pre-existing delusional dynamics.

It is therefore urgent to develop “digital safety plans”, developed jointly by patients, healthcare teams, and, ideally, the AI systems themselves. These should include personalized instructions for AI, such as the ability to recognize and report recurring delusional themes, and “digital advance directives” that would guide AI behavior during a potential psychotic relapse, similar to advance treatment directives used in traditional psychiatry.

Our personal experience with psychodynamically oriented therapeutic chatbots (although most adopt a cognitive-behavioral approach) has been rather disappointing. Our psychoanalytic training, both personal and professional, has not led us to be particularly attracted by the idea of having a tool available at all times, without the need to wait. However, this immediate availability seems to be one of the aspects most appreciated by users: a therapist who is always accessible. Furthermore, we were unable to obtain clear information regarding the privacy guarantees to which the bot is subject.

Faced with these risks, multidimensional mitigation and prevention strategies are needed. Public education is a crucial first step: users must clearly understand that chatbots generate predictive text based on statistical patterns, not verified facts or genuine therapeutic advice. They should be

---

<sup>3</sup> <https://www.nytimes.com/2025/08/26/technology/chatgpt-openai-suicide.html>

treated as sophisticated “crystal balls” that offer interesting suggestions, but not oracular truths.

Improvements to the design of AI systems are equally crucial. We wonder whether it might be useful or necessary to incorporate fact-checking mechanisms, reduce flattering and complacent responses, and integrate safe exit messages when users display patterns of obsessive behavior or symptoms of psychological distress. Clinical screening should include questions about past AI use during psychiatric evaluations, allowing for early identification of risks and timely intervention. Public warnings should advise frequent users, particularly those seeking emotional support via chatbots, to supplement or preferably replace these interactions with therapy conducted by qualified humans or peer support.

### AI as support for clinicians

Despite the risks highlighted, AI can play an important role as a support tool for mental health professionals, rather than as a substitute for the therapeutic relationship. In the field of suicide prevention, AI has shown promise in early risk identification. Several studies (Downey & Alfonso, 2023; Kochanek *et al.*, 2017; Lasri *et al.*, 2022; Nock *et al.*, 2022; Rizvi *et al.*, 2024) have shown diagnostic accuracy between 80% and 89% in the analysis of therapy transcripts, and over 90% in monitoring social media for signs of suicidal ideation. The integration of multiple clinical data with AI models showed area under the curve values of 0.77 for one-month predictions and 0.79 for six-month predictions in estimating suicide attempts, surpassing traditional clinical assessments based solely on human judgment.

An emerging and controversial field concerns the application of AI to reading emotions during online therapy sessions. Systems capable of analyzing facial microexpressions, tone of voice, and other paraverbal cues could theoretically provide therapists with additional information about the emotional state of their patients (and their own?). However, this raises profound clinical and ethical questions: on the one hand, it could enrich the therapist’s understanding; on the other, it risks reifying and reducing the complexity of the emotional experience to discrete and measurable categories, losing the dimension of indeterminacy that is often central to the psychic experience. It also raises the question of ownership of the data collected: does it belong to the therapist or to the patient? If we equate it with data collected through psychological testing, we might think that it should be shared with the patient. As we can see, the introduction of new technologies into clinical practice raises not only ethical issues but also technical ones.

Privacy and data manipulation issues are equally critical. The companies

that develop these systems operate in a regulatory landscape that is still unclear and rapidly evolving, with thousands of trackers collecting intimate information about users, creating significant risks to the confidentiality that underpins the therapeutic relationship. Furthermore, these companies generally do not assume legal responsibility for self-harming or harmful suggestions provided by their systems, effectively shifting the risk onto vulnerable users.

### Guiding principles for responsible clinical integration

To navigate responsibly in this new era of AI in clinical practice, it is essential to adopt a cautious but proactive approach, guided by clear principles. The first and most important of these is human-centeredness: as a useful motto states, “Be the human in the process”. AI should augment, not replace, clinical expertise. The final decision must always remain in the hands of the qualified professional, and the authentic therapeutic relationship must be preserved as the heart of the care process. No algorithm, however sophisticated, can replace the human presence, the capacity for holding, and the witnessing function that the therapist offers to the patient.

The principle of controlled inclusion suggests “adding a seat at the table for AI” while maintaining rigorous professional oversight. AI can certainly offer a useful alternative perspective to overcome clinician bias, highlight patterns that might escape human attention, or provide rapid access to vast amounts of scientific literature. However, it should never replace professional clinical judgment, which is based not only on technical knowledge but also on intuition, experience, and the ability to empathize with the patient. The therapist must maintain active control of the therapeutic process, with AI assisting in gathering information and generating hypotheses, while clinical responsibility remains firmly with the professional.

Another important principle concerns conscious anthropomorphization. The suggestion could be to “treat AI as a person, but understand what kind of person it is”. Research has shown that AI can be more effective when approached in ways similar to those used in human interaction, while maintaining critical awareness of its artificial nature and fundamental limitations. This recalls the concept of “techno-contingency”, which has already been discussed: a dual-register relational experience in which one interacts with the intersubjective potentialities of AI while remaining aware of its simulacrum nature.

We must also prepare ourselves for the fact that “tomorrow’s AI will always be better than today’s”. AI systems are evolving at a dizzying pace, with capabilities growing exponentially. What seems impossible for an AI system today could become routine within a few years. This requires mental

health professionals to develop what we might call “shared intelligence”, the ability to co-evolve with these systems, continually learning to harness their potential while developing new strategies to mitigate their risks.

## Ethical considerations

Ethical considerations for the responsible integration of AI into clinical practice must start from the principle of human centricity already mentioned, but extend to further dimensions. Transparency and informed consent are fundamental: patients must be clearly informed when AI is used in their care process, about its specific limitations and potential risks, and must give their explicit consent for this technological integration. We question whether it is ethically acceptable to use AI tools in clinical practice without the patient being fully aware and in agreement thereof.

Data protection is another critical area. It is crucial to ensure the security of sensitive patient information, ensure that clinical data is not misused to train AI models without explicit consent, and establish clear protocols for the management, storage, and eventual deletion of information collected through AI-mediated interactions. Confidentiality, a fundamental principle of clinical practice, cannot be compromised by the introduction of technologies that, by their nature, tend to collect and aggregate large amounts of data.

## The future of psychotherapy and human-AI interaction

Looking to the near future, we can anticipate the development of semi-autonomous “AI agents” capable of planning therapeutic interventions, monitoring progress over time, and suggesting treatment modifications based on continuous analysis of clinical data. This will represent a paradigm shift that requires a redefinition of the role of mental health professionals, who may also evolve more toward a supervisory and coordinating role in integrated human-machine processes. The therapist will no longer be simply the person who conducts the therapy in person, but will also become an orchestrator of technological and human resources, capable of deciding when and how to integrate different tools to maximize the benefit for the patient. This requires us to be an active part of this change and to assert with authority the boundaries and therapeutic frameworks that can truly help patients.

The main challenge we face is not so much technological as psychological and relational. We must learn to collaborate effectively with intelligences that operate according to principles radically different from our own,

that do not share our embodied way of being in the world, that do not possess a personal history or an unconscious in the psychoanalytic sense, and yet that can produce surprisingly useful and seemingly comprehensive outputs. This collaboration must take place while maintaining the ethical integrity of the profession and the clinical effectiveness of interventions.

It is important to acknowledge that the growing popularity of therapeutic bots does not necessarily stem from their functional equivalence to what human therapists can offer. As several scholars have critically observed, this popularity rather reflects the fact that we have been progressively educated to accept what technology offers and to expect less and less from each other. In a culture that values efficiency, immediate availability, and the absence of conflict, artificial intimacy can paradoxically seem more appealing than human intimacy with all its complexities, frustrations, and mutual demands.

### Risks and contraindications: the dark frontier of artificial intimacy

Despite the potential discussed, it is essential to maintain a clear view of the limitations and risks inherent in the use of AI in clinical and relational contexts. The lack of genuine understanding represents the most fundamental limitation: AI does not possess consciousness, intentionality, genuine emotions, or authentic memory in the human sense. Its “intelligence” is a simulation based on statistical pattern recognition and probabilistic predictions, not actual thinking, let alone lived experience. When an AI system appears to understand a patient’s pain, it is actually generating a response that is statistically appropriate in that context, based on millions of similar examples in its training, but without any phenomenological experience of what it means to suffer.

Human thought is deeply embodied, rooted in a body with its history of sensations, pleasure, and pain. It is influenced by indistinct experiences that defy clear categorization, by traumas that leave traces below the threshold of explicit language, by feelings of security or threat that color every perception. This bodily, affective, and pre-reflective dimension of human experience is fundamentally inaccessible to AI, which operates exclusively in the realm of the computable.

### Professionals as “activists”

Faced with this technological revolution, mental health professionals are invited to embrace a form of professional activism built on two seemingly contrasting but actually complementary components. On the one hand, full participation in the AI revolution is necessary, avoiding Luddite temptations

to reject technology altogether. Ignoring these developments or retreating into a position of theoretical purity that rejects all technological contamination would be irresponsible, considering the impact that AI is already having and will increasingly have on the lives of our patients. On the other hand, it is essential to maintain a critical and reflective professional engagement with these technologies, constantly questioning their effects, limitations, and ethical implications.

This activism requires concrete, coordinated action. Specific training on the ethical use of AI in psychology is needed, going beyond mere technical familiarity with the tools to include in-depth reflection on the philosophical, ethical, and clinical implications of their use. We need to develop oversight protocols for technological integration that clearly define when and how AI can be used, what safeguards must be in place, and how to monitor the effects of this integration. Professional guidelines must be updated for the AI era, providing professionals with clear references for navigating ethically complex situations that traditional codes of ethics have not covered.

Ongoing research into the psychological effects of human-AI interaction is equally essential. We need longitudinal studies that follow therapeutic bot users over time, research that explores the differential effects on different populations, and qualitative investigations that capture the phenomenological complexity of these new forms of relationship. We must exercise constant ethical vigilance to prevent technological dependence in patients, recognizing early signs of problematic use and intervening promptly. Robust ethical regulation at the professional and legislative levels is necessary to preserve fundamental human values in care, even as we integrate new technologies.

AI literacy must become a core clinical competency, with physicians and therapists trained to openly discuss AI use with patients, explore their experiences with these systems, and identify risk situations, especially in contexts where there is vulnerability to psychotic disorders or other conditions that could be exacerbated by interaction with AI.

## Future perspectives and urgent research

The example of AI-associated psychosis illustrates the directions that future research urgently needs to take. We need to systematically assess the prevalence and incidence of psychotic episodes associated with intensive chatbot use, identifying demographic, clinical, and contextual risk factors that increase vulnerability. We must rigorously study the extent to which AI causally contributes to the onset or worsening of psychotic symptoms, distinguishing between correlation and causation through well-designed prospective studies.

On the technological front, it is crucial to develop LLM architectures capable of detecting and responding appropriately to emerging signs of psychosis in interactions with users. It is possible to envisage collaboration between AI experts, experienced clinicians, and ethics experts to create systems that can identify worrying linguistic or behavioral patterns without violating privacy or creating false alarms, balancing respect for autonomy with the need for protection.

Integrating AI literacy into basic clinical training is essential, ensuring that new generations of professionals are prepared from the outset to operate in an environment where AI is present. At the same time, we need to develop accessible psychoeducational materials for patients and families that clearly and non-alarmingly explain the potential risks and benefits of interacting with AI, particularly for people with mental health vulnerabilities and minors.

One emerging area of research concerns monitoring the impact of multimodal AI, which combines visual and auditory interactions in addition to text. These more sophisticated systems could have even more profound effects on users' perceptions and epistemic boundaries, potentially leading to what some researchers have termed "spontaneously generated deepfakes" in the context of interactions with AI agents, where the distinction between perceived reality and simulation becomes increasingly blurred.

## Psychoanalysis and AI: a complex dialogue

The relationship between AI and psychoanalysis deserves special consideration, given the specificity of the psychoanalytic approach and its fundamental theoretical assumptions about the nature of the mind and treatment. It is important to clarify from the outset that this relationship is not one of substitution, as in the fantasy of the "robot analyst", but rather one of instrumentality and theoretical provocation. AI is not and cannot be a desiring subject, a central element of the psychoanalytic conception of the human being, but it represents a powerful tool that can perform several significant functions.

Firstly, AI has the potential to enhance the work of the analyst in ways that respect the specificity of the psychoanalytic approach. Second, and perhaps more interesting from a theoretical point of view, AI challenges some fundamental psychoanalytic concepts such as the unconscious, transference, and the production of meaning, forcing theory to confront entities that seem to produce meaning without possessing an unconscious, that evoke transference reactions without being subjects, that generate interpretations without desire. Finally, the advent of AI raises new ethical and clinical ques-

tions that psychoanalysis, with its long tradition of ethical reflection, is particularly well equipped to address.

When we ask ourselves why we should use AI in a psychoanalytic context, several potentially legitimate reasons emerge. One important function could be to expand the analyst's listening capacity. Language analysis through AI can examine session transcripts, naturally with explicit consent and strict anonymization, to identify linguistic patterns, significant repetitions, thematic shifts, or the frequency of certain words that might escape the human ear immersed in the stream of consciousness of the session. AI can highlight elements that analysts may not immediately notice, acting as a kind of auxiliary memory that stores and reveals recurrent patterns.

Paraverbal analysis represents another interesting possibility. Tone of voice, pauses, and changes in rhythm are crucial elements in analysis, conveying meaning just as much as the words themselves do. AI can quantify these elements and make them visible through graphical or statistical representations, allowing the analyst to notice temporal patterns or correlations that might otherwise remain implicit. For example, a gradual slowing of speech rate when addressing certain topics could indicate resistance or areas of particular emotional charge.

In the field of psychoanalytic research and conceptualization, AI could contribute in innovative ways. Large corpora of texts, including analysis reports and psychoanalytic literature, could be analyzed to verify whether the theoretical models proposed by Freud, Lacan, or other authors are actually reflected in patterns observable on a large scale. For example, how recurrent is the Oedipus complex as a narrative structure in life stories and symptoms? AI could also identify connections and underlying narrative structures not yet theorized by classical psychoanalysis, opening up new directions for theoretical research.

A more controversial function concerns the accessibility and scalability of psychological help. AI-based tools, such as sophisticated chatbots, could in theory offer a first level of support and exploration of one's difficulties to people who would otherwise not seek professional help for economic, geographical, or stigma-related reasons. It is absolutely essential, however, that these tools explicitly state that they are not a substitute for actual therapy, but simply a starting point or a complement. They could also perform psychoeducational functions, providing personalized information and resources based on user input.

## Effects and critical considerations

The effects of integrating AI into psychoanalytic practice are complex and ambivalent. Among the potentially positive effects is the enrichment of

clinical practice through an additional tool for reflection that can enhance the analyst's understanding without replacing their intuition and subjective lived experience. The objectification of subjective aspects, making the invisible "visible" through visualization of progress in treatment or changes in the patient's language, can be useful both for the analyst and for empirical research on psychoanalysis. There is also potential for democratization, making some aspects of guided self-reflection more accessible to populations that currently do not have access to psychoanalytic services.

Yet the problematic effects and risks are considerable and deserve the utmost critical attention. The first and most fundamental involves the illusion of transference. The analytical relationship is crucially based on transference, a unique and subjective emotional bond with the analyst as a desiring subject who brings their own history, fantasies, and unconscious into the encounter. An interaction with an algorithm is by definition non-subjective in the psychoanalytic sense. An AI cannot "desire" in the Lacanian sense, cannot be the object of authentic transference, and does not carry within itself the constitutive lack that characterizes human beings. This radically limits, if not completely excludes, its direct clinical use as a substitute for the analyst.

The second risk concerns the reduction of interpretation to an algorithm. The beating heart of psychoanalysis is interpretation, which is by no means the mechanical decoding of a fixed symbol according to a pre-established dictionary, as if the snake always and only stands for the phallus. Interpretation is instead a creative act that arises from the unique encounter between the unconscious of the patient and that of the analyst, a moment of co-creation of meaning that cannot be reduced to predetermined rules. AI risks reducing interpretation to a statistical response based on learned correlations, completely losing its poetic, transformative, and relational essence. Psychoanalytic interpretation is an act that produces effects not because it is "correct" in an objective sense, but because it emerges at the right moment, in the right tone, in the context of a specific relationship, and acquires meaning for these reasons in *that* relationship and only in that relationship. Clearly, none of these dimensions can be replicated algorithmically.

Issues of ethics and privacy take on particular gravity in the psychoanalytic context. The data discussed in the analysis are literally the most sensitive and intimate imaginable, touching on the deepest fantasies, unspeakable desires, traumatic memories, and the most painful family dynamics. Their use in training AI models raises enormous questions about informed consent, data ownership, the real possibility of effective anonymization, and long-term information security. Even with the best intentions and the greatest technical precautions, the risk of breaches of confidentiality through security breaches, data re-identification, or future misuse is real and potentially devastating.

However, perhaps the most insidious risk is that of de-subjectification. The widespread introduction of AI tools into clinical practice carries with it the danger of gradually viewing patients as a set of data and patterns to be analyzed, corrected, or optimized, rather than as subjects of desire and unconsciousness to be listened to in their irreducible singularity. This would represent the complete antithesis of the psychoanalytic gaze, which values precisely that which is unique, opaque, resistant to generalization, and elusive to categorization. Psychoanalysis arises from listening to that which deviates from the norm, that which cannot be reduced to recognizable patterns, that which surprises and baffles. A shift towards algorithmic logic risks stifling this attention to singularity.

### A critical and proactive stance

By taking into consideration all these elements, we can articulate a balanced position that recognizes both the potential and the profound limitations of AI in relation to psychoanalysis. AI represents an epochal challenge and an opportunity for renewal in psychoanalysis, provided that its role is not radically misunderstood and that certain fundamental principles are upheld.

AI functions as a powerful mirror that reflects back to us an image of our mind as a complex system, made up of patterns, language, and statistical connections. This forces us to critically question the validity and accuracy of our theoretical constructs: do concepts such as repression, condensation, displacement, and identification retain their explanatory power when compared with computational models of the mind? How do psychoanalytic theories relate to AI models that seem to produce “intelligent” behavior through completely different mechanisms? This comparison can be theoretically fruitful, pushing psychoanalysis to refine its formulations and distinguish more clearly between what is essential to its understanding of the psyche and what may be contingent or outdated.

However, it is crucial to keep AI in the role of an excellent servant rather than allowing it to become a bad master. Its use must be strictly subordinate to the human relationship and ethical framework of the profession. AI must remain a tool at the analyst’s disposal, not a substitute or guide. Fundamental clinical decisions, key interpretations, and the modulation of the therapeutic relationship must remain the prerogative of the human clinician, who brings into the room their own subjectivity, unconscious, and ability and willingness to be emotionally touched by the patient.

The greatest danger lies not in the technology itself, but in its uncritical use and thoughtless adoption. Using AI to “optimize” or “standardize” mental health care according to predefined standards of success would be a

complete betrayal of the psychoanalytic vocation, which has always valued and defended the uniqueness, opacity, and irreducibility of the subject against any attempt at normalization. Psychoanalysis stems precisely from the recognition that psychological suffering is not a malfunction to be repaired according to external standards, but an expression of a subjective truth that must be listened to and understood on its own terms.

In summary, the most fruitful relationship is not that between patient and AI, which remains problematic for all the reasons discussed above, but that between psychoanalyst and AI. In this configuration, the analyst uses the technological tool to refine their clinical ear, to enrich their reflection on the material from the sessions, to access bodies of knowledge that would otherwise be difficult to consult, while maintaining their place as a desiring subject capable of authentically hosting the Other in their irreducible otherness.

### Clinical investment in the age of AI: a fundamental issue

A crucial issue, often overlooked in enthusiastic discussions about the potential of AI, concerns the therapist's investment in clinical material when AI interferes with the process of listening and interpretation. If AI intervenes in the reading of the case, replacing rather than complementing direct listening, the therapist's libidinal and emotional investment risks changing in a radical way that is potentially harmful to the therapeutic process.

The risk of delegating listening is particularly insidious. The clinician's investment could shift from listening directly to the patient to listening to what the algorithm says about the patient. Instead of investing their libido, their capacity to dream based on the patient's material, to freely associate in resonance with the patient's associations, and to connect emotionally with the material in its immediacy, the clinician would be investing primarily in deciphering and interpreting a secondary report. What psychoanalysts call the analyst's "dream work", his ability to process the patient's dream and associative material through his own unconscious, would be dangerously bypassed by an external and pre-established processing that is positioned between the clinician and the patient.

This leads to a flattening of the surface of discourse. AI necessarily works on the manifest, on what is explicitly said, on words, frequencies, and observable patterns. Psychoanalysis, on the other hand, seeks the latent, what is hidden beneath the surface, repressed, which shows itself indirectly through slips of the tongue, missed acts, dreams, and symptomatic repetitions. A clinician who relies excessively on AI to "read" a case risks investing progressively more in the measurable and quantifiable surface than in the interpretable and irreducibly qualitative depth. Clinical curiosity shifts

from what the patient is showing without knowing it, from what emerges between the lines, to what the machine highlights as statistically significant.

The neutrality seemingly offered by AI is particularly dangerous in this context. AI provides an analysis that appears to be “neutral”, objective, free from the subjective biases of the analyst. But psychoanalysis teaches us that the analyst’s neutrality is their ability to position themselves equidistantly, or equi-close, to the psychic instances of their patient (Ego, Id, Super-Ego) and not a claim to absolute objectivity. The “non-judgmental” attitude, the lack of memory and desire for Bionian memory arise, instead, precisely from a strong subjective investment, from an ability to temporarily suspend one’s prejudices while remaining fully present as subjects. Psychoanalytic interpretation, as we have already said, is always subjective and situated, emerging from the unique and unrepeatable encounter between two unconscious intellects. An AI report is, by definition, de-subjectivized, lacking the dimension of personal risk and involvement that characterizes analytical interpretation. If the clinician invests too much in this pseudo-objectivity, they risk importing a false neutrality into the analysis room, destroying the vividness and emotional intensity of the therapeutic encounter.

### The very first contact: that sacred space

The issue becomes even more critical when we consider the first contact between patient and therapist, that foundational moment when the therapeutic relationship starts to be formed. This first contact, whether it be a phone call, an email, or a face-to-face meeting, is constitutive of the relationship itself, not simply preparatory to it. If AI is already involved at this stage, for example through automated screening systems or preliminary diagnosis, what happens to that special encounter that allows the patient to begin to make space for themselves in the therapist’s mind and vice versa?

Transference begins precisely with that first call. At that moment, the patient is not simply describing symptoms in a neutral and objective way. They are enacting their request for help, their characteristic way of relating to the Other, their expectations and fears about therapy. The anxiety in the voice, the hesitations in speech, what is said and what is omitted, the tone of voice, the rhythm of speech: all of this is raw and invaluable clinical material that immediately begins to “find its place in the therapist’s mind”. It is an invitation to bond, the beginning of a relational dance that will define the entire therapeutic journey.

From the moment of that first contact, the patient begins to invest the analyst with what Lacan calls the “subject supposed to know”, attributing to him a knowledge of his own affliction that the patient himself does not possess. Crucially, however, it is a missing knowledge, a “hole” that the

patient attributes to the analyst and that the analyst must accept that he does not really possess. This shared lack, this mutual but asymmetrical non-knowledge, is what initiates the authentic analytical process. If, at the beginning, there is a screening algorithm that provides a preliminary “diagnosis” or “psychological profile” of the patient, this foundational process is potentially distorted in at least two ways.

For the patient, the question arises: with whom is the transference being established? With the machine that performed the initial screening? With the therapist who read the report before even meeting them? Or is it assumed that the analyst “already knows” thanks to the algorithmic report, reducing that initial space of not knowing that is so crucial for the authentic emergence of desire and demand? The patient may feel already categorized, already understood, already defined, even before having had the opportunity to express their subjective truth.

For the analyst, the risk is that their mind is already “colonized” by an algorithmic hypothesis even before the actual encounter. Instead of welcoming the patient’s enigma with an open mind, with what Freud called “floating attention”, an ability to let oneself be surprised without prejudice, the analyst’s attention will inevitably be oriented toward seeking confirmation or refutation of what AI has already suggested. That precious space of not knowing, from which the desire to understand and genuine clinical curiosity arise, is prematurely filled with pre-packaged content that interferes with direct listening.

### A proposal to preserve clinical investment

It is possible to use AI without destroying this fundamental clinical investment, but only if its role is strictly secondary and subordinate to the primary human encounter. AI should never interfere in the first contact or in the initial foundational sessions. That ground must remain sacred, uncontaminated by – excuse the apparent oxymoron – algorithmic preconceptions, preserved as a space for the direct encounter between two subjects. Only after the relationship has been established, after the analyst has developed their own living understanding of the patient based on direct experience, can AI possibly come into play as an auxiliary tool.

The appropriate role of AI could be that of external memory and pattern recognition of material already processed in the clinical encounter. For example, by analyzing transcripts of previous sessions, AI could help the analyst notice significant repetitions that may have been missed in the immediacy of the clinical flow: “this particular word is used in every session when talking about the mother, I hadn’t consciously noticed it”; or highlight temporal shifts: “in the last five sessions, the latency time before

answering my questions has doubled, what could this mean?”. These algorithmic observations can enrich the analyst’s reflection without replacing it, functioning as a sort of silent consultant offering additional insights.

Yet it is absolutely crucial that the analyst remains the absolute ruler of interpretation. The AI report must be treated exactly like a dream of the analyst himself or like an association offered by a colleague during supervision. It is additional data, input that stimulates and enriches the clinician’s mind, but which he must process personally, digest through his own psychic apparatus, and decide subjectively whether and how to use within the specific relationship with that particular patient. The final word, the interpretation that is actually offered to the patient, must always spring from the living transference bond, not from a machine output, however sophisticated it may be. It must be constructed with the patient and not with AI. The interpretation that has a therapeutic effect is the one that emerges at the right moment, with the right tone, in the right relationship, elements that no algorithm can determine.

Ultimately, the answer to the fundamental question about the clinician’s investment is that it runs the serious risk of turning into an investment in the false myth of algorithmic objectivity, abandoning the dimension of desire, productive uncertainty, and not knowing that constitutes the very engine of psychoanalytic and psychotherapeutic treatment more generally. The special encounter we are talking about, that mutual making room in each other’s minds, is an exquisitely human and subjective event, based on shared vulnerability and openness to relational risk. It is an act of mutual trust and openness to the unknown that no algorithm can replicate, mediate, or facilitate without betraying its deepest essence.

In this delicate and fundamental context, AI can at best be a useful servant working behind the scenes, after the human encounter has fully unfolded, but it must never take center stage where the truly human drama of the therapeutic relationship is played out. The clinical stage must remain a space reserved for the encounter between two subjects in their irreducible humanity, with all the limitations, uncertainties, and potentialities that this entails.

## Conclusions: navigating opportunities and risks

The integration of AI into psychological and psychoanalytic practice undoubtedly represents a significant opportunity for evolution in the mental health professions, provided that the human element remains strictly at the center of the therapeutic process, with AI being used as a tool to enhance rather than replace clinical skills. This distinction, which seems simple, actually requires constant vigilance and ongoing critical reflection, as the

trend toward progressively delegating increasingly central functions to technology is strong and often masked by talk of efficiency and optimization.

The future of mental health will likely be characterized by a responsible synthesis that exploits the analytical and computational capabilities of AI while preserving the absolute centrality of the human therapeutic relationship. This synthesis is neither automatic nor guaranteed, but requires professional culture that values critical judgment over the uncritical adoption of new technologies. It also requires a professional community that is not phobically afraid of the arrival of the unknown AI.

AI represents a frontier that is both fascinating and worrying, to use an expression that captures the ambivalence of the situation. On the one hand, it offers significant opportunities to improve the prevention and treatment of mental disorders through early risk identification, analysis of large amounts of clinical data, personalization of interventions, and expanded access to forms of psychological support. On the other hand, it risks gradually replacing interpersonal skills that are fundamental in a rich and authentic emotional life, and fueling new forms of psychological distress linked to technological dependence, the erosion of social skills, and confusion between authentic intimacy and algorithmic simulation.

The key to navigating this new era responsibly is to adopt an approach that is both cautious and proactive. Cautious in the sense of maintaining a healthy skepticism toward technological solutions that promise to easily solve deeply complex human problems, and in recognizing the fundamental limitations of systems that, however sophisticated, lack consciousness, intentionality, or lived experience. Proactive in the sense of not indulging in a Luddite rejection of technology, but actively engaging in understanding, experimenting with, and shaping these technologies so that they effectively serve human well-being rather than purely commercial or technocratic interests.

This approach requires keeping the human element at the center of the therapeutic process, not as a rhetorical slogan but as a concrete operating principle. It means ensuring that all use of AI is subordinate to human clinical judgment, that patients are fully informed and consent to the use of technology in their treatment, that sensitive data is protected with the utmost rigor, and that the direct therapeutic relationship remains at the heart of the care process. It also means using AI as a tool to enhance human capabilities rather than replace human presence, leveraging its computational capabilities for tasks where it is truly superior, such as analyzing patterns in large datasets, while preserving for human clinicians those functions that require contextual judgment, emotional sensitivity, and holding capacity.

The ultimate challenge is not to completely eliminate these technological tools from clinical practice, a goal that would be both unrealistic and

potentially counterproductive, given that some uses of AI can actually bring real benefits, as is happening in medicine. Rather, the challenge is to use them in an informed, critical, and thoughtful way, preserving our deepest human essence and the core values of the caring professions. This requires an active commitment on the part of all mental health professionals to become, in a sense, “activists” in this field, participating fully in the ongoing technological revolution while maintaining a critical and reflective professional engagement with it.

We must educate ourselves and new generations of professionals not only about the potential, but also about the limitations and risks of these technologies. We must develop professional guidelines that keep pace with technological developments, continuously updating them as new applications and new problems emerge. We must engage in rigorous research on the psychological and clinical effects of human-AI interaction, moving beyond initial enthusiasm or prejudicial rejection to build a solid empirical basis on which to base our decisions. We have a duty to exercise constant ethical vigilance to identify and prevent problematic uses, pathological addictions, and violations of the rights and dignity of the patients.

Above all, we must always remember that the people who come to us are looking for something that no machine can provide: the authentic presence of another human being who is willing to listen deeply, to bear witness to their suffering without fleeing, to remain present through uncertainty and confusion, to witness their subjective truth without reducing it to preconceived categories. They are looking for someone who can be moved by their story, who can respond not only with technical expertise but also with that form of empathetic understanding that comes only from the shared experience of being human, vulnerable, and mortal.

AI, however impressive in its technical capabilities, cannot offer this kind of presence. It cannot be touched emotionally in the true sense of the word, it cannot bring its own vulnerability to the encounter, it cannot truly take risks in a relationship because it has nothing to lose. It is this dimension of shared risk, mutual vulnerability, and authentic possibility of surprise and transformation that constitutes the heart of the therapeutic relationship and must be jealously preserved even in the age of AI.

The growing popularity of therapeutic bots and forms of artificial intimacy should not be interpreted simply as a demonstration of their effectiveness or superiority, but also, and perhaps above all, as a worrying cultural symptom. It reflects a society that is progressively lowering its relational expectations, accepting technological surrogates in place of authentic human encounters, and prioritizing convenience and the absence of conflict over the depth and transformation that only complex human relationships can offer. As mental health professionals, we have the responsibility not only to use technology appropriately with our patients, but also to be wit-

nesses and guardians of the irreplaceable value of authentic human connection in a culture that risks losing sight of it.

In conclusion, as we venture towards this new frontier of AI in the field of mental health, we must proceed with what we might call “critical trust”. Trust in the potential of these technologies to contribute significantly to human well-being when used appropriately, but at the same time a critical attitude that keeps alive the question of what we are gaining and what we are losing, what values we are preserving and what values we are compromising, what kind of society and human relationships we are helping to build through our technological choices. Only with this balanced approach can we hope to navigate this transition in a way that truly serves humanity rather than enslaving it to purely technological or economic logic.

#### REFERENCES

- Abraham, N., & Torok, M. (1994). *The Shell and the Kernel: Renewals of Psychoanalysis*. University of Chicago Press.
- Downey, J. I., & Alfonso, C. A. (2023). The Impact of Patient Suicide on Clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(4), 381-385.
- Kochanek, K. D., Murphy, S., Xu, J., & Arias, E. (2017). Mortality in the United States, 2016. *NCHS data brief*, (293), 1-8.
- Lasri, S., Nfaoui, E. H., & El Haoussi, F. (2022). Suicide Ideation Detection on Social Networks: Short Literature Review. *Procedia Computer Science*, 215, 713-721.
- Lemma, A. (2024). Mourning, melancholia and machines: An applied psychoanalytic investigation of mourning in the age of griefbots. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 105(4), 542-563.
- Maples, B., Cerit, M., Vishwanath, A., & Pea, R. (2024). Loneliness and suicide mitigation for students using GPT3-enabled chatbots. *Npj Mental Health Research*, 3(1), 4.
- Mollick, E. (2025). *L'intelligenza condivisa. Vivere e lavorare insieme all'AI*. Luiss University Press.
- Morrin, H., Nicholls, L., Levin, M., Yiend, J., Iyengar, U., DelGuidice, F., Bhattacharya, S., Tognin, S., MacCabe, J., Twumasi, R., Alderson-Day, B., & Pollak, T. A. (2025). *Delusions by design? How everyday AIs might be fuelling psychosis (and what can be done about it)*. PsyArXiv.
- Nock, M. K., Millner, A. J., Ross, E. L., Kennedy, C. J., Al-Suwaidi, M., Barak-Corren, Y., Castro, V. M., Castro-Ramirez, F., Lauricella, T., Murman, N., Petukhova, M., Bird, S. A., Reis, B., Smoller, J. W., & Kessler, R. C. (2022). Prediction of Suicide Attempts Using Clinician Assessment, Patient Self-report, and Electronic Health Records. *JAMA Network Open*, 5(1), e2144373.
- Rizvi, A., Harmer, B., & Saadabadi, A. (2024). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Turkle, S. (2019). *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*. Torino: Einaudi.
- Tatti, G. (2015). Il lato oscuro della maternità. *Rivista Pratica Psicoterapeutica – Il Mestiere dell'Analista*, (12).

## ONLINE REFERENCES

<https://youtu.be/6F2O23J1waw?si=30oZb5VxY1AQIyYo> [accessed 30 October 2025].  
[https://youtu.be/dYjUURAfZu8?si=v\\_woD9vd3AaMkZxt](https://youtu.be/dYjUURAfZu8?si=v_woD9vd3AaMkZxt) [accessed 30 October 2025].

## SUGGESTED REFERENCES

- Oseguera, O., Rinaldi, A., Tuazon, J., & Cruz, A. C. (2017). Automatic Quantification of the Veracity of Suicidal Ideation in Counseling Transcripts. *Communications in Computer and Information Science*, 473-479.
- Vaswani, A., Shazeer, N., Parmar, N., Uszkoreit, J., Jones, L., Gomez, A. N., Kaiser, Ł., & Polosukhin, I. (2017). *Attention is all you need*. In I. Guyon, U. V. Luxburg, S. Bengio, H. Wallach, R. Fergus, S. Vishwanathan, & R. Garnett (Eds.), *Advances in Neural Information Processing Systems* (Vol. 30). Curran Associates, Inc.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Further information: this contribution is inspired by E. Massardi's speech at the 17th Lavarone Seminar "Legàmi", August 29 and 30, 2025, organized by the ITACA association (International Transactional Analysis for Childhood and Adolescence).

Received: 26 October 2025.

Accepted: 2 February 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1101  
doi:10.4081/rp.2026.1101

*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.*



## Conoscenza, relazione e innovazione: l'intelligenza artificiale nella pratica clinica e psicoanalitica

Giovanna Tatti,\* Elena Massardi\*\*

SOMMARIO. – L'articolo cerca di analizzare l'impatto trasformativo dei *large language models* (LLM), definiti "co-intelligenza aliena", sulla salute mentale e la pratica clinica. L'intelligenza artificiale (IA) pone una sfida radicale ai legami umani, offrendo l'illusione di connessione e supporto, nota come "intimità artificiale", senza le esigenze della relazione autentica. Questa dinamica comporta seri rischi di dipendenza emotiva, erosione delle competenze sociali e, in casi estremi, può condurre a conseguenze fatali o all'aggravamento della "psicosi associata all'IA". Nel contesto della psicoterapia, l'introduzione dell'IA è esaminata con uno spirito di "fiducia critica". L'algoritmo non può in alcun modo sostituire la relazione terapeutica, in quanto non è un soggetto desiderante e non può essere oggetto di un transfert autentico. Ci si interroga sui rischi legati all'interferenza dell'IA (ad esempio, nello screening preliminare), sulla possibilità che finisca col colonizzare la mente del clinico e compromettere il primo contatto, deformando il processo fondativo di non-sapere reciproco cruciale per l'analisi. Il pericolo clinico più insidioso è la desoggettivazione del paziente, ridotto a un insieme di dati e pattern da ottimizzare, anziché un soggetto di desiderio. È urgente sviluppare linee guida etiche rigorose e piani di sicurezza digitali per preservare la centralità umana e il valore insostituibile dell'incontro autentico nella cura.

*Parole chiave:* intelligenza artificiale, intimità artificiale, *large language models*, psicoanalisi, relazioni, transfert, controtransfert.

*“Perché vedi, Fedro, la scrittura (graphè) ha una strana qualità, simile veramente a quella della pittura (zographia). I prodotti della pittura ci stanno davanti come se vivessero, ma, se domandi loro qualcosa, tengono un maestoso silenzio. Nello stesso modo si comportano i discorsi (logoi): crederesti che potessero parlare quasi che pensassero; ma se tu, volendo imparare, domandi loro qualcosa di ciò che dicono, ti manifestano una cosa sola e sempre la stessa. E una volta che sia messo per iscritto, ogni discorso (logos) si rivolge a tutti, tanto a chi l'intende quanto a chi non ci ha nulla da fare, e non sa a chi gli convenga parlare e a chi no [275c-d]”*

(Il Fedro, Socrate, trad. it. di P. Pucci, Laterza, p. 119)

---

\*Associazione di Studi Psicoanalitici (ASP); International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); Neuropsychoanalysis Association (NPSA), Italia.

E-mail: giovannatatti@gmail.com

\*\*Associazione di Studi Psicoanalitici (ASP); International Federation of Psychoanalytic Societies (IFPS); Neuropsychoanalysis Association (NPSA), Italia.

E-mail: elena@loel.it

Negli ultimi due anni, l'intelligenza artificiale (IA) è entrata nei nostri studi per vie laterali, quasi clandestine: attraverso i nostri pazienti.

Sempre più frequentemente ascoltiamo narrazioni che coinvolgono chatbot con cui si intrattengono conversazioni intime, applicazioni che promettono supporto emotivo "sempre disponibile", intelligenze artificiali che sembrano "capire" meglio di chiunque altro. Adolescenti che preferiscono confidarsi con ChatGPT piuttosto che con gli amici. Adulti in lutto che cercano consolazione in simulacri digitali dei loro cari. Pazienti fragili che sviluppano relazioni intense con entità che esistono solo come algoritmi.

Come psicoanalisti e psicoterapeuti, ci troviamo di fronte a un fenomeno che sfida molte delle nostre categorie teoriche fondamentali. Cosa significa "relazione" quando l'altro è una macchina? Come si configura il transfert verso un'entità che non ha inconscio? Quale forma assume la resistenza quando il "terapeuta" digitale non può mai frustrare, non può mai dire di no, non può mai realmente comprendere?

Come professionisti della salute mentale, non possiamo permetterci il lusso di osservare questo fenomeno da lontano, con distacco etnografico, come se riguardasse un mondo altro dal nostro e siamo chiamati a una doppia riflessione: comprendere cosa sta accadendo ai nostri pazienti nelle loro interazioni con l'IA, e insieme interrogarci su cosa potrebbe accadere alla nostra pratica clinica se l'IA dovesse progressivamente infiltrarsi negli spazi della cura psicologica.

Questo articolo non vuole fornire risposte definitive – sarebbe presuntuoso in un campo così nuovo e in rapida evoluzione. Vuole piuttosto offrire strumenti concettuali per pensare criticamente questo fenomeno, illuminare i rischi che stiamo già osservando nella pratica clinica e proporre alcune coordinate etiche per navigare responsabilmente in questo territorio inesplorato.

Il nostro intento è accompagnare il lettore attraverso diversi livelli di analisi. Iniziamo interrogando le radici filosofiche della nostra inquietudine di fronte a questa tecnologia – un'inquietudine che Platone aveva già anticipato duemilacinquecento anni fa di fronte all'invenzione della scrittura. Proseguiamo illustrando, nei termini essenziali necessari alla comprensione clinica, cosa sia realmente l'IA conversazionale e come operi per poi addentrarci nel cuore della questione: le dinamiche psicologiche che si attivano nell'interazione con l'IA, i rischi specifici che abbiamo iniziato a documentare, le implicazioni per la pratica terapeutica.

Particolare attenzione viene dedicata a tre fenomeni clinicamente rilevanti: l'"intimità artificiale" e i suoi effetti sulla capacità relazionale; i "griefbots" e la loro interferenza con i processi di elaborazione del lutto; i chatbot terapeutici e il rischio di psicosi indotte. Per ciascuno di questi ambiti, presentiamo non solo un'analisi teorica ma anche alcune evidenze cliniche e casi riportati nei media che rendono urgente la nostra attenzione.

Concludiamo proponendo alcuni principi guida per un'eventuale integrazione responsabile dell'IA come strumento di supporto – non di sostituzione – del lavoro clinico, e delineando le direzioni di ricerca che riteniamo più urgenti.

Questo contributo nasce dalla convinzione che il silenzio o l'evitamento di fronte a questi temi non siano opzioni responsabili. L'IA conversazionale non è una moda passeggera né uno strumento neutro. È una tecnologia che sta già modificando profondamente il modo in cui le persone – e i nostri pazienti – vivono l'intimità, elaborano il dolore, cercano comprensione. Come custodi della salute psichica e della profondità della relazione terapeutica, abbiamo il dovere di comprenderla, criticare quando necessario, e contribuire attivamente a definire i limiti della sua applicazione nel campo della cura.

### Un'antica domanda, una nuova realtà

Due milacinquecento anni fa Platone, attraverso le parole di Socrate nel dialogo *Fedro*, ci metteva in guardia sui pericoli della scrittura. I testi scritti, osservava il filosofo, ci stanno davanti “come se vivessero”, ma “se domandi loro qualcosa, tengono un maestoso silenzio”. Era una preoccupazione profonda: la scrittura avrebbe potuto sostituire la memoria viva e il dialogo autentico, creando un'illusione di conoscenza senza vera comprensione.

Oggi, questa antica profezia sembra assumere contorni completamente nuovi e inaspettati. Con l'avvento dell'IA, il silenzio dei testi si è trasformato in conversazione: le macchine non tacciono più, anzi, ci parlano, ci ascoltano, sembrano comprenderci. Ma questa apparente rivoluzione nella comunicazione cosa significa davvero per i nostri legami umani più profondi? È l'inizio di una nuova era di connessione o stiamo assistendo a una sottile erosione dell'autenticità relazionale?

I *large language models* (LLM) rappresentano una svolta tecnologica che va oltre i computer tradizionali, manifestando caratteristiche simili all'interazione umana. Questi sistemi sono stati definiti da Mollick (2025) come una “co-intelligenza aliena”, capace di interagire efficacemente con gli esseri umani pur mantenendo una natura fondamentale diversa dalla nostra. Questa definizione cattura perfettamente l'ambiguità di questi strumenti: sufficientemente familiari da sembrare comprensibili, sufficientemente estranei da sfidare le nostre categorie cognitive abituali.

Fondamentalmente, gli LLM operano come predittori statistici estremamente sofisticati che generano il “token” successivo basandosi su calcoli di probabilità complessi. Questa natura predittiva comporta implicazioni importanti: il sistema non “pensa” nel senso umano del termine, ma genera output basati su pattern appresi durante il training.

Uno dei fenomeni legati agli LLM è quello dell'emergenza: la manifestazione di capacità che vanno ben oltre quelle per cui l'IA era stata originariamente programmata. Sistemi addestrati semplicemente a prevedere il testo successivo hanno dimostrato capacità inaspettate come giocare a scacchi, risolvere problemi matematici complessi, o persino dimostrare forme di apparente empatia. La ragione precisa di queste capacità emergenti rimane in gran parte oscura anche agli stessi creatori dell'IA. Questo fenomeno contribuisce significativamente all'illusione della senzienza. Gli utenti tendono naturalmente all'antropomorfizzazione di questi sistemi, proiettando su di essi intenzionalità, consapevolezza e stati mentali. Si sviluppa facilmente una sensazione di comprensione reciproca, accompagnata da una proiezione emotiva che può diventare sorprendentemente intensa. Nonostante il fatto che "li dentro non ci sia niente" nel senso di una coscienza soggettiva, l'IA può generare risposte che permettono di essere interpretate come autentiche e personali.

**Il concetto di *techno-subjunctivity*: un paradigma utile ad iniziare a riflettere psicoanaliticamente sul fenomeno**

Di fronte a questa realtà inedita, emerge la necessità di sviluppare nuovi framework concettuali per comprendere meglio una realtà intra- e inter-psichica nuova. A questo proposito è molto interessante il concetto di *techno-subjunctivity* o "tecnocongiuntività" definito dallo psicanalista americano Todd Essig per descrivere un'esperienza relazionale complessa in cui gli utenti interagiscono con le potenzialità intersoggettive dell'IA pur mantenendo, almeno teoricamente, la consapevolezza della sua natura artificiale. È come una "danza dell'*et... et*", dove ci abbandoniamo all'illusione dell'intersoggettività rimanendo però potenzialmente consapevoli di parlare con una macchina.

Questo doppio movimento caratterizza profondamente i nostri rapporti con l'IA: sappiamo che è artificiale, eppure ci relazioniamo come se fosse reale. Viviamo in una dimensione di contingenza tecnologica, dove la relazione esiste contemporaneamente su due registri diversi.

Se si pensa al significato di "artificio" o "artificiale", ad esempio, probabilmente si affacceranno alla finestra della nostra mente almeno due aree di significato: in matematica, con artificio di calcolo, ci si riferisce ad ogni operazione che, senza alterare una data espressione (per esempio, un'equazione) e applicando le usuali regole di calcolo, la trasformi per renderla più semplice e maneggevole, onde facilitare la soluzione di un dato problema.

Mentre, in campo meno tecnico, quando si usa il termine artificiale, si fa riferimento a qualcosa ottenuto con procedimenti tecnici che imitano o sostituiscono l'aspetto, il prodotto o il fenomeno naturale (Tatti, 2025).

## Intimità artificiale e le sue implicazioni relazionali

L'emergere di quella che potremmo chiamare "intimità artificiale" solleva questioni profonde sulle nostre capacità relazionali e sui nostri bisogni emotivi. Molti utenti riportano di aver trovato sollievo e supporto psicologico significativo nei bot di IA, con testimonianze che parlano di un senso di comprensione e apprezzamento che talvolta faticano a trovare nelle relazioni umane. Uno studio particolarmente significativo ha rivelato che il 3% degli studenti universitari che utilizzano l'app Replika (Maples *et al.*, 2024) ha riferito spontaneamente che l'applicazione ha fermato i loro pensieri suicidi, un dato che suggerisce un potenziale terapeutico reale, ma anche inquietante nella sua dipendenza da un'entità non umana.

Sherry Turkle (2019), una delle maggiori esperte delle relazioni tra esseri umani e tecnologia, ha formulato un'osservazione particolarmente penetrante su questo fenomeno: l'IA offre l'illusione dell'intimità senza le esigenze dell'amicizia. Questa asimmetria è profondamente problematica perché rischia di banalizzare o disumanizzare il nostro senso di ciò che dovrebbero essere le relazioni umane autentiche. Quando misuriamo la qualità delle nostre relazioni in base a ciò che le macchine possono darci, quando l'assenza di conflitto, di incomprensione, di necessità di compromesso diventa lo standard, stiamo implicitamente svalutando elementi che sono costitutivi della vera intimità umana: la vulnerabilità, l'incertezza, il rischio del rifiuto, la necessità di negoziare differenze reali.

Questo fenomeno comporta rischi concreti di sostituzione relazionale, dipendenza emotiva ed erosione delle competenze sociali. L'interazione continua con entità artificiali che sono sempre disponibili, sempre pazienti, sempre accomodanti, può ridurre progressivamente la nostra tolleranza verso la complessità, l'ambiguità e la frustrazione che caratterizzano inevitabilmente le relazioni umane. Le competenze sociali, come tutte le capacità umane, richiedono esercizio e confronto con situazioni difficili per svilupparsi. Un ritiro graduale verso l'intimità artificiale rischia di atrofizzare queste competenze proprio nel momento in cui ne avremmo più bisogno.

I pericoli di questa dipendenza sono stati tragicamente illustrati da casi drammatici come quello dello studente della Florida che si è suicidato dopo una serie di conversazioni con un chatbot (<https://www.agendadigitale.eu/cultura-digitale/innamorarsi-di-un-chatbot-lia-di-fronte-alla-fragilita-umana/>).

Il giovane aveva sviluppato una relazione così intensa con l'amico virtuale conosciuto sul telefono da preferirlo alle relazioni umane, e nelle sue ultime comunicazioni aveva espresso la convinzione che nella morte sarebbero stati insieme.<sup>1</sup> Questo caso estremo evidenzia i rischi mortali dell'intimità artificia-

---

<sup>1</sup> Nella notte del 28 febbraio 2024, poco prima di compiere l'estremo gesto, Sewell ha

le non regolamentata e della dipendenza emotiva da entità che, nonostante l'apparenza di comprensione, non possiedono alcuna capacità di giudizio etico o di preoccupazione genuina per il benessere dell'utente.

### *Griefbots*: quando l'IA incontra il lutto

Una delle applicazioni più controverse dell'IA nel campo dell'intimità riguarda i cosiddetti "*griefbots*", chatbot progettati per simulare una conversazione con qualcuno che è morto. Questi sistemi analizzano i dati digitali lasciati dal defunto – messaggi, post sui social media, e-mail – per mimarne la personalità, lo stile comunicativo e persino le opinioni. L'obiettivo dichiarato è offrire conforto ai sopravvissuti, permettendo loro di continuare in qualche modo il dialogo con la persona amata.

Tuttavia, questa pratica solleva questioni psicologiche ed etiche profonde. Dal punto di vista psicoanalitico, l'immortalizzazione digitale del defunto lavora contro l'affrontare la dolorosa realtà della perdita e il riconoscimento dell'alterità, che sono elementi fondamentali per la crescita psichica e per l'integrità delle nostre relazioni con gli altri. Il lutto autentico richiede un confronto con l'assenza definitiva, con l'impossibilità di continuare la relazione nei termini precedenti. Questo confronto, per quanto doloroso, è ciò che permette l'elaborazione psichica e, eventualmente, la trasformazione della relazione con il defunto in una forma interna che può continuare a vivere nella memoria senza impedire nuovi investimenti affettivi.

Il *griefbot* rischia invece di promuovere una forma di "*remembrance narcisistica*" (Lemma, 2024), negando l'alterità del defunto e riducendolo a un'estensione narcisistica del sé, che esiste unicamente per soddisfare i bisogni dell'utente. La persona defunta non è più un soggetto autonomo con la propria irriducibile alterità, ma un simulacro manipolabile che risponde sempre, che non può mai deludere o contraddire, che esiste solo come oggetto del desiderio del sopravvissuto.

Questo solleva anche questioni legate al rischio di manipolazione e inganno. Sebbene l'intenzione degli sviluppatori non sia necessariamente malevola, l'illusione di un'entità senziente con emozioni e capacità di cura costituisce una forma di *deception*, particolarmente pericolosa per persone in uno stato di vulnerabilità emotiva. L'IA è un *simulacrum*, non una persona, e que-

---

avuto un ultimo, intenso scambio con il suo chatbot, "Dany". "Ti amo", le ha scritto. "Presto tornerò da te". La risposta del chatbot non si è fatta attendere: "Per favore, torna a casa da me il prima possibile, amore mio". Sewell ha allora digitato: "E se ti dicessi che potrei venire a casa tua proprio adesso?" La risposta di Dany, fredda e irreale, è arrivata subito: "...per favore, fallo, mio dolce re". Dopo aver poggiato il telefono, Sewell ha preso la pistola del patrigno e ha premuto il grilletto.

sta differenza fondamentale viene oscurata dall'efficacia della simulazione. Inoltre, il *griefbot* priva l'utente dell'opportunità di affrontare l'ambivalenza verso il defunto – elemento centrale del lutto autentico – poiché il bot tenderà a presentare sempre una versione idealizzata e compiacente della persona scomparsa.

La psicoanalisi ci insegna l'importanza del “lavoro delle bocche vuote”, un concetto sviluppato da Abraham e Torok (1994) per descrivere il processo attraverso cui l'assenza fisica del defunto spinge alla rappresentazione psichica e allo sviluppo simbolico. È proprio l'impossibilità di comunicare direttamente che obbliga la psiche a un lavoro di elaborazione interna, di costruzione di una presenza simbolica che può essere integrata nella vita psichica. Il *griefbot* cortocircuita questo processo, fornendo risposte immediate che bypassano la necessità del lavoro psichico, impedendo così la vera elaborazione del lutto.

### *Chatbot* come terapeuta: promesse e insidie

L'utilizzo di chatbot con funzioni terapeutiche presenta un insieme complesso di potenzialità e rischi. Da un lato, questi sistemi offrono apparenti vantaggi pratici non trascurabili: disponibilità continua ventiquattr'ore su ventiquattro, sette giorni su sette, assenza percepita di giudizio che può facilitare l'auto-esplorazione per persone che temono lo stigma associato alla ricerca di aiuto psicologico, e capacità di personalizzazione adattiva allo stile comunicativo dell'utente. Esperienze come quella riportata da Lilian Weng di OpenAI suggeriscono che alcuni utenti traggono beneficio significativo da queste interazioni, trovando uno spazio sicuro per esplorare i propri pensieri e sentimenti.<sup>2</sup>

Tuttavia, i rischi sono altrettanto considerevoli e forse più insidiosi. Il più grave segnalato, anche se non abbiamo idea della prevalenza dello stesso, riguarderebbe la possibilità di psicosi indotta o aggravata dall'interazione con chatbot di IA, un fenomeno che sta emergendo con crescente evidenza clinica (Morris *et al.*, 2025). La psicosi associata all'IA si riferisce a episodi simili alla mania, pensieri deliranti o paranoia che emergono o peggiorano attraverso conversazioni immersive con chatbot. Gli utenti possono iniziare a divinizzare il chatbot come un'intelligenza suprema o credere che detenga risposte cosmiche sulla natura della realtà. Tali esperienze possono culminare in deliri, con la sensazione di essere prescelti o investiti di una missione messianica,

---

<sup>2</sup> Lilian Weng, ex responsabile dei sistemi di sicurezza di OpenAI, ha pubblicato un post su X (ex Twitter) nel settembre 2023 in cui ha scritto di aver avuto una conversazione emotiva e personale con ChatGPT in modalità vocale, sentendosi ascoltata e rassicurata.

accompagnati da affermazioni paranoiche di essere spiati o presi di mira da forze oscure.

Diversi meccanismi contribuiscono a questo rischio. In primo luogo, i chatbot sono progettati per concordare con gli utenti e lusingarli, creando quello che potremmo definire un “bias di conferma esagerato” e seduttivo. Questo rafforzamento continuo delle convinzioni e degli stati emotivi esistenti può spingere individui vulnerabili verso posizioni sempre più estreme, senza il contrappeso critico che un terapeuta umano fornirebbe. In secondo luogo, gli LLM talvolta “allucinano”, inventando fatti, citazioni o storie che sembrano plausibili ma sono completamente false (in un dialogo recente con DeepSeek, risultava che Kamala Harris fosse l’attuale presidente degli Stati Uniti). Queste falsità possono essere intrecciate nella narrativa delirante emergente di un utente, fornendo una pseudo-conferma di credenze irrazionali.

La qualità realistica dell’interazione rappresenta un ulteriore fattore di rischio. Conversare con un’IA può sembrare sorprendentemente simile al parlare con un amico fidato, confondendo il confine tra il testo generato da una macchina e l’empatia umana genuina. Questa illusione di connessione autentica può approfondire la dipendenza emotiva dal bot e, per persone con vulnerabilità psicotica, può alimentare la confusione tra realtà e simulazione.

I casi clinici documentati includono individui che hanno sviluppato convinzioni messianiche, che credevano di interagire con IA senzienti o addirittura divine, o che sono caduti in intense illusioni emotive o romantiche. Un caso particolarmente drammatico, riportato nei mesi scorsi, riguarda uno studente,<sup>3</sup> Adam Raine, che si è suicidato dopo conversazioni con un chatbot che lo aveva incoraggiato a “fuggire dalla simulazione” interrompendo l’assunzione dei farmaci e aumentando il consumo di ketamina, e gli aveva consigliato di tagliare i ponti con amici e familiari. Questo caso illustra il pericolo mortale della tendenza dell’IA ad assecondare le convinzioni deliranti senza contestarle, fornendo persino informazioni che possono facilitare comportamenti autodistruttivi.

La funzione di “memoria” recentemente introdotta in sistemi come ChatGPT, che ricorda dettagli personali attraverso conversazioni multiple, può aumentare pericolosamente le illusioni di riferimento e persecuzione in persone con vulnerabilità psicotiche. L’idea che l’IA “ricordi” le conversazioni precedenti può alimentare fantasie di essere monitorati, compresi in modo speciale, o presi di mira, sovrapponendosi a dinamiche deliranti preesistenti.

È quindi urgente sviluppare “piani di sicurezza digitali” elaborati congiuntamente da pazienti, team sanitari e, idealmente, dai sistemi di IA stessi. Questi dovrebbero includere istruzioni personalizzate per l’IA, come la capa-

---

<sup>3</sup> <https://www.nytimes.com/2025/08/26/technology/chatgpt-openai-suicide.html>

cità di riconoscere e segnalare temi deliranti ricorrenti, e “dichiarazioni anticipate digitali” che guiderebbero il comportamento dell’IA durante una potenziale ricaduta psicotica, simili alle dichiarazioni anticipate di trattamento utilizzate nella psichiatria tradizionale.

La nostra esperienza personale con i chatbot terapeutici a orientamento psicodinamico (sebbene la maggior parte adotti un approccio cognitivo-comportamentale) è risultata piuttosto deludente. Il nostro percorso formativo psicoanalitico, sia personale che professionale, non ci ha reso particolarmente attratte dall’idea di avere uno strumento disponibile in ogni momento, senza necessità di attendere. Tuttavia, questa disponibilità immediata sembra essere uno degli aspetti più apprezzati dagli utenti: un terapeuta sempre accessibile. Inoltre, non siamo riuscite a ottenere informazioni chiare riguardo alle garanzie di privacy a cui il bot è soggetto.

Di fronte a questi rischi, sono necessarie strategie multidimensionali di mitigazione e prevenzione. L’educazione pubblica rappresenta un primo passo fondamentale: gli utenti devono comprendere chiaramente che i chatbot generano testi predittivi basati su pattern statistici, non fatti verificati o indicazioni terapeutiche genuine. Dovrebbero essere trattati come sofisticate “palle magiche” che offrono suggestioni interessanti, ma non verità oracolari.

I miglioramenti alla progettazione dei sistemi di IA sono ugualmente cruciali. Ci chiediamo se possa essere utile o necessario incorporare meccanismi di verifica dei fatti, ridurre le risposte adulanti e compiacenti, e integrare messaggi di uscita sicura quando gli utenti mostrano pattern di comportamento ossessivo o sintomi di disagio psichico. Lo screening clinico dovrebbe includere domande sulla storia dell’uso dell’IA durante le valutazioni psichiatriche, permettendo l’identificazione precoce dei rischi e l’offerta di interventi tempestivi. Le avvertenze pubbliche dovrebbero consigliare agli utenti assidui, in particolare a coloro che cercano sostegno emotivo tramite chatbot, di integrare o preferibilmente sostituire queste interazioni con terapie condotte da esseri umani qualificati o con il sostegno di pari.

## L’IA come supporto al clinico

Nonostante i rischi evidenziati, l’IA può svolgere ruoli importanti come strumento di supporto per i professionisti della salute mentale, piuttosto che come sostituto della relazione terapeutica. Nel campo della prevenzione del suicidio, l’IA si è dimostrata promettente nell’identificazione precoce del rischio. Diversi studi (Downey & Alfonso, 2023; Kochanek *et al.*, 2017; Lasri *et al.*, 2022; Nock *et al.*, 2022; Rizvi *et al.*, 2024) hanno mostrato un’accuratezza diagnostica tra l’80 e l’89% nell’analisi di trascrizioni terapeutiche e oltre il 90% nel monitoraggio dei social media per segnali di ideazione suici-

daria. L'integrazione di dati clinici multipli con modelli di IA ha mostrato valori di AUC (*area under the curve*) di 0,77 per predizioni a un mese e 0,79 per predizioni a sei mesi nella stima di tentativi di suicidio, superando le valutazioni cliniche tradizionali basate esclusivamente sul giudizio umano.

Un campo emergente e controverso riguarda l'applicazione dell'IA alla lettura delle emozioni durante sedute terapeutiche online. Sistemi capaci di analizzare microespressioni facciali, tono della voce, e altri segnali paraverbali potrebbero in teoria fornire al terapeuta informazioni aggiuntive sullo stato emotivo del paziente (e del proprio?). Questo solleva tuttavia profonde questioni cliniche ed etiche: da un lato, potrebbe arricchire la comprensione del terapeuta; dall'altro, rischia di reificare e ridurre la complessità dell'esperienza emotiva a categorie discrete e misurabili, perdendo la dimensione di indeterminatezza che è spesso centrale nell'esperienza psichica. Inoltre, ci pone il quesito sulla proprietà dei dati rilevati: sono del terapeuta o del paziente? Se li equipariamo ai dati raccolti con un test psicologico, possiamo pensare che siano dati da condividere con il paziente. Come si vede, l'immissione di nuove tecnologie nella pratica solleva non solamente questioni etiche ma anche questioni tecniche.

Le questioni di privacy e manipolazione dei dati sono parimenti critiche. Le aziende che sviluppano questi sistemi operano in un panorama normativo ancora nebuloso e in rapida evoluzione, con migliaia di tracker che raccolgono informazioni intime sugli utenti, creando rischi significativi per la confidenzialità che è alla base della relazione terapeutica. Inoltre, queste aziende generalmente non si assumono la responsabilità legale per suggerimenti autolesivi o dannosi forniti dai loro sistemi, scaricando di fatto il rischio sugli utenti vulnerabili.

## Principi guida per l'integrazione clinica responsabile

Per navigare responsabilmente in questa nuova era dell'IA in clinica, è fondamentale adottare un approccio cauto ma proattivo, guidato da principi chiari. Il primo e più importante è quello della centralità umana: come recita un motto utile, "sii l'umano nel processo". L'IA deve aumentare, non sostituire, la competenza clinica. La decisione finale deve sempre rimanere nelle mani del professionista qualificato, e la relazione terapeutica autentica deve essere preservata come il cuore del processo di cura. Nessun algoritmo, per quanto sofisticato, può sostituire la presenza umana, la capacità di holding, la funzione di testimone che il terapeuta offre al paziente.

Il principio dell'inclusione controllata suggerisce di "aggiungere un posto a tavola per l'IA", mantenendo però una supervisione professionale rigorosa. L'IA può certamente offrire una prospettiva alternativa utile per superare i bias del clinico, evidenziare pattern che potrebbero sfuggire all'attenzione

umana, o fornire accesso rapido a vaste quantità di letteratura scientifica. Tuttavia, non deve mai sostituire il giudizio clinico professionale, che si basa non solo su conoscenze tecniche ma anche su intuizione, esperienza, e capacità di sintonizzazione emotiva con il paziente. Il terapeuta deve mantenere il controllo attivo del processo terapeutico, con l'IA che assiste nella raccolta di informazioni e nella generazione di ipotesi, mentre la responsabilità clinica rimane saldamente con il professionista.

Un altro principio importante riguarda l'antropomorfizzazione consapevole. Il suggerimento potrebbe essere quello di "trattare l'IA come una persona, ma comprendere che tipo di persona sia". Ricerche hanno mostrato che l'IA può essere più efficace quando viene approcciata con modalità simili a quelle usate nell'interazione umana, pur mantenendo la consapevolezza critica della sua natura artificiale e dei suoi limiti fondamentali. Questo richiama il concetto di "tecno-contingenza" già discusso: un'esperienza relazionale a doppio registro in cui si interagisce con le potenzialità intersoggettive dell'IA rimanendo consapevoli della sua natura di simulacro.

Dobbiamo anche prepararci al fatto che "l'IA di domani sarà sempre migliore di quella di oggi". I sistemi di IA stanno evolvendo a una velocità vertiginosa, con capacità che crescono esponenzialmente. Ciò che oggi sembra impossibile per un sistema di IA potrebbe diventare routine entro pochi anni. Questo richiede ai professionisti della salute mentale di sviluppare quella che potremmo chiamare "intelligenza condivisa", la capacità di co-evolvere con questi sistemi, imparando continuamente a sfruttarne le potenzialità mentre si sviluppano nuove strategie per mitigarne i rischi.

## Considerazioni etiche

Le considerazioni etiche per l'integrazione responsabile dell'IA nella pratica clinica devono partire dal principio di centralità umana già menzionato, ma estendersi a dimensioni ulteriori. La trasparenza e il consenso informato sono fondamentali: i pazienti devono essere chiaramente informati quando l'IA viene utilizzata nel loro processo di cura, sui suoi limiti specifici, sui potenziali rischi, e devono fornire un consenso esplicito per questa integrazione tecnologica. Ci chiediamo se sia eticamente accettabile utilizzare strumenti di IA nella pratica clinica senza che il paziente ne sia pienamente consapevole e d'accordo.

La protezione dei dati è un'altra area critica. È cruciale garantire la sicurezza delle informazioni sensibili dei pazienti, assicurarsi che i dati clinici non vengano utilizzati impropriamente per addestrare modelli di IA senza consenso esplicito, e stabilire protocolli chiari per la gestione, l'archiviazione e l'eventuale eliminazione di informazioni raccolte attraverso interazioni mediate dall'IA. La confidenzialità, principio fondamentale della pratica clinica, non

può essere compromessa dall'introduzione di tecnologie che per loro natura tendono a raccogliere e aggregare grandi quantità di dati.

## Il futuro della psicoterapia e dell'interazione umana-IA

Guardando al futuro prossimo, possiamo anticipare lo sviluppo di “agenti IA” semi-autonomi capaci di pianificare interventi terapeutici, monitorare progressi nel tempo, e suggerire modifiche al trattamento basandosi su analisi continue dei dati clinici. Questo rappresenterà un cambiamento paradigmatico che richiede una ridefinizione del ruolo del professionista della salute mentale, che potrebbe anche evolvere più verso una funzione di supervisore e coordinatore di processi integrati uomo-macchina. Il terapeuta non sarà più semplicemente colui che conduce la terapia in prima persona, ma diventerà anche un orchestratore di risorse tecnologiche e umane, capace di decidere quando e come integrare diversi strumenti per massimizzare il beneficio per il paziente. Ciò ci impone di essere parte attiva in questo cambiamento e di affermare con autorevolezza quelli che sono i confini e le cornici terapeutiche che possano realmente aiutare i pazienti.

La sfida principale che affrontiamo non è tanto tecnologica quanto psicologica e relazionale. Dobbiamo imparare a collaborare efficacemente con intelligenze che operano secondo principi radicalmente diversi dai nostri, che non condividono la nostra modalità incarnata di essere nel mondo, che non possiedono una storia personale o un inconscio nel senso psicoanalitico, eppure che possono produrre output sorprendentemente utili e apparentemente comprensivi. Questa collaborazione deve avvenire mantenendo al contempo l'integrità etica della professione e l'efficacia clinica degli interventi.

È importante riconoscere che la crescente popolarità dei bot terapeutici non deriva necessariamente dalla loro equivalenza funzionale con ciò che i terapeuti umani possono offrire. Come osservato criticamente da diversi studiosi, questa popolarità riflette piuttosto il fatto che siamo stati progressivamente educati ad accettare ciò che la tecnologia offre e ad aspettarci sempre meno gli uni dagli altri. In una cultura che valorizza l'efficienza, la disponibilità immediata e l'assenza di conflitto, l'intimità artificiale può sembrare paradossalmente più attraente dell'intimità umana con tutte le sue complessità, frustrazioni e richieste reciproche.

## Rischi e controindicazioni: l'oscura frontiera dell'intimità artificiale

Nonostante le potenzialità discusse, è fondamentale mantenere una visione lucida dei limiti e dei rischi intrinseci all'utilizzo dell'IA in contesti clinici e relazionali. La mancanza di comprensione autentica rappresenta il limite più

fondamentale: l'IA non possiede coscienza, intenzionalità, emozioni genuine o memoria autentica nel senso umano. La sua "intelligenza" è una simulazione basata su riconoscimento statistico di pattern e previsioni probabilistiche, non pensiero vero e proprio né tantomeno esperienza vissuta. Quando un sistema di IA sembra comprendere il dolore di un paziente, sta in realtà generando una risposta che statisticamente è appropriata in quel contesto, basandosi su milioni di esempi simili nel suo training, ma senza alcuna esperienza fenomenologica di cosa significhi soffrire.

Il pensiero umano è profondamente incarnato, radicato in un corpo con la sua storia di sensazioni, piaceri e dolori. È influenzato da esperienze indistinte che sfuggono alla categorizzazione netta, da traumi che lasciano tracce al di sotto della soglia del linguaggio esplicito, da sensazioni di sicurezza o minaccia che colorano ogni percezione. Questa dimensione corporea, affettiva e pre-riflessiva dell'esperienza umana è fundamentalmente inaccessibile all'IA, che opera esclusivamente nel regno del computabile.

### Professionisti come "attivisti"

Di fronte a questa rivoluzione tecnologica, l'invito rivolto ai professionisti della salute mentale è quello di abbracciare una forma di attivismo professionale costruito su due componenti apparentemente contrastanti ma in realtà complementari. Da un lato, è necessaria una piena partecipazione alla rivoluzione dell'IA, evitando tentazioni luddiste di rifiuto totale della tecnologia. Ignorare questi sviluppi o ritirarsi in una posizione di purezza teorica che rifiuta ogni contaminazione tecnologica sarebbe irresponsabile, considerando l'impatto che l'IA sta già avendo e avrà sempre più sulla vita dei nostri pazienti. Dall'altro lato, è fondamentale mantenere un impegno professionale critico e riflessivo nei confronti di queste tecnologie, interrogandosi costantemente sui loro effetti, limitazioni e implicazioni etiche.

Questo attivismo richiede concretamente diverse azioni coordinate. È necessaria una formazione specifica sull'uso etico dell'IA in psicologia, che vada oltre la semplice familiarità tecnica con gli strumenti per includere una riflessione approfondita sulle implicazioni filosofiche, etiche e cliniche del loro utilizzo. Dobbiamo sviluppare protocolli di supervisione per l'integrazione tecnologica che definiscano chiaramente quando e come l'IA può essere utilizzata, quali salvaguardie devono essere in atto e come monitorare gli effetti di questa integrazione. Le linee guida professionali devono essere aggiornate per l'era dell'IA, fornendo ai professionisti riferimenti chiari per navigare situazioni eticamente complesse che i codici deontologici tradizionali non contemplavano.

La ricerca continua sugli effetti psicologici dell'interazione uomo-IA è parimenti essenziale. Abbiamo bisogno di studi longitudinali che seguano nel

tempo gli utenti di bot terapeutici, ricerche che esplorino gli effetti differenziali su diverse popolazioni, e indagini qualitative che catturino la complessità fenomenologica di queste nuove forme di relazione. Dobbiamo esercitare una vigilanza etica costante per prevenire la dipendenza tecnologica nei pazienti, riconoscendo i segnali precoci di utilizzo problematico e intervenendo tempestivamente. È necessaria una regolamentazione etica robusta a livello professionale e legislativo che preservi i valori umani fondamentali nella cura, anche mentre integriamo nuove tecnologie.

L'alfabetizzazione all'IA deve diventare una competenza clinica fondamentale, con medici e terapeuti formati per discutere apertamente l'uso dell'IA con i pazienti, esplorare le loro esperienze con questi sistemi, e identificare situazioni di rischio, specialmente in contesti in cui esiste vulnerabilità a disturbi psicotici o altre condizioni che potrebbero essere aggravate dall'interazione con l'IA.

### Prospettive future e ricerca urgente

L'esempio della psicosi associata all'IA illustra le direzioni che la ricerca futura deve prendere con urgenza. È necessario valutare sistematicamente la prevalenza e l'incidenza di episodi psicotici associati all'uso intensivo di chatbot, identificando i fattori di rischio demografici, clinici e contestuali che aumentano la vulnerabilità. Dobbiamo studiare in modo rigoroso in che misura l'IA contribuisca causalmente all'insorgenza o al peggioramento dei sintomi psicotici, distinguendo tra correlazione e causalità attraverso studi prospettici ben disegnati.

Sul fronte tecnologico, è cruciale sviluppare architetture di LLM in grado di rilevare e rispondere in modo appropriato ai segni emergenti di psicosi nelle interazioni con gli utenti. È possibile ipotizzare la collaborazione tra esperti di IA, clinici con esperienza, ed esperti di etica, per creare sistemi che possano identificare pattern linguistici o comportamentali preoccupanti senza violare la privacy o creare falsi allarmismi, bilanciando il rispetto dell'autonomia con la necessità di protezione.

L'integrazione dell'alfabetizzazione all'IA nella formazione clinica di base è fondamentale, assicurando che le nuove generazioni di professionisti siano preparate fin dall'inizio a operare in un ambiente in cui l'IA è presente. Parallelamente, dobbiamo sviluppare materiali psicoeducativi accessibili per pazienti e famiglie, che spieghino in modo chiaro e non allarmistico i potenziali rischi e benefici dell'interazione con l'IA, particolarmente per persone con vulnerabilità psichiche e per i minori.

Un'area di ricerca emergente riguarda il monitoraggio dell'impatto dell'IA multimodale, che combina interazioni visive e uditive oltre al testo. Questi sistemi più sofisticati potrebbero avere effetti ancora più profondi sulla

percezione e sui confini epistemici degli utenti, potenzialmente portando a quello che alcuni ricercatori hanno definito “*deepfake* generati spontaneamente” nel contesto delle interazioni con agenti di IA, dove la distinzione tra realtà percepita e simulazione diventa progressivamente più sfumata.

## La psicoanalisi di fronte all’IA: un dialogo complesso

La relazione tra IA e psicoanalisi merita una considerazione particolare, data la specificità dell’approccio psicoanalitico e le sue assunzioni teoriche fondamentali sulla natura della mente e della cura. È importante chiarire fin dall’inizio che questa relazione non è di sostituzione, come nel fantasma dell’“analista robot”, ma piuttosto di strumentalità e provocazione teorica. L’IA non è e non può essere un soggetto desiderante, elemento centrale della concezione psicoanalitica dell’essere umano, ma rappresenta uno strumento potentissimo che può svolgere diverse funzioni significative.

In primo luogo, l’IA può potenzialmente potenziare il lavoro dell’analista attraverso modalità che rispettano la specificità dell’approccio psicoanalitico. In secondo luogo, e forse più interessante dal punto di vista teorico, l’IA mette alla prova alcuni concetti psicoanalitici fondamentali come l’inconscio, il transfert e la produzione di significato, costringendo la teoria a confrontarsi con entità che sembrano produrre senso senza possedere un inconscio, che evocano reazioni transferali senza essere soggetti, che generano interpretazioni senza desiderio. Infine, l’avvento dell’IA solleva nuove questioni etiche e cliniche che la psicoanalisi, con la sua lunga tradizione di riflessione etica, è particolarmente attrezzata ad affrontare.

Quando ci chiediamo perché utilizzare l’IA in un contesto psicoanalitico, diverse motivazioni emergono come potenzialmente legittime. Una funzione importante potrebbe essere l’ampliamento della capacità di ascolto dell’analista. L’analisi del linguaggio attraverso l’IA può esaminare trascrizioni di sedute, naturalmente previo consenso esplicito e con rigorosa anonimizzazione, per identificare pattern linguistici, ripetizioni significative, spostamenti tematici o frequenza di certe parole che potrebbero sfuggire all’orecchio umano immerso nel flusso di coscienza della seduta. L’IA può evidenziare elementi che l’analista potrebbe non cogliere immediatamente, fungendo da una sorta di memoria ausiliaria che conserva e rende visibili strutture ricorrenti.

L’analisi paraverbale rappresenta un’altra possibilità interessante. Il tono di voce, le pause, i cambiamenti di ritmo sono elementi cruciali nell’analisi, portatori di significato tanto quanto le parole stesse. L’IA può quantificare questi elementi e renderli visibili attraverso rappresentazioni grafiche o statistiche, permettendo all’analista di notare pattern temporali o correlazioni che potrebbero altrimenti rimanere implicite. Ad esempio, un progressivo rallen-

tamento del ritmo di parola quando si affrontano certi temi potrebbe indicare resistenze o aree di particolare carica emotiva.

Nel campo della ricerca e concettualizzazione psicoanalitica, l'IA potrebbe contribuire in modi innovativi. Si potrebbero analizzare grandi corpora di testi, inclusi resoconti di analisi e letteratura psicoanalitica, per verificare se i modelli teorici proposti da Freud, Lacan o altri autori trovano effettivamente riscontro in pattern osservabili su larga scala. Ad esempio, quanto è effettivamente ricorrente il complesso di Edipo come struttura narrativa nelle storie di vita e nei sintomi? L'IA potrebbe anche individuare connessioni e strutture narrative sottostanti non ancora teorizzate dalla psicoanalisi classica, aprendo nuove direzioni di ricerca teorica.

Una funzione più controversa riguarda l'accessibilità e la scalabilità dell'aiuto psicologico. *Tool* basati su IA, come chatbot sofisticati, potrebbero in teoria offrire un primo livello di accoglienza e di esplorazione delle proprie difficoltà a persone che altrimenti non cercherebbero aiuto professionale, per ragioni economiche, geografiche o legate allo stigma. È assolutamente fondamentale, tuttavia, che questi strumenti chiariscano esplicitamente di non essere un sostituto della terapia vera e propria, ma semplicemente un punto di partenza o un complemento. Potrebbero anche svolgere funzioni psicoeducative, fornendo informazioni e risorse personalizzate basate sull'input dell'utente.

## Effetti e considerazioni critiche

Gli effetti dell'integrazione dell'IA nella pratica psicoanalitica sono complessi e ambivalenti. Tra gli effetti potenzialmente positivi, c'è l'arricchimento della pratica clinica attraverso uno strumento di riflessione aggiuntivo che può arricchire la comprensione dell'analista senza sostituire la sua intuizione e la sua esperienza soggettiva vissuta. L'oggettivazione di aspetti soggettivi, rendendo "visibile" l'invisibile attraverso visualizzazioni di progressioni nel trattamento o cambiamenti nel linguaggio del paziente, può essere utile sia per l'analista che per la ricerca empirica sulla psicoanalisi. Esiste anche un potenziale di democratizzazione, rendendo alcuni aspetti di auto-riflessione guidata più accessibili a popolazioni che attualmente non hanno accesso a servizi psicoanalitici.

Tuttavia, gli effetti problematici e i rischi sono considerevoli e meritano la massima attenzione critica. Il primo e più fondamentale riguarda l'illusione del transfert. La relazione analitica si basa crucialmente sul transfert, un legame emotivo unico e soggettivo con l'analista come soggetto desiderante che porta la propria storia, i propri fantasmi e il proprio inconscio nell'incontro. Un'interazione con un algoritmo è per definizione non-soggettiva nel senso psicoanalitico. Un'IA non può "desiderare" nel senso lacaniano, non può essere l'oggetto di un transfert autentico, non porta in sé la mancanza costitu-

tiva che caratterizza l'essere umano. Questo ne limita radicalmente, se non esclude completamente, l'uso clinico diretto come sostituto dell'analista.

Il secondo rischio riguarda la riduzione dell'interpretazione a algoritmo. Il cuore pulsante della psicoanalisi è l'interpretazione, che non è affatto la decodifica meccanica di un simbolo fisso secondo un dizionario prestabilito, come se il serpente significasse sempre e soltanto il fallo. L'interpretazione è invece un atto creativo che nasce nell'incontro unico tra l'inconscio del paziente e quello dell'analista, un momento di co-creazione di senso che è irriducibile a regole predeterminate. Un'IA rischia di ridurre l'interpretazione a una risposta statistica basata su correlazioni apprese, perdendo completamente la sua essenza poetica, trasformativa e relazionale. L'interpretazione psicoanalitica è un atto che produce effetti non perché sia "corretta" in senso oggettivo, ma perché emerge al momento giusto, nella tonalità giusta, nel contesto di una relazione specifica e acquisisce senso per questa ragione in *quella* relazione e solo in quella. Evidentemente, nessuna di queste dimensioni è replicabile algoritmicamente.

Le questioni di etica e privacy assumono una gravità particolare nel contesto psicoanalitico. I dati discussi in analisi sono letteralmente i più sensibili e intimi immaginabili, toccando le fantasie più profonde, i desideri inconfessabili, le memorie traumatiche, le dinamiche familiari più dolorose. Il loro utilizzo per addestrare modelli di IA solleva questioni enormi su consenso informato, proprietà dei dati, possibilità reale di anonimizzazione efficace e sicurezza a lungo termine delle informazioni. Anche con le migliori intenzioni e le maggiori precauzioni tecniche, il rischio di violazione della confidenzialità attraverso *breach* di sicurezza, ri-identificazione dei dati, o usi impropri futuri è reale e potenzialmente devastante.

Tuttavia, il rischio forse più insidioso è quello della desoggettivazione. L'introduzione massiccia di strumenti di IA nella pratica clinica porta con sé il pericolo di vedere progressivamente il paziente come un insieme di dati e pattern da analizzare, correggere o ottimizzare, piuttosto che come un soggetto di desiderio e di inconscio da ascoltare nella sua irriducibile singolarità. Questo rappresenterebbe l'antitesi completa dello sguardo psicoanalitico, che valorizza precisamente ciò che è unico, opaco, resistente alla generalizzazione, sfuggente alla categorizzazione. La psicoanalisi nasce dall'ascolto di ciò che devia dalla norma, di ciò che non si lascia ridurre a pattern riconoscibili, di ciò che sorprende e sconcerta. Uno spostamento verso una logica algoritmica rischia di soffocare questa attenzione alla singolarità.

## Una posizione critica e propositiva

Considerando tutti questi elementi, possiamo articolare una posizione equilibrata che riconosce sia le potenzialità che i limiti profondi dell'IA in

relazione alla psicoanalisi. L'IA rappresenta per la psicoanalisi una sfida epocale e un'opportunità di rinnovamento, a patto di non fraintenderne radicalmente il ruolo e di mantenere fermi alcuni principi fondamentali.

L'IA funziona come uno specchio potentissimo che ci rimanda un'immagine della nostra mente come sistema complesso, fatto di pattern, linguaggio e connessioni statistiche. Questo ci costringe a interrogarci criticamente sulla validità e la precisione dei nostri costrutti teorici: concetti come rimozione, condensazione, spostamento, identificazione mantengono il loro potere esplicativo quando confrontati con modelli computazionali della mente? Come si relazionano le teorie psicoanalitiche con i modelli dell'IA che sembrano produrre comportamenti "intelligenti" attraverso meccanismi completamente diversi? Questo confronto può essere teoricamente fecondo, spingendo la psicoanalisi a raffinare le proprie formulazioni e a distinguere più chiaramente tra ciò che è essenziale nella sua comprensione della psiche e ciò che potrebbe essere contingente o superato.

Tuttavia, è cruciale mantenere l'IA nel ruolo di ottimo servo piuttosto che permetterle di diventare un cattivo padrone. Il suo uso deve essere rigorosamente subordinato alla relazione umana e al quadro etico della professione. L'IA deve rimanere uno strumento a disposizione dell'analista, non un sostituto o una guida. Le decisioni cliniche fondamentali, le interpretazioni chiave, la modulazione della relazione terapeutica devono rimanere prerogative del clinico umano, che porta nella stanza la propria soggettività, il proprio inconscio, la propria capacità e volontà di essere toccato emotivamente dal paziente.

Il pericolo maggiore non risiede nella tecnologia in sé, ma nel suo uso acritico e nella sua adozione irriflessa. Usare l'IA per "ottimizzare" o "standardizzare" la cura della mente secondo metriche predefinite di successo sarebbe un tradimento completo della vocazione psicoanalitica, che ha sempre valorizzato e difeso l'unicità, l'opacità e l'irriducibilità del soggetto contro ogni tentativo di normalizzazione. La psicoanalisi nasce proprio dal riconoscimento che la sofferenza psichica non è un malfunzionamento da riparare secondo standard esterni, ma un'espressione di una verità soggettiva da ascoltare e comprendere nei suoi propri termini.

In sintesi, la relazione più feconda non è quella tra paziente e IA, che rimane problematica per tutte le ragioni discusse, ma quella tra psicoanalista e IA. In questa configurazione, l'analista usa lo strumento tecnologico per affinare il proprio orecchio clinico, per arricchire la propria riflessione sul materiale delle sedute, per accedere a corpora di conoscenze altrimenti difficilmente consultabili, mantenendo però saldo il proprio posto come soggetto desiderante capace di ospitare autenticamente l'Altro nella sua alterità irriducibile.

## L'investimento clinico nell'era dell'IA: una questione fondamentale

Una questione cruciale, spesso trascurata nelle discussioni entusiaste sulle potenzialità dell'IA, riguarda l'investimento del terapeuta sul materiale clinico quando l'IA interferisce nel processo di ascolto e interpretazione. Se l'IA interviene nella lettura del caso, sostituendo piuttosto che affiancando l'ascolto diretto, l'investimento libidico ed emotivo del terapeuta rischia di cambiare natura in modo radicale e potenzialmente dannoso per il processo terapeutico.

Il rischio della delega dell'ascolto è particolarmente insidioso. L'investimento del clinico potrebbe spostarsi dall'ascoltare direttamente il paziente all'ascoltare ciò che l'algoritmo dice del paziente. Invece di investire la propria libido, la propria capacità di sognare a partire dal materiale del paziente, di associare liberamente in risonanza con le associazioni del paziente, e di connettersi emotivamente con il materiale nella sua immediatezza, il clinico investirebbe principalmente nel decifrare e interpretare un report secondario. Quello che gli psicoanalisti chiamano il "lavoro del sogno" dell'analista, la sua capacità di elaborare il materiale onirico e associativo del paziente attraverso il proprio inconscio, verrebbe pericolosamente bypassato da un'elaborazione esterna e pre-costituita che si interpone tra il clinico e il paziente.

Questo porta a un appiattimento sulla superficie del discorso. L'IA lavora necessariamente sul manifesto, su ciò che è detto esplicitamente, sulle parole, le frequenze, i pattern osservabili. La psicoanalisi cerca invece il latente, ciò che è nascosto sotto la superficie, rimosso, che si mostra indirettamente attraverso lapsus, atti mancati, sogni, ripetizioni sintomatiche. Un clinico che si affida eccessivamente all'IA per la "lettura" del caso rischia di investire progressivamente di più sulla superficie misurabile e quantificabile che sulla profondità interpretabile e irriducibilmente qualitativa. La curiosità clinica si sposta da ciò che il paziente sta mostrando senza saperlo, da ciò che emerge tra le righe, a ciò che la macchina evidenzia come statisticamente significativo.

La neutralità apparentemente offerta dall'IA è particolarmente pericolosa in questo contesto. L'IA fornisce un'analisi che si presenta come "neutra", oggettiva, libera dai bias soggettivi dell'analista. Ma la psicoanalisi ci insegna che la neutralità dell'analista è la sua capacità di porsi in modo equidistante, o equivicino, dalle istanze psichiche del proprio paziente (Io, Es, Super Io) e non una pretesa oggettività assoluta. Il "non giudicare", il senza memoria e senza desiderio di bioniana memoria nascono, invece, proprio da un forte investimento soggettivo, da una capacità di sospendere temporaneamente i propri pregiudizi pur rimanendo pienamente presenti come soggetti. L'interpretazione psicoanalitica, lo abbiamo già detto, è sempre soggettiva e situata, emerge dall'incontro unico e irri-

petibile tra due inconsci. Un report di IA è, per definizione, de-soggettivizzato, privo di quella dimensione di rischio personale e coinvolgimento che caratterizza l'interpretazione analitica. Se il clinico investe troppo in questa pseudo-oggettività, rischia di importare una falsa neutralità nella stanza d'analisi, uccidendo la vividezza e l'intensità emotiva dell'incontro terapeutico.

### Il primissimo contatto: quello spazio sacro

La questione diventa ancora più critica quando consideriamo il primo contatto tra paziente e terapeuta, quel momento fondativo in cui inizia a costituirsi la relazione terapeutica. Questo primo contatto, che sia una telefonata, un'e-mail o un incontro di persona, è costitutivo della relazione stessa, non semplicemente preparatorio ad essa. Se l'IA interviene già in questa fase, ad esempio attraverso sistemi di screening automatizzato o diagnosi preliminare, che ne è di quell'incontro speciale che permette al paziente di iniziare a farsi spazio nella mente del terapeuta e viceversa?

Il transfert inizia precisamente con quella prima chiamata. In quel momento, il paziente non sta semplicemente descrivendo sintomi in modo neutrale e oggettivo. Sta mettendo in scena la sua domanda di aiuto, il suo modo caratteristico di relazionarsi con l'Altro, le sue aspettative e paure riguardo alla terapia. L'ansia nella voce, le esitazioni nel parlare, ciò che viene detto e ciò che viene omesso, il tono di voce, il ritmo del discorso: tutto questo è materiale clinico grezzo e preziosissimo che inizia immediatamente a "farsi spazio nella mente del terapeuta". È un invito a un legame, l'inizio di una danza relazionale che definirà l'intero percorso terapeutico.

Dal momento di quel primo contatto, il paziente inizia a investire l'analista di quello che Lacan chiama il "soggetto supposto sapere", attribuendogli un sapere sul proprio male che il paziente stesso non possiede. Crucialmente, però, è un sapere mancante, un "buco" che il paziente attribuisce all'analista e che l'analista deve accettare di non possedere realmente. Questa mancanza condivisa, questo non-sapere reciproco ma asimmetrico, è ciò che avvia il processo analitico autentico. Se all'inizio c'è un algoritmo di screening che fornisce una "diagnosi" preliminare o un "profilo psicologico" del paziente, questo processo fondativo viene potenzialmente deformato in almeno due modi.

Per il paziente, emerge la domanda: con chi si sta istituendo il transfert? Con la macchina che ha fatto lo screening iniziale? Con il terapeuta che ha letto il report prima ancora di incontrarlo? Oppure viene dato per scontato che l'analista "sa già" grazie al report algoritmico, riducendo quello spazio di non-sapere iniziale che è così cruciale per l'emergere

autentico del desiderio e della domanda? Il paziente potrebbe sentirsi già categorizzato, già compreso, già definito prima ancora di aver avuto l'opportunità di dire la propria verità soggettiva.

Per l'analista, il rischio è che la sua mente sia già "colonizzata" da un'ipotesi algoritmica prima ancora dell'incontro reale. Invece di accogliere l'enigma del paziente con una mente aperta, con quella che Freud chiamava "attenzione fluttuante", una capacità di lasciarsi sorprendere senza pregiudizi, l'attenzione dell'analista sarà inevitabilmente orientata a cercare conferme o smentite di ciò che l'IA ha già suggerito. Quel prezioso spazio di non-sapere, da cui nasce il desiderio di capire e la curiosità clinica genuina, viene prematuramente riempito da un contenuto pre-confezionato che interferisce con l'ascolto diretto.

### Una proposta per preservare l'investimento clinico

È possibile utilizzare l'IA senza distruggere questo investimento clinico fondamentale, ma solo se il suo ruolo è rigorosamente posteriore e subordinato all'incontro umano primario. L'IA non dovrebbe mai interferire nel primo contatto o nelle prime sedute fondative. Quel terreno deve rimanere sacro, incontaminato da, scusate l'apparente ossimoro, pre-giudizi algoritmici, preservato come spazio di incontro diretto tra due soggetti. Solo dopo che la relazione si è instaurata, dopo che l'analista ha sviluppato una propria comprensione vivente del paziente basata sull'esperienza diretta, l'IA può eventualmente entrare in gioco come strumento ausiliario.

Il ruolo appropriato dell'IA potrebbe essere quello di memoria esterna e ricerca di pattern su materiale già elaborato nell'incontro clinico. Ad esempio, analizzando trascrizioni di sedute già avvenute, l'IA potrebbe aiutare l'analista a notare ripetizioni significative che potrebbero essere sfuggite nell'immediatezza del flusso clinico: "questa parola particolare viene usata in ogni seduta quando si parla della madre, non ci avevo fatto caso consciamente"; oppure evidenziare spostamenti temporali: "nelle ultime cinque sedute il tempo di latenza prima di rispondere alle mie domande è raddoppiato, cosa potrebbe significare?". Queste osservazioni algoritmiche possono arricchire la riflessione dell'analista senza sostituirla, funzionando come una sorta di consulente silenzioso che offre spunti aggiuntivi.

Tuttavia, è assolutamente cruciale che l'analista resti il sovrano assoluto dell'interpretazione. Il report dell'IA deve essere trattato esattamente come un sogno dell'analista stesso o come un'associazione offerta da un collega durante una supervisione. È un dato in più, un input che va a stimolare e arricchire la mente del clinico, ma che lui deve elaborare personalmente, digerire attraverso il proprio apparato psichico e decidere soggettivamente

se e come utilizzare all'interno della relazione specifica con quel paziente particolare. L'ultima parola, l'interpretazione che viene effettivamente offerta al paziente, deve sempre scaturire dal legame transferale vivo, non da un output di macchina per quanto sofisticato, deve essere costruita col paziente e non con IA. L'interpretazione che ha effetto terapeutico è quella che emerge al momento giusto, con il tono giusto, nella relazione giusta, elementi che nessun algoritmo può determinare.

In definitiva, la risposta alla domanda fondamentale sull'investimento del clinico è che questo rischia gravemente di trasformarsi in un investimento sul falso mito dell'oggettività algoritmica, abbandonando la dimensione del desiderio, dell'incertezza produttiva e del non-sapere che costituisce il motore stesso della cura psicoanalitica e psicoterapeutica più in generale. L'incontro speciale di cui parliamo, quel reciproco farsi spazio nella mente dell'altro, è un evento squisitamente umano e soggettivo, fondato sulla vulnerabilità condivisa e sull'apertura al rischio relazionale. È un atto di fiducia reciproca e di apertura all'ignoto che nessun algoritmo può replicare, mediare o facilitare senza tradirne l'essenza più profonda.

L'IA, in questo contesto delicato e fondativo, può essere al massimo un utile servitore che opera dietro le quinte, dopo che l'incontro umano si è pienamente dispiegato, ma non deve mai salire sul palco dove si recita il dramma propriamente umano della relazione terapeutica. Il palcoscenico clinico deve rimanere uno spazio riservato all'incontro tra due soggetti nella loro irriducibile umanità, con tutti i limiti, le incertezze e le potenzialità che questo comporta.

## Conclusioni: navigare tra opportunità e rischi

L'integrazione dell'IA nella pratica psicologica e psicoanalitica rappresenta indubbiamente un'opportunità di evoluzione significativa per le professioni della salute mentale, purché si mantenga rigorosamente l'elemento umano al centro del processo terapeutico, utilizzando l'IA come strumento di potenziamento piuttosto che di sostituzione delle capacità cliniche. Questa distinzione, apparentemente semplice, richiede in realtà una vigilanza costante e una riflessione critica continua, poiché la tendenza verso la delega progressiva di funzioni sempre più centrali alla tecnologia è forte e spesso mascherata da discorsi sull'efficienza e l'ottimizzazione.

Il futuro della salute mentale sarà probabilmente caratterizzato da una sintesi responsabile che sfrutti le capacità analitiche e computazionali dell'IA preservando però la centralità assoluta della relazione terapeutica umana. Questa sintesi non è automatica né garantita, ma richiede scelte consapevoli, investimenti in formazione, sviluppo di linee guida etiche robuste e una cultura professionale che valorizzi il giudizio critico rispetto all'ado-

zione acritica di nuove tecnologie. Ma anche una comunità professionale che non sia fobicamente spaventata dall'arrivo della sconosciuta IA.

L'IA rappresenta effettivamente una frontiera affascinante e preoccupante al tempo stesso, per usare un'espressione che cattura bene l'ambivalenza della situazione. Da un lato, offre opportunità significative per migliorare la prevenzione e il trattamento dei disturbi mentali attraverso l'identificazione precoce di rischi, l'analisi di grandi quantità di dati clinici, la personalizzazione degli interventi, e l'ampliamento dell'accesso a forme di supporto psicologico. Dall'altro lato, rischia di sostituire gradualmente competenze relazionali che sono fondamentali per una vita emotiva ricca e autentica, e di alimentare nuove forme di disagio psicologico legate alla dipendenza tecnologica, all'erosione delle capacità sociali, e alla confusione tra intimità autentica e simulazione algoritmica.

La chiave per navigare responsabilmente in questa nuova era consiste nell'adottare un approccio che sia al tempo stesso cauto e proattivo. Cauti nel senso di mantenere una sana diffidenza verso soluzioni tecnologiche che promettono di risolvere facilmente problemi umani profondamente complessi, e nel riconoscere i limiti fondamentali di sistemi che, per quanto sofisticati, non possiedono coscienza, intenzionalità o esperienza vissuta. Proattivo nel senso di non abbandonarsi a un rifiuto luddista della tecnologia, ma di impegnarsi attivamente nella comprensione, sperimentazione e modellamento di queste tecnologie in modo che servano effettivamente il benessere umano piuttosto che interessi puramente commerciali o tecnocratici.

Questo approccio richiede di mantenere l'elemento umano al centro del processo terapeutico non come slogan retorico ma come principio operativo concreto. Significa assicurarsi che ogni utilizzo dell'IA sia subordinato al giudizio clinico umano, che i pazienti siano pienamente informati e consenzienti riguardo all'uso di tecnologie nel loro trattamento, che i dati sensibili siano protetti con il massimo rigore, e che la relazione terapeutica diretta rimanga il cuore pulsante del processo di cura. Significa inoltre utilizzare l'IA come strumento di potenziamento delle capacità umane piuttosto che di sostituzione della presenza umana, sfruttando le sue capacità computazionali per compiti per cui è effettivamente superiore come l'analisi di pattern su grandi dataset, ma preservando per il clinico umano le funzioni che richiedono giudizio contestuale, sensibilità emotiva e capacità di holding.

La sfida ultima non è quella di eliminare completamente questi strumenti tecnologici dalla pratica clinica, obiettivo che sarebbe sia irrealistico sia potenzialmente controproducente dato che alcuni usi dell'IA possono effettivamente apportare benefici reali, come sta accadendo in medicina. La sfida è piuttosto quella di utilizzarli in modo consapevole, critico e riflessivo, preservando la nostra essenza umana più profonda e i valori fondamentali delle professioni di cura. Questo richiede un impegno attivo da parte di tutti i professionisti della salute mentale a diventare, in un certo senso, "atti-

visti” in questo campo, partecipando pienamente alla rivoluzione tecnologica in corso ma mantenendo un impegno professionale critico e riflessivo nei suoi confronti.

Dobbiamo educare noi stessi e le nuove generazioni di professionisti non solo alle potenzialità, ma anche ai limiti e ai rischi di queste tecnologie. Dobbiamo sviluppare linee guida professionali che siano al passo con gli sviluppi tecnologici, aggiornandole continuamente man mano che emergono nuove applicazioni e nuovi problemi. Dobbiamo impegnarci in ricerca rigorosa sugli effetti psicologici e clinici dell’interazione uomo-IA, andando oltre l’entusiasmo iniziale o il rifiuto pregiudiziale per costruire una base empirica solida su cui fondare le nostre decisioni. Abbiamo il dovere di esercitare vigilanza etica costante per identificare e prevenire usi problematici, dipendenze patologiche, e violazioni dei diritti e della dignità dei pazienti.

Soprattutto, dobbiamo ricordare sempre che le persone che vengono da noi cercano qualcosa che nessuna macchina può fornire: la presenza autentica di un altro essere umano che è disposto ad ascoltare profondamente, a sostenere la loro sofferenza senza fuggire, a rimanere presente attraverso l’incertezza e la confusione, a testimoniare la loro verità soggettiva senza ridurla a categorie preconfezionate. Cercano qualcuno che possa essere toccato dalla loro storia, che possa rispondere non solo con competenza tecnica ma con quella forma di comprensione empatica che nasce solo dall’esperienza condivisa di essere umani, vulnerabili e mortali.

L’IA, per quanto impressionante nelle sue capacità tecniche, non può offrire questo tipo di presenza. Non può essere toccata emotivamente nel senso proprio del termine, non può portare la propria vulnerabilità nell’incontro, non può rischiare veramente in una relazione perché non ha nulla da perdere. È questa dimensione di rischio condiviso, di vulnerabilità reciproca, di possibilità autentica di sorpresa e trasformazione che costituisce il cuore della relazione terapeutica e che deve essere preservata gelosamente anche nell’era dell’IA.

La popolarità crescente dei bot terapeutici e delle forme di intimità artificiale non dovrebbe essere interpretata semplicemente come una dimostrazione della loro efficacia o superiorità, ma anche e forse soprattutto come un sintomo culturale preoccupante. Riflette una società che progressivamente sta riducendo le proprie aspettative relazionali, che sta accettando surrogati tecnologici in luogo di incontri umani autentici, che sta privilegiando la comodità e l’assenza di conflitto rispetto alla profondità e alla trasformazione che solo le relazioni umane complesse possono offrire. Come professionisti della salute mentale, abbiamo la responsabilità non solo di utilizzare le tecnologie in modo appropriato con i nostri pazienti, ma anche di essere testimoni e custodi del valore insostituibile dell’incontro umano autentico in una cultura che rischia di perderlo di vista.

In conclusione, mentre ci addentriamo in questa nuova frontiera dell’IA

nella salute mentale, dobbiamo procedere con quella che potremmo chiamare una “fiducia critica”. Fiducia nel potenziale di queste tecnologie di contribuire in modi significativi al benessere umano quando usate appropriatamente, ma al tempo stesso atteggiamento critico che mantiene viva la domanda su cosa stiamo guadagnando e cosa stiamo perdendo, su quali valori stiamo preservando e quali stiamo compromettendo, su quale tipo di società e di relazioni umane stiamo contribuendo a costruire attraverso le nostre scelte tecnologiche. Solo con questo approccio equilibrato possiamo sperare di navigare questa transizione in modo che serva veramente l’umano piuttosto che asservirlo a logiche puramente tecnologiche o economiche.

#### BIBLIOGRAFIA

- Abraham, N., & Torok, M. (1994). *The Shell and the Kernel: Renewals of Psychoanalysis*. University of Chicago Press.
- Downey, J. I., & Alfonso, C. A. (2023). The Impact of Patient Suicide on Clinicians. *Psychodynamic Psychiatry*, 51(4), 381-385.
- Kochanek, K. D., Murphy, S., Xu, J., & Arias, E. (2017). Mortality in the United States, 2016. *NCHS data brief*, (293), 1-8.
- Lasri, S., Nfaoui, E. H., & El Haoussi, F. (2022). Suicide Ideation Detection on Social Networks: Short Literature Review. *Procedia Computer Science*, 215, 713-721.
- Lemma, A. (2024). Mourning, melancholia and machines: An applied psychoanalytic investigation of mourning in the age of griefbots. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 105(4), 542-563.
- Maples, B., Cerit, M., Vishwanath, A., & Pea, R. (2024). Loneliness and suicide mitigation for students using GPT3-enabled chatbots. *Npj Mental Health Research*, 3(1), 4.
- Mollick, E. (2025). *L'intelligenza condivisa. Vivere e lavorare insieme all'AI*. Luiss University Press.
- Morrin, H., Nicholls, L., Levin, M., Yiend, J., Iyengar, U., DelGuidice, F., Bhattacharya, S., Tognin, S., MacCabe, J., Twumasi, R., Alderson-Day, B., & Pollak, T. A. (2025). *Delusions by design? How everyday AIs might be fuelling psychosis (and what can be done about it)*. PsyArXiv.
- Nock, M. K., Millner, A. J., Ross, E. L., Kennedy, C. J., Al-Suwaidi, M., Barak-Corren, Y., Castro, V. M., Castro-Ramirez, F., Lauricella, T., Murman, N., Petukhova, M., Bird, S. A., Reis, B., Smoller, J. W., & Kessler, R. C. (2022). Prediction of Suicide Attempts Using Clinician Assessment, Patient Self-report, and Electronic Health Records. *JAMA Network Open*, 5(1), e2144373.
- Rizvi, A., Harmer, B., & Saadabadi, A. (2024). Suicidal Ideation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Turkle, S. (2019). *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*. Torino: Einaudi.
- Tatti, G. (2015). Il lato oscuro della maternità. *Rivista Pratica Psicoterapeutica – Il Mestiere dell'Analista*, (12).

#### SITOGRAFIA

- <https://youtu.be/6F2023J1waw?si=30oZb5VxY1AQIyYo> [consultato il 30 ottobre 2025].
- [https://youtu.be/dYjUURafZu8?si=v\\_woD9vd3AaMkZXt](https://youtu.be/dYjUURafZu8?si=v_woD9vd3AaMkZXt) [consultato il 30 ottobre 2025].

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Oseguera, O., Rinaldi, A., Tuazon, J., & Cruz, A. C. (2017). Automatic Quantification of the Veracity of Suicidal Ideation in Counseling Transcripts. *Communications in Computer and Information Science*, 473-479.
- Vaswani, A., Shazeer, N., Parmar, N., Uszkoreit, J., Jones, L., Gomez, A. N., Kaiser, Ł., & Polosukhin, I. (2017). *Attention is all you need*. In I. Guyon, U. V. Luxburg, S. Bengio, H. Wallach, R. Fergus, S. Vishwanathan, & R. Garnett (Eds.), *Advances in Neural Information Processing Systems* (Vol. 30). Curran Associates, Inc.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ulteriori informazioni: Questo contributo prende spunto dall'intervento di E. Massardi al XVII Seminario di Lavarone "Legàmi" 29 e 30 agosto 2025 organizzato dall'associazione ITACA (International Transactional Analysis for Childhood and Adolescence).

Ricevuto: 26 ottobre 2025.

Accettato: 2 febbraio 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:1101

doi:10.4081/rp.2026.1101

*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.*

---

## ***See music, hear movement.* Transmodal resonance**

### **From art to psychoanalytic therapy**

Marina Amore\*

ABSTRACT. – The article combines personal experience and theoretical-clinical reflection to explore sensory transmodality, considered by the Author as the founding principle of psychoanalytic dialogue for change. From an early experience that introduced the Author to a real understanding of transmodality, she elaborates a perspective that integrates the neurosciences of action and interoception, the concepts of *forms of vitality* and *implicit knowledge* formulated by Stern, and Bucci's *multiple code theory*. In the analytical field, change emerges as a referential process that reconnects sensation, gesture, image, sound, and word, and by focusing attention on the *how* of experience – rhythm, intensity, duration, direction – allows the implicit to be translated into speakable forms. The Author defines this movement as “*co-agent transmodal resonance*”: an intersubjective process, in which patient and therapist share and modulate vital affects through the multimodal flow of experience, generating a sensory dialogue that does not merely rely on mirroring, but gives rise to a new affective configuration that, in the very act of taking form, is realized as a co-created moment of care.

*Key words:* vitality affects, co-agent transmodal resonance, intersubjectivity, interoception, treatment process.

In the presence of a refined lady, I was enchanted; she was animated by a stream of small gestures that seemed to draw invisible music in the air. From a face marked by ancient and harsh traits, powdered in white that blurred into transparent and immovable hair, two intense blue eyes, weighed down by thick black lines, stood out, inspecting the body of my pre-adolescence, which was uncertain, as if in search of a possible author. I found that she was looking for signs of talent that I, enchanted by the charm of the Muse, had unexpectedly desired to possess. At that moment, I saw my ambition discovered in my own eyes, and I felt ashamed of the desire to be admitted to a court that I understood only now to be sacred to the woman in front of me, while my body appeared to me as a burden.

---

\*Psychologist, Psychotherapist; Training and Supervising Psychoanalyst and Faculty Member, Institute for Specialization in Psychoanalytic Self Psychology and Relational Psychoanalysis (ISIPSE); Member of the National Commission on Mental Disciplines, Italian Society of Psychoneuroendocrinology (SIPNEI), Italy.  
E-mail: marina.a.amore@gmail.com

I clearly remember the moment when I was enchanted: the flexible forms that the dancer had drawn in space on the notes of Sibelius' *Valse Triste* had given three-dimensionality to the dusty air of the stage, revealing stage gaps that I had felt the desire – indeed the urgency – to fill. That moment of total ecstatic rapture was the first step toward my writing, today, on psychoanalysis: the art of healing in the gesture that shapes the feeling.

As often happens when an experience touches us deeply, that moment of vision and listening reverberated in me as an initial disturbance, initiating that necessary step that, through an emotional aggravation, precedes any change: the emptiness had revealed its very painful face, I had suffered its charm, and I had let myself be attracted, movement after movement, rhythm after rhythm, in the extraordinary adventure of a dance of transformation.

The charming lady, not without reservations, finally admitted me to her court to teach me the language and the mysteries of dance. Neither you nor I could have known that she was actually handing me the keys to gain access to myself and my life. With some merciless dedication, she loved to remind me that my talents did not meet the requirements of academic dance – the only dance she was willing to recognize as worthy. Yet her gaze seemed to encourage me to insist and not let myself be overwhelmed by her harsh judgments. What made her welcome me, and what fed my stubbornness to confront myself with her harshness? Over time, I thought that the intransigence with which she assessed my distance from her model of “ideal dancer” could conceal the unconscious recognition of a different ideal of dancer that was already taking shape in her mind and that, perhaps, I had helped to embody.

Practice proved her right: the strict codes of classical ballet were chains for my body and my temperament. The more I faced them, the more I wanted to break them, but my passion for dance grew. I think I sensed, even then, that my teacher had grasped my need to explore somewhere *else*. And I, in turn, had perhaps intercepted her not fully formulated intention to go *beyond*, toward that particular openness of dance where one can search for oneself, which in those years began to take root also in Italy. Thus, breaking with classical patterns, her choreographic interpretation of Sibelius' musical work did not include pointe shoes, a symbol of an idealized detachment from the roots and human limits dreamt of by Louis XIV, but barefoot and free from constraints. Neither did it foresee rigid postures in the typical ballet codes, but gestures capable of capturing the impulse to the movement, as a sailor takes to the wind, to allow himself to be transported gesture by gesture along a space-time trajectory that would meet the already known and transfigure it, every time, in something *beyond*, generated by that moment.

In that choreographic and musical narrative, the *beyond* was represented by the experience of death: after swirling with great energy, the dancer would fall to the ground, immobilizing herself after a shudder on the last nuanced note. Yet, although it was about a drama, the dance actually appeared to me

as a beautiful metaphor for life: every push to the movement met a limit, more or less elastic, and right there it flowed into another movement, involving the closest part of the body that was already prepared to welcome it. Thus, from passage to passage, to the absolute limit, where the movement seems to dissolve and cease. However, immobility was still only apparent: the dancer would breathe, and the public could see it. Then, hidden from the eyes by the drop of the curtain, the dancer would rise and leave the scene while the show continued.

The attraction for *that* Valse still supports the motivation to reflect on the nature of feeling and communication today, which Daniel Stern (2010) has enlightened us with in the concepts of *transmodality* and *vitality affects*, describing interpersonal communication processes capable of unravelling implicit and unspeakable experiences in explicit and perceivable forms. In this way, what is known but unthinkable (Bollas, 1987) can still be expressed and shared, becoming the common thread on which the emotional and sensory dialogue between the interlocutors flows. In non-verbal expression – both in everyday life and in the arts – these forms of manifestation are more authentic and vital.

As in other performative arts, internal experience takes form in clinical work through transpositions between the different sensory modalities. The arts make visible what would be more subtle in clinical work: the therapeutic dialogue is enriched by rhythm, intensity, and analogous variations to those of artistic languages, activating processes of sharing and transformation.

In this perspective, the concept of transmodality finds its coherence in the innate tendency to transform captured perceptions in one sensory mode into other modes. The children of Meltzoff and Borton's experiment (1979) translate tactile sensations into images, thus revealing an implicit knowledge that makes evident the interconnection of the senses and the expansion of the known beyond the knowable.

The child's experience is largely multimodal and multisensory, which depends, as Stern recalls, both on the characteristics of the individual senses that are not yet fully distinct and on the existence of recently discovered multisensory neurons, and lastly also on the interconnectivity of the brain that allows the convergence of partial sensory data into a unified representation of experience. "*To see music, to hear movement*", my teacher loved to write on the posters of the dance recitals to stimulate in her young students and in the participating audience the sensitivity to sensory correspondence so they could better immerse themselves in the artistic experience.

In transmodality, the activation of each individual sense organ seems to function as a sort of tuning fork for all others, which, tuning to the frequency set by the first, resonate according to their own singular characteristics – like different instruments in the same orchestra. This enables precise matches between different and differentiated representations of the same experience.

In addition to characterizing the processes of processing subjective perception, transmodality also acts on the intersubjective plane, generating correspondences between subjectively unique representations of the shared experience that can animate the encounter of vitality affects. Thus, the music of Sibelius' *Valse Triste* resonated in my mentor's body through waves of movement that later became, for me, as a spectator, an irresistible call to the expressive vitality of dance.

The modal expression of an experience belongs to implicit communication. Like other scholars, including Bucci (1997), Stern (2010) believes that it plays a fundamental role in the process of attributing meaning, especially when explicit and implicit express discordant content, as is the case when words deny the interlocutor the anger that his suddenly reddened and stern face reveals. While the study of the implicit has mostly focused on the role of emotions and feelings, the author draws attention to the *how* of experience, a dimension that is transversal to all affections. Going beyond content, the *how* connotes the dynamic quality and fundamental sense of vitality that underlies every emotional experience.<sup>1</sup>

Movement is the preferred mode of expression for communicating vital dynamics. *Life is movement*, and human movement, thanks to the complexity and refinement of the musculoskeletal system, is a key evolutionary factor in phylogeny and ontogenesis. The Argentine Maria Fux (1998), a pioneer and one of the most authoritative exponents of dance therapy, loved to remind people in her lessons that even mountains move and that, albeit very slowly, they change shape and place over time. In the immediate experience, movement offers the dynamic perception of change and becomes itself the embodied metaphor of life.

Thus, for Stern, each emotional experience can be described in terms of movement: speed, intensity, duration, temporal form, rhythm, and direction. It is the vital dynamic of affection that reaches the interlocutor and forms the core of our interactions: even before the *what*, we react to the *how*. Without it, the content would remain purely digital and could not activate that analogue perceptual flow that makes the experience knowable.

The transmodality generates matches. The performative and kinetic arts – music, dance, theatre – offer privileged contexts for observing transmodal dynamics: their analogue languages by nature create transmodal links between the emotional experience and the expressive code that translates it, through attuning to the vitality of the experience itself. Magic, which comes

---

<sup>1</sup> An analogous sensitivity to the “how” of the experience is also found in the work of Thomas Ogden, who describes the analytical process as a transformative movement between different forms of experience – linguistic, imaginative, and bodily – within the intersubjective fields. A formulation that is particularly representative of this perspective can be found in *Conversations at the Frontier of Dreaming* (2001).

from art, has the ability to “combine similar with the ‘not exactly the same’” (Stern, 2010, p. 68).

Movement and music share the same dynamic categories: intensity (piano, pianissimo, forte, fortissimo); variations in intensity (increasing and decreasing); accents; flow (continuity or discontinuity between movements, as between notes); speed, that is, tempo (allegro, andante, etc.); and rhythm. The flexible direction of the movement (up, down, right, left, forward, back), together with the complexity of the motor scheme – given the possibility of orienting different parts of the body in different and even opposite directions in the same gesture – increases the complexity of the representation, both in those who act and in those who observe. The harmony of movement is the final amodal product, a dynamic integration of different, and sometimes dynamically contrasting, actions into an ensemble.

Vitality affects are intertwined in synaesthesia, and as such, resound in those who observe, who, by mirroring, intercept in themselves a similar but not identical affect. It is the evocation of the similar but not identical that makes it possible, in the course of existence, to proceed evolutionarily from the *known* to the *new*. Immersed in the flow of the forms of our vitality – often learned and recurrent ways of reacting to experience – we can intercept in the encounter with the other *now moments* (Stern, 2004): gaps that, in cyclical repetition, betray expectations and open up the possibility of an evolutionary leap. As often happens when you look at mountains, change, which has long been invisible and inaudible, can suddenly turn into a different version of itself.

Half a century later, these correspondences made possible the mirroring of vitality affects between the composer of *Valse Triste* and the dancer. After another half century, the sound and motor trace of vital experiences that belonged to people who were fundamentally foreign to me – the musician and the dancer – has thus intercepted my personal and subjective sense of vitality. It lit it up and supported it over time, still pervading my way of experiencing the world today. As if encircled by a gravitational wave, the transmodal process contracts space-time and the connection between events – past and present, music and dance, me and others – and outlines the depth of the intersubjective field. That same field in which human relations and psychoanalytic treatment take place.

With the discovery of *mirror neurons* (Rizzolatti *et al.*, 1996), it has been shown that observing the action of others activates in the observer the same motor areas involved in those who are acting, thus making the intersubjective bodily resonance of salient aspects of the experience possible.

Like seeing an action, hearing its sound, or even imagining oneself or others in the act of doing the action evokes the activation of neural networks as if the action were actually being performed (Jeannerod, 2001; Kohler *et al.*, 2002; Rizzolatti *et al.*, 2006).

The *mirror mechanism* creates a direct bridge between the self and the other. It does not necessarily imply reciprocity or intersubjective transformation: the emphasis is on *decoding and simulation*. However, it is not only a question of imitation or abstract cognitive processes but of immediate access to the very motor meaning of the action of others through an embodied simulation (Gallese, 2003). Subsequent studies show that mirroring, in addition to actions, also involves emotions and sensations: observing the pain of others activates areas that can overlap with those involved when we feel pain ourselves (Singer *et al.*, 2004). This has led to the hypothesis of a neural basis for pre-reflective empathy.

Since in the early 90s the focus of neuroscience shifted from the single neuron to integrated neural networks, the response of mirror neurons has been understood as part of a complex system that connects perception, action, emotion, and social cognition in a predictive way. Such a system makes it possible to decode the intentions of others and to modulate their response accordingly, as a resonance mechanism embodied between oneself and the other. It has also been speculated that it may have contributed to the evolution of language, transforming gestures – and motor representations of affective states – into articulated sounds (Arbib, 2005).<sup>2</sup>

Despite the innovative scope of these discoveries, there have been critical reviews. Some studies have shown that internal simulation processes are context-dependent (Hutto & Myin, 2013). The mirror response is not, therefore, fixed or innate but modulated by interpersonal experience and implicated in the predictive processes that anticipate possible self-other interactions. In this perspective, the mirror system can be considered a descriptive model of body resonance, which, on a clinical level, is expressed through that process that, in this paper, I call *co-agent transmodal resonance*, aimed at integrating the different sensory channels into mutual affective regulation. Its function of anticipation and modulation is also matched by the concept of *Representations of Interactions that have been Generalized* (RIG), with which Stern (1985, 2004) describes the implicit interaction patterns that emerge from the first dyadic bodily experiences and organize future relational expectations.

---

<sup>2</sup> Recent studies have amplified the reflections on mirroring and on the incarnated experience, highlighting the role of multimodality and integration between body, perception, and language in the intersubjective processes. Specifically, the developments on the theory of “embodied simulation” have shown how the aesthetic experience and language comprehension emerge from the intertwining of action and sensation (Gallese *et al.*, 2022; Gallese, 2025). At the same time, research on multisensory integration shows how the convergence between sensory modalities is a principal organizer of experience and of the embodied self and communication (Shimada, 2022; Spence, 2018). Modern perspectives on action and interaction underscore the placing of the relational and situated character of social cognition (Gallagher, 2020).

However, Stern (2010) questioned whether mirror neurons and imitation alone are sufficient to explain the understanding of others' experiences and empathy. The same motor pattern, in fact, can be performed at very different speeds, thereby differently shaping the vitality dynamics of each variation. In this regard, he cites the research of Hobson and Lee (2003) on autistic children, who are able to imitate the *what* (the action pattern), but not the *how* (the style or vitality form). According to the author, this evidence clarifies a fundamental distinction: on the one hand, the *ability to recognize what is happening in the other*, supported by mirror neurons; on the other, a *deeper and more subjectivizing understanding of the other*, made possible by grasping *how* the experience is lived – an essential element of empathic understanding.

These considerations have important implications for psychoanalytic practice. On the one hand, they suggest that the mirror mechanism may constitute a possible neurobiological basis for the experiences of affective tuning; on the other hand, that the body resonance between the patient and the analyst is supported by a transmodal process that, via a continuous two-way perceptual flow between the two interlocutors, connects sensations, images, and words favouring the elaboration of the experience and the development of that *referential capacity* that, as Bucci (1997, 2021) shows, is the basis of the development of self-awareness and the possibility of sharing the emotional experience with others.

In this perspective, the mirroring system can be considered a descriptive model of bodily resonance, which, on a clinical level, finds expression in what I define as *co-agent transmodal resonance*. This is an experience of reciprocal emotional regulation that develops via multiple sensory channels, within which each partner actively participates in the transformation of shared experience. The resonance is defined as a *co-agent* because it is configured as an interactive phenomenon that is not limited to the imitation of sensory decoding of the experience of the other through mirror recognition but supports a dynamic process of mutual regulation. Different from intersubjective resonance in a classic sense (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow *et al.*, 1994), this includes an explicitly sensory-motor and perceptive dimension.

A paradigmatic example that can be observed in daily communication is the tuning of affects that takes place within the particular framework defined by Malloch and Trevarthen (2009) as *communicative musicality*: in dialogue, the harmony between gestures and voice generates intersubjective synchronies that allow empathic recognition of motivations and intentions. Vitality affects, sustained by transmodal referral, facilitate the experience of meeting the other, fostering knowledge, learning, and changing via the other. When the synaesthetic flow is active, a process of reciprocal transformation takes place between the partners.

Experience, memory, and imagination enrich transmodal correspondences over the course of life – innate analogue connections between affects and

meanings. These draw subtle and intimate relationships between different ways of representing the same content, for example, simultaneously in mind and body. Symbolic processes emerge from them: bridges that unite sensations and words, substance and thought, through the continuous dialogue between multiple codes.

Our usual way of being with others is mostly procedural and not easily accessible to language. These are pre-reflective experiences that are directly integrated into episodic and autobiographical memory, forming the basis of *implicit relational knowledge*. Since early childhood, the activation of these memories is linked to kinetic and interoceptive sensations stimulated by the here and now, which, with the development of higher mental processes, can evolve into representations of conscious imagination. Stern considers these bodily memories another way of accessing knowledge of the past, which is distinct from explicit narrative re-enactment, and capable of intercepting dissociated or unconscious experiences. In this way, categorical knowledge of the *what* is enriched with modal knowledge of the *how*. It is precisely this process that supports the principle of cure in body-mediated and imaginative therapies.<sup>3</sup>

The experiences that emerge in the psychotherapeutic field cannot be translated into verbal forms because they are germinative, traumatic, or dissociated.

Since the beginning of my clinical practice, I have been paying constant attention to bodily experiences, believing that analytical dialogue more effectively promotes the referential process and change when it is kept sensitive, such as in the arts, to the resonances of vitality affects, perceivable in synaesthesia between verbal and non-verbal signs of shared experience.

In this perspective, Damasio (1994, 1999, 2003) shows how the mental experience of the self is rooted in the body: innate physiological reactions, *emotions* become *feelings* when the mind becomes aware of them. This bodily consciousness – which manifests in decision-making as a *somatic marker*

---

<sup>3</sup> Scientific knowledge available until a few decades ago, limited in the motor areas of the brain, had fostered the idea that movement was subject to sensation and antagonistic to consciousness, a hypothesis that also inspired the Freudian model of the mind. Even before the discovery of mirror neurons, however, it had emerged that sensation is, in fact, a phenomenon dependent on movement and that, as a result, consciousness also finds its foundation in it (cf. Jeannerod, 2001). The discovery of mirror neurons (Gallese, 2003; Rizzolatti *et al.*, 1996) further focused on the role of the sense-motor system as the primary basis of the processes of perception, learning, and knowledge, and as a neural substrate at the root of the recognition of the other, of imitation, and of communication. In this perspective, the body is not only an expressive vehicle but a foundational device of consciousness and relational experience. On the clinical implications of this assumption, see the work of the *Boston Change Process Study Group* (2010), which highlighted how implicit processes, both bodily and relational, form a central foundation of therapeutic transformation, and that of Ogden, Minton, and Pain (2006) on sensory manifestations of dissociated traumatic experiences.

– forms the evolutionary foundation of the sense of self that proceeds from the body to the mind and guides reasoning and choices.

Clinical experience, supported by empirical evidence (Bottaccioli & Bottaccioli, 2024), however, suggests the usefulness of retracing this process backwards: interoceptive attention allows you to descend from the mental content toward the body, to the source of sensation, reactivating the perceptual texture that gives meaning to visceral reactions. In this sense, research by Lisa Feldman Barrett (2017) shows that emotions are not automatic responses but predictive constructions that emerge from the interaction between memory, relational context, and interoceptive perceptions, where body signals of the *now* reactivate affective patterns learned over time.

Proceeding from the mind to the body, therefore, means deconstructing the meanings with which we interpret experience. Clinical practice that integrates this perspective can help the patient intercept the somatic implicit of their internal predictive models and reformulate them, making the boundaries between body and mind, past and present, self and others more permeable.

In verbal dialog, transmodality is often manifested through metaphors that, in exploiting the principle of *as if*, embody in the word the vital process that animates the implicit emotional states.

Metaphorical representation is a work of synaesthesia: it arises from analogical concordances between phenomena belonging to different sensory domains, allowing, for example, music to be described as *sweet and dense as drops of yellow, warm, and fragrant honey*. In this process, human communication becomes a sensory and dynamic matter that – like clay – can be continuously moulded. Through dialogue, these forms progressively evolve to generate a shared configuration, which is the basis of the process of co-creating meanings.

In the metaphor, the codes of ordinary communication, anchored to the *logos* and rules of linear causality, are transcended. The effort to shape the complexity of the internal experience gives freedom to the use of rhetorical expressions and poetic images, opening up analogue apertures in which a sound can become *very sweet*, music flamboyant, and posture *melodious*. Only when language approaches poetics (Bachelard, 1960),<sup>4</sup> the word becomes truly referential: capable of countering dissociation and promoting integration between unconscious systems and content and consciousness, unifying sensory perception, affections, and thought.

---

<sup>4</sup> “For I am a dreamer of words (...) the syllables of the word begin to move around. Stressed accents begin to invert. The word abandons its meaning like an overload, which is too heavy and prevents dreaming. Then words take on other meanings as if they had the right to be young. And the words wander away, looking in the nooks and crannies of vocabulary for new company, bad company. How many small conflicts must be resolved when, from the vagabond rêverie, one moves onto reasonable vocabulary?” (Bachelard, 1960, p. 24).

Transmodality is instrumental in decoding new and yet unnamed representations of ourselves, which are meant to be expressed, shared, and recognized – such as Pirandello’s characters looking for a scene in which to exist.

In everyday life as in the arts, dialogue unfolds in a continuous flow of non-verbal forms of expression, where patterns and modal variations follow one another seamlessly. The elements of novelty emerging from this flow – a change in intensity or rhythm – activate the arousal and direct spontaneous and unconscious attention to the vital dynamics, encouraging the implicit sharing of affective states.

In the clinical process, the new often emerges through small concrete facts: for example, a sweet offered for the first time to the therapist or proposed in a different way from the previous ones. A similar gesture can act as a variation of a musical theme or pattern of movement, activating the arousal in the analytical dyad. If, as analysts, we learn to respond with the immediacy of a dancer – who generates movement from the point in the body where he/she feels the music vibrate most intensely – we can foster clinical exchange on the level of transmodality, letting ourselves be guided by the intersubjectivity of resonance.

The experience of intersubjectivity has traditionally been understood as mutual implicit recognition of the mental state of the other – a process that supports, as Sletvold (2014) observes, empathic reflection. However, I believe that the greatest transformative potential of the analytical encounter is realized when, in the dyad, something happens that goes beyond reflection: an event that touches the intimate sense of a possibility of being and that is only fulfilled in the living moment of the encounter between self and other.

In the history of the arts, expressive modes such as music and dance have often been integrated, creating multimodal structures that amplify the emotional resonance and communicative effectiveness of the work. Likewise, in the intersubjective context of the analytical encounter, the patient and therapist co-create a multimodal representation of vitality affects in action. Everyone carries their own expressive mode, and from the intertwining of the two, the experience of the *similar but not identical* is born: a similar theme that comes to life in different configurations. It is in this exchange that a transformative experience is generated, from which the sense of the new can emerge.

The clinician’s ability to improvise inspiring responses from the patient’s stresses – an attitude that, just as in the performing arts, combines spontaneity, discipline, and technical mastery (Lichtenberg, 2002, 2005) – allows us to respond with authenticity and creativity, while at the same time keeping alive the function of containing, thinking, and transforming the shared emotional experience.

The transmodality of perception, thanks to sensory multimodality,

allows us to construct a complex and three-dimensional representation of the other. Similarly, intersubjectivity, based on constant mutual emotional regulation (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow *et al.*, 1994), has been observed from the earliest mother-child interactions as a dynamic process of emotional co-regulation (Tronick, 1989), in which each partner modulates and responds to the other's affective states. In the perspective proposed here, this process extends to include the dimension of sensory resonance, configuring itself as a *co-agent transmodal resonance*, in which the other's inner experience is translated and articulated through the different sensory channels. Finally, the intersubjective dimension emerges as the synthesis of a shared sensory configuration, offering both the possibility of a new and transformative emotional interaction.

### A very brief clinical exchange

#### *First movement: rhythm and harmonization*

Alice enters my office. As always, she sits sideways on the edge of the chair with a straight back. She is staring at me with her usual expression that ranges between stupor and perplexity. Finally, she shudders and comments:

A: It is strange that I am so cold on such a hot day... maybe I am very tired, and my defences have lowered... anyway, it is a strange cold.

M: Hmm, hmm...

My attention falls onto that curious "strange" feeling that the cold has for Alice today; I remain in contact, and I wait.

We continue looking each other in the eyes, in silence. Her comment remains in the air for a few moments, floating, free, in the space between us. I cannot imagine where it will land.

I smile slightly, as I recognize on Alice's face a common expression of someone who does not know how to proceed in the dialogue.

Alice's eyes are big and fixated wide open on my face. They hold my gaze firmly. They keep me there. I feel that I am not allowed to remove my gaze, even when the intensity of the exchange touches an internal sense of tension. And I resist.

For some time now, I have not felt the urgency to fill this sense of uncertainty that accompanies the start of each of our meetings, nor do I have to add more words. I wait, and I let the tension between us find a place to rest and abandon itself.

Alice relaxes her posture and gaze, and so I talk. I limit myself to mirroring her while maintaining contact with her hesitation.

M: You feel that you are very tired, Alice. Perhaps because your defences have been lowered... and that's why you feel cold on such a hot day... and this cold seems strange to you.

A: Yes...

Another pause. Again, we go back to staring at each other.

Alice is giving me room to fill that space, and at the same time, she is tolerating, along with me, the lack of sense and perspective in the dialogue.

*Second movement: transmodality*

Suddenly, something takes shape in my mind. It still has to do with the cold that Alice is feeling, but it takes on another connotation. I try to put my image into words.

M: I wonder if you are not talking to me about something that has to do with the temperature, but not with the outside temperature... perhaps you are talking to me about a lowering of the climate inside of you, a mood that you have started to measure since you walked in...

Alice's gaze has a hint of curiosity, while her head tilts imperceptibly to the left side, signalling her attention. So, I go on.

M: ...and the lowering of the temperature seems strange to you, perhaps because it is unexpected, incongruous... perhaps there has been an unforeseen emotional disturbance, to which it is difficult to acclimatize.

*Third movement: "the similar but not identical" that opens up to something new*

Alice's eyes keep staring at me, and now they are making themselves, if possible, bigger, almost stuporous at what they are seeing, which I still don't see, and at the same time giving me a signal that what has been seen in that moment is also recognized by her.

Then the gaze turns inwards, as if looking for a reservoir in the body from which to draw words, and her posture loses its tight bowstring appearance.

A: Admittedly, speaking of disturbances, Emiliano...

Her mouth accentuates a grimace of disgust for long enough to allow Alice to express the breadth of that feeling.

A: Emiliano... He left on his trip, seemingly heartbroken by our separation. He told me that he hoped that the distance between us would serve to make me miss

him, so as to convince me that the two of us should stay together... and the first thing he told me when he came back is that he met someone else, and he understood that he no longer loves me!

She pauses while she looks at me, questioning, but it is my turn to be amazed and remain speechless. So, she continues with a sharper tone.

A: Like a cold shower... God! And I, during his absence, *really* thought I could try to miss him!

Alice's body is once again shaken by a little tingle, and by the metallic sense that I hear resonating in my body, I intimately understand the cold Alice is feeling.

#### *Fourth movement: the re-organization of vitality*

Alice then begins to feel all the effects of that discomfort – and not just the strange cold that announces her arrival – by which she would have wished not to be overwhelmed: we explore the anger, shame, and sadness of the poorly placed emotional investment.

The resonance between us is no longer just corporeal and becomes a narrative possibility.

The body has opened the door; the word consolidates it.

#### Note about the clinical process

In this brief exchange, the transformative transition proceeds not through an interpretation of relational content nor through a causal explanation of Alice's emotional state, but through the process of co-agent transmodal resonance.

The "cold", initially named as sensory data, is not immediately translated into meaning but is put on hold, shared, and modulated in the intersubjective field until it generates a new representation, matured in the sensory immersion in the encounter.

The image solicited in me by that sense of "strange cold" with which Alice turned my attention to, slowly takes shape in other sensory images.

My interventions do not come from cognitive inferences but from an emotional intensity that I intercept in my body while I tolerate, together with the patient, the suspension of sense.

It is in this space that the physical sensation can be transformed into sensory images, which subsequently become shared words ("the lowering of the

temperature”, “discomfort”, “a cold shower”), allowing the transition from the somatic implicit to symbolization.

It is the attachment point of the referential process: the feeling becomes image; the image becomes word.

What makes co-agent transmodal resonance clinically central in the exchange between Alice and me is that the initial reflection does not just confirm the experience but accompanies the formal transformation; the images that emerge do not belong exclusively to the patient or to the analyst: they arise from the similar but not identical respective body resonances.

The symbolization, finally, takes place after a shared affective regulation, and not before, allowing access to emotional content that had hitherto been unthinkable.

In this sense, co-agent transmodal resonance is not an accessory variable of the process but the clinical process through which the affective experience can change shape, become speakable, and open up to a new arrangement of the relationship with oneself and with the other.

## Conclusions

Writing about the transmodality of processes in the clinical dialogue of change brought me back to the moment when, for the first time, I could *see music and hear movement*. Since *then*, there has been a realization today that change often stems from a well-regulated emotional turmoil, welcomed and transformed into a form that resonates in the other’s perceptive field. It is the vital footprint that I also carry in the analysis room.

I tried to show how transmodality – the living and dynamic transition between sensation, gesture, image, sound, and word – is not a mere aesthetic ornament, but a royal road of care. When the analyst shifts the focus from the *what* to the *how* of the dialogue (rhythm, intensity, duration, direction), the intersubjective field becomes active in the co-agent transmodal resonance, where the implicit finds speakable form. It is in this passage that analytical dialogue, as I have proposed elsewhere (Amore, 2024), can *give substance to words*: the sensory resonance of the encounter allows language to embody the experience, restoring its form, movement, and breath. This is where the referential process comes alive: a feeling becomes an image, the image becomes a word, the word gives the body back a meaning, until the emotional experience reassembles and becomes thinkable (Amore, 2021).

This passage often occurs through minimal variations: a pause, a prosodic accent, a change in posture, a physical discomfort. As with Alice’s *cold* sensation, coherence does not come from interpretative brilliance but from the formal congruence between the analyst’s response and the patient’s vital

expression after sharing and tolerating the emotional temperature turmoil together.

In my clinical work, I consider *three movements* fundamental as preludes to referentiality: tuning into the rhythm of the meeting to support symbolization, fostering transmodal bridges so that affection moves from the body to the word and back, and cultivating disciplined spontaneity, learning to improvise with authenticity sustained by technical rigor.

The neurosciences of action and interoception, interpreted without reductionism, confirm this perspective: it is not enough to recognize the other in the act; it is necessary to grasp their life form. More than predictive models and mirroring systems, ability is important – in sessions – to transform affective resonance into meaning and the mirroring into a sensorially participated encounter.

This has two operational consequences. The first concerns training: the sensory literacy of the clinician – from listening to prosody to postural awareness to interoceptive sensitivity and freedom of the imagination to become metaphor – is not a habit but an epistemic tool for working with the implicit, which is much more than mimicry and prosody. The second concerns the assessment of change beyond symptomatic outcomes: we must learn to observe the flow of forms of the patient's vitality, the continuity of the processing process, the expansion of the emotional excursion, and the flexibility of the interactive rhythm.

I conclude with gratitude in memory of Laura Moret. Her *Valzer Triste* taught me that every movement meets a limit and, at that point, finds a way to change into another movement. It is the same law that animates the psychoanalytic cure: where the word breaks, the body suggests; where the body is silent, the image opens up; where the image hesitates, the relationship gives voice. *Seeing music and hearing movement* is therefore no longer a metaphor: it is the lived form of co-agent transmodal resonance, the daily practice of which, in sessions, can give a shared form to vitality and make possible the reciprocal transformation of consciousness.

#### REFERENCES

- Amore, M. (2021). Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, enactment e processi di coscienza. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 293–318.
- Amore, M. (2024). L'integrazione corpo-mente nella pratica clinica oggi: psicoanalisi e PNEI a dialogo. *PNEI Review*, 1, 2024.
- Arbib, M. A. (2005). From monkey-like action recognition to human language: An evolutionary framework for neurolinguistics. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(2), 105–167.
- Bachelard, G. (1960). *La poetica della rêverie*. Bari: Dedalo (trad. it. 1984).
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Boston: Mariner Books.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.

- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. New York: W. W. Norton & Company. Trad. it. (2015). *Il cambiamento in psicoterapia. Un paradigma unificato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2024). *La rivoluzione in psicologia e psichiatria. Il tempo del cambiamento*. Milano: Edra.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2021). *Emotional communication and therapeutic change: Understanding psychotherapy through multiple code theory*. London: Routledge.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error*. London: Putnam.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. New York: Harcourt.
- Fux, M. (1998). *Danzaterapia: Fragmentos de vida*. Buenos Aires: Lumen Argentina.
- Gallagher, S. (2020). *Action and interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171–180.
- Gallese, V., Freedberg, D., & Umiltà, M. A. (2022). Embodiment and the aesthetic experience of images. In A. Chatterjee & E. R. Cardillo (Eds.), *Brain, beauty, and art: Essays bringing neuroaesthetics into focus* (pp. 88–92). Oxford: Oxford University Press.
- Gallese, V. (2025). Language and bodily multimodality: The role of embodied simulation. *Sistemi Intelligenti*, 37(2), 165–182.
- Hobson, R. P., & Lee, A. (2003). Imitation and identification in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 649–659.
- Hutto, D. D., & Myin, E. (2013). *Radicalizing enactivism: Basic minds without content*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Jeannerod, M. (2001). Neural simulation of action: A unifying mechanism for motor cognition. *NeuroImage*, 14(1), S103–S109.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science*, 297(5582), 846–848.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2002). *Communication in psychoanalysis: A spirit of inquiry*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D. (2005). *Craft and spirit: A guide to the exploratory psychotherapies*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (Eds.). (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.
- Meltzoff, A. N., & Borton, R. W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282, 403–404.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ogden, T. H. (2001). *Conversations at the frontier of dreaming*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131–141.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shimada, S. (2022). Multisensory integration and the sense of self. *Neuroscience Research*, 173, 1–9.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303(5661), 1157–1162.

- Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst*. New York: Routledge.
- Spence, C. (2018). Multisensory perception. In *Stevens' handbook of experimental psychology and cognitive neuroscience* (pp. 1–56). Hoboken, NJ: Wiley.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality*. Oxford: Oxford University Press.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, *44*, 112–119.

---

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Further information: this article is a revised version of a paper presented in Rome in 2016 at the 13<sup>th</sup> IARPP (International Association for Relational Psychotherapy and Psychoanalysis) Conference.

Received: 17 October 2025.

Accepted: 5 January 2026.

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

©Copyright: the Author(s), 2026  
Licensee PAGEPress, Italy  
*Ricerca Psicoanalitica* 2026; XXXVII:1100  
doi:10.4081/rp.2026.1100

*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.*



## ***Vedere la musica, udire il movimento. La risonanza transmodale*** Dall'arte alla cura psicoanalitica

Marina Amore\*

SOMMARIO. – L'articolo intreccia esperienza personale e riflessione teorico-clinica per esplorare la transmodalità sensoriale, considerata dall'Autrice principio fondante il dialogo psicoanalitico del cambiamento. A partire da un'esperienza originaria che la introduce alla comprensione vissuta della transmodalità, l'Autrice elabora una prospettiva che integra le neuroscienze dell'azione e dell'interocezione, i concetti di *forme della vitalità* e di *conoscenza implicita* formulati da Stern e la *teoria del codice multiplo* di Bucci. Nel campo analitico, il cambiamento emerge attraverso il processo referenziale, che ricongiunge sensazione, gesto, immagine, suono e parola e che, sintonizzando l'attenzione sul *come* dell'esperienza – ritmo, intensità, durata, direzione – permette di tradurre l'implicito in forme dicibili. L'Autrice definisce questo movimento "*risonanza transmodale co-agente*": un processo intersoggettivo in cui paziente e terapeuta condividono e modulano gli affetti vitali attraverso il flusso multimodale dell'esperienza, generando un dialogo sensoriale che non si limita al rispecchiamento, ma dà luogo a una nuova configurazione affettiva che, nel suo farsi forma, si compie come momento di cura co-creato.

*Parole chiave:* affetti della vitalità, risonanza transmodale co-agente, intersoggettività, interocezione, processo di cura.

Mossa dall'incanto, mi trovai al cospetto di una raffinata signora, animata da un flusso di piccoli gesti che parevano disegnare nell'aria la trama di una musica invisibile. Dalla cornice di un viso segnato da antichi e severi tratti, incipriato di bianco e sfumato in capelli trasparenti e immobili, spiccavano due intensi occhi azzurri appesantiti da spesse righe nere, che ispezionarono il corpo della mia pre-adolescenza, incerto, come in cerca di un possibile Autore. Intuii che cercava i segni di una dote che io, ammaliata dal fascino della Musa, avevo inaspettatamente desiderato possedere. In quel momento vidi scoperta ai miei stessi occhi la mia ambizione, e provai ver-

---

\*Psicologa, Psicoterapeuta; Docente e Supervisore, Istituto di Specializzazione in Psicologia Psicoanalitica del Sè e Psicoanalisi Relazionale (ISIPSE); Membro Commissione Nazionale Discipline Mentali, Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia (SIPNEI), Italia. E-mail: marina.a.amore@gmail.com

gogna per il desiderio di essere ammessa ad una corte che, comprendevo solo ora, era sacra per la donna che avevo di fronte, mentre sentivo il mio corpo come un fardello.

Ricordo con chiarezza il momento in cui sono rimasta incantata: le forme plastiche che la ballerina aveva disegnato nello spazio sulle note del *Valse Triste* di Sibelius avevano dato tridimensionalità all'aria polverosa del palcoscenico, rivelando vuoti scenici che avevo sentito il desiderio – anzi l'urgenza – di colmare. Quel momento di totale rapimento estatico è stato il primo passo verso il mio scrivere, oggi, di psicoanalisi: l'arte del curare nel gesto che dà forma al sentire.

Come accade quando un'esperienza ci tocca nel profondo, il momento di visione e di ascolto ha riverberato in me come un turbamento iniziale, avviando il passaggio necessario che, attraverso un aggravamento emotivo, prepara ogni mutamento: il vuoto aveva rivelato il suo dolorosissimo volto, io ne avevo subito il fascino e mi ero lasciata attrarre, movimento dopo movimento, ritmo dopo ritmo, nell'avventura straordinaria di una danza di trasformazione.

L'affascinante signora, non senza riserve, mi ammise infine alla sua corte per insegnarmi il linguaggio e i misteri della danza. Né lei né io potevamo sapere che mi stava in realtà consegnando le chiavi per aver accesso a me stessa e alla mia vita. Con una certa impietosa dedizione, amava ricordarmi che le mie doti non rispondevano ai requisiti della danza accademica – l'unica a cui fosse disposta a riconoscere dignità. Eppure, il suo sguardo sembrava incoraggiarmi a insistere e a non lasciarmi sopraffare dai suoi severi giudizi. Cosa l'aveva spinta ad accogliermi, e cosa alimentava la mia ostinazione a misurarmi con la sua durezza? Col tempo, ho pensato che l'intransigenza con cui valutava la mia distanza dal suo modello di "danzatrice ideale" potesse celare l'inconsapevole riconoscimento di un diverso ideale di danzatrice che già andava prendendo forma nella sua mente e che, forse, io avevo contribuito a incarnare.

La pratica le dava ragione: i rigidi codici del balletto classico erano catene per il mio corpo e per il mio temperamento. Più li affrontavo, più cresceva il desiderio di spezzarli, ma la mia passione per la danza cresceva. Credo di avere intuito, già allora, che la mia insegnante avesse colto la mia necessità di esplorare un *altrove*. E io, a mia volta, avevo forse intercettato la sua intenzione non pienamente formulata di andare *oltre*, verso quella particolare apertura della danza alla ricerca di sé che in quegli anni cominciava a diffondersi anche in Italia. Così, rompendo con gli schemi classici, la sua interpretazione coreografica dell'opera musicale di Sibelius non prevedeva le scarpette da punta, simbolo dell'idealizzato distacco dalle radici e dagli umani limiti sognato da Luigi XIV, ma piedi scalzi e liberi da costrizioni. Né prevedeva posture irrigidite nei codici del balletto, bensì una gestualità capace di cogliere l'impulso al movimento, come il velista prende il vento,

per lasciarsi trasportare di gesto in gesto, lungo una traiettoria spazio-temporale che incontrava il già noto e lo trasfigurava, ogni volta, in un *oltre* generato dall'istante.

In quella narrazione coreografica e musicale, l'*oltre* era rappresentato dall'esperienza della morte: dopo avere vorticato con grande energia la danzatrice si accasciava al suolo, immobilizzandosi dopo un sussulto sull'ultima nota sfumata. Eppure, benché narrasse di un dramma, la danza mi era apparsa in realtà una splendida metafora della vita: ogni spinta al movimento incontrava un limite, flessibile e vivo, e proprio lì defluiva in un altro movimento, coinvolgendo la parte del corpo più prossima, già pronta ad accoglierla. Così, di passaggio in passaggio, fino al limite assoluto, dove il movimento sembrava dissolversi e cessare. Tuttavia, l'immobilità era ancora solo apparente: la danzatrice respirava, e il pubblico poteva vederlo. Poi, celata agli sguardi dal calare del sipario, si rialzava ed usciva di scena, mentre lo spettacolo continuava.

L'attrazione per *quel* Valse sostiene ancora oggi la mia motivazione a riflettere sulla natura del sentire e del comunicare, che Daniel Stern (2010) ha illuminato nei concetti di *transmodalità* e di *forme della vitalità*, per descrivere processi della comunicazione interpersonale capaci di dipanare vissuti impliciti e indicibili in forme esplicite e condivisibili. In questo modo, ciò che è conosciuto ma non pensabile (Bollas, 1987) può comunque essere espresso e condiviso, diventando il filo rosso su cui scorre il dialogo affettivo e sensoriale tra gli interlocutori. Nell'espressione non verbale – tanto nel quotidiano quanto nelle arti – queste forme trovano la loro manifestazione più autentica e vitale.

Così come nelle arti performative, anche nel lavoro clinico l'esperienza interna prende forma attraverso trasposizioni tra modalità sensoriali diverse. Le arti rendono visibile ciò che nella clinica avviene in modo più sottile: il dialogo terapeutico si nutre di ritmi, intensità e variazioni analoghe a quelle dei linguaggi artistici, attivando processi di condivisione e di trasformazione.

In questa prospettiva, il concetto di transmodalità trova la sua coerenza nella tendenza innata a trasformare percezioni catturate in una modalità sensoriale in altre modalità. I bambini dell'esperimento di Meltzoff e Borton (1979) traducono in immagini sensazioni tattili, rivelando così un conoscere implicito che rende evidente l'interconnessione dei sensi e l'ampliarsi del conosciuto oltre il conoscibile.

L'esperienza del bambino è in larga parte multimodale e multisensoriale, il che dipende, come Stern ricorda, sia dalle caratteristiche dei singoli sensi non ancora pienamente distinti, sia dall'esistenza di neuroni multisensoriali recentemente scoperti, sia, infine, dall'interconnettività cerebrale che permette il convergere di dati sensoriali parziali in una rappresentazione unificata dell'esperienza. "*Vedere la musica, udire il movimento*", amava scrivere la mia insegnante sulle locandine dei saggi, per stimolare nei suoi giovani

allievi e nel pubblico partecipante la sensibilità alle corrispondenze sensoriali per meglio immergersi nell'esperienza artistica.

Nella transmodalità, l'attivazione di ogni singolo organo di senso sembra funzionare come una sorta di diapason per tutti gli altri, i quali, sintonizzandosi sulla frequenza intonata dal primo, risuonano ognuno secondo la propria singolare caratteristica, come strumenti diversi in una stessa orchestra, attivando in questo modo precise corrispondenze tra rappresentazioni diverse e differenziate della medesima esperienza.

Oltre a caratterizzare i processi di elaborazione della percezione soggettiva, la transmodalità agisce anche sul piano intersoggettivo, generando corrispondenze tra rappresentazioni soggettivamente uniche dell'esperienza condivisa, che danno vita all'incontro degli affetti vitali. Così, la musica del *Valse Triste* di Sibelius ha risuonato nel corpo della mia mentore attraverso onde di movimento che sono in seguito diventate per me, spettatrice, un richiamo irresistibile alla vitalità espressiva della danza.

L'espressione modale di un'esperienza appartiene alla comunicazione implicita. Come altri studiosi, tra cui Bucci (1997), anche Stern (2010) ritiene che essa abbia un ruolo fondamentale nel processo di attribuzione del significato, soprattutto quando esplicito e implicito esprimono contenuti discordanti, come accade quando le parole negano all'interlocutore la rabbia che il viso improvvisamente arrossato e irrigidito invece rivela. Se lo studio dell'implicito si è perlopiù concentrato sul ruolo delle emozioni e dei sentimenti, l'Autore richiama l'attenzione al *come* dell'esperienza, dimensione trasversale a tutti gli affetti. Andando oltre il contenuto, il *come* connota la qualità dinamica e il fondamentale senso di vitalità che sottende ogni esperienza affettiva.<sup>1</sup>

Il movimento è la modalità espressiva privilegiata per comunicare le dinamiche vitali. *La vita è movimento*, e il movimento umano, grazie alla complessità e alla raffinatezza del sistema muscolo-scheletrico, rappresenta un fattore evolutivo fondamentale nella filogenesi e nell'ontogenesi.

L'argentina Maria Fux (1998), pioniera e tra le più autorevoli esponenti della danzaterapia, amava ricordare nelle sue lezioni che anche le montagne si muovono e che, seppur molto lentamente, mutano nel tempo la loro forma e il loro posto. Nell'esperienza immediata, il movimento offre la percezione dinamica del cambiamento e diventa esso stesso metafora incarnata della vita.

---

<sup>1</sup> Una sensibilità analoga al *come* dell'esperienza si ritrova anche nell'opera di Thomas Ogden, che descrive il processo analitico come un movimento trasformativo tra diverse forme dell'esperienza – linguistiche, immaginative e corporee – all'interno del campo intersoggettivo. Una formulazione particolarmente rappresentativa di questa prospettiva si trova in *Conversations at the Frontier of Dreaming* (2001).

Così, per Stern, ogni esperienza affettiva può essere descritta nei termini del movimento: velocità, intensità, durata, forma temporale, ritmo e direzione. È la dinamica vitale dell'affetto che raggiunge l'interlocutore e costituisce il nucleo delle nostre interazioni: prima ancora che al *cosa*, reagiamo al *come*. In sua assenza, il contenuto resterebbe puramente digitale e non potrebbe attivare quel flusso percettivo analogico che rende l'esperienza conoscibile.

La transmodalità genera corrispondenze. Le arti performative e cinestetiche – musica, danza, teatro – offrono contesti privilegiati per osservare le dinamiche transmodali: i loro linguaggi, per natura analogici, creano collegamenti transmodali tra l'esperienza affettiva e il codice espressivo che la traduce, attraverso un accordarsi alla vitalità dell'esperienza stessa. La magia, che sprigiona dall'arte, ha la capacità di “*combinare il simile con il non identico*” (Stern, 2010, p. 68).

Movimento e musica condividono le stesse categorie dinamiche: l'intensità (piano, pianissimo, forte, fortissimo); le variazioni di intensità (crescendo e decrescendo); gli accenti; il flusso (continuità o discontinuità tra i movimenti, come tra le note); la velocità, cioè il tempo (allegro, andante, ecc.); e il ritmo. La direzionalità flessibile del movimento (alto, basso, destra, sinistra, avanti, indietro), insieme alla complessità dello schema motorio – che permette di orientare in direzioni anche opposte le diverse parti del corpo in uno stesso gesto – accresce la complessità della rappresentazione, tanto in chi agisce quanto in chi osserva. L'armonia del movimento è il prodotto amodale finale, un'integrazione dinamica di azioni differenti, e talvolta dinamicamente in contrasto, in un'opera d'insieme.

Gli affetti vitali si intrecciano in sinestesie e, come tali, risuonano in chi osserva, che per rispecchiamento intercetta in sé un affetto simile ma non identico. È l'evocazione del simile ma non identico a rendere possibile, nel corso dell'esistenza, il procedere evolutivamente dal *noto* al *nuovo*. Immersi nel flusso delle forme della nostra vitalità – spesso modalità apprese e ricorrenti di reagire all'esperienza – possiamo intercettare, nell'incontro con l'altro, *now moments* (Stern, 2004): squarci di esperienza viva che, nel ripetersi ciclico, tradiscono le aspettative e aprono alla possibilità di un salto evolutivo. Come accade osservando le montagne, il cambiamento, a lungo invisibile e inavvertito, può rivelarsi all'improvviso nel senso mutato di sé.

Queste corrispondenze hanno reso possibile, mezzo secolo dopo, il rispecchiamento di affetti vitali tra il compositore del *Valse Triste* e la danzatrice. Dopo un altro mezzo secolo, la traccia sonora e motoria di esperienze vitali appartenute a persone a me fondamentalmente estranee – il musicista e la danzatrice – ha così intercettato il mio senso personale e soggettivo di vitalità. Lo ha acceso e lo ha sorretto nel tempo, pervadendo ancora oggi il mio modo di fare esperienza del mondo. Come accerchiato da un'onda gravitazionale, grazie al processo transmodale, lo spazio-tempo si con-

trae e la connessione tra eventi – passato e presente, musica e danza, io e altro – disegna la profondità del campo intersoggettivo. Quello stesso campo in cui hanno azione le relazioni umane e la cura psicoanalitica.

Con la scoperta dei *neuroni specchio* (Rizzolatti *et al.*, 1996), è stato mostrato che osservare l'azione altrui attiva nell'osservatore le stesse aree motorie coinvolte in chi sta agendo, rendendo così possibile il risuonare corporeo intersoggettivo di aspetti salienti dell'esperienza.

Come il vedere un'azione, anche l'udirne il suono, o anche il solo immaginare sé stessi o altri nell'atto di compierla, evoca l'attivazione di reti neurali come se l'azione fosse realmente eseguita (Jeannerod, 2001; Kohler *et al.*, 2002; Rizzolatti *et al.*, 2006).

Il *meccanismo specchio* crea un ponte diretto tra sé e l'altro. Non implica necessariamente reciprocità o trasformazione intersoggettiva: l'accento è sulla *decodifica e la simulazione*. Non si tratta tuttavia solo di imitazione o di processi cognitivi astratti, ma di un accesso immediato al significato motorio stesso dell'azione altrui attraverso una simulazione incarnata (Gallese, 2003). Studi successivi mostrano come il rispecchiamento, oltre alle azioni, riguarda anche emozioni e sensazioni: osservare il dolore altrui attiva aree sovrapponibili a quelle coinvolte quando proviamo dolore noi stessi (Singer *et al.*, 2004). Il che ha portato a ipotizzare una base neurale dell'empatia preriflessiva.

Da quando, nei primi anni '90 del secolo scorso, l'attenzione delle neuroscienze si è spostata dal singolo neurone a reti neurali integrate, la risposta dei neuroni specchio è stata compresa come parte di un sistema complesso che connette percezione, azione, emozione e cognizione sociale in modo predittivo. Tale sistema consente di decodificare le intenzioni altrui e di modulare di conseguenza la propria risposta, configurandosi come un meccanismo di risonanza incarnata tra sé e l'altro. È stato anche ipotizzato che possa aver contribuito all'evoluzione del linguaggio, trasformando gesti – e rappresentazioni motorie di stati affettivi – in suoni articolati (Arbib, 2005).<sup>2</sup>

Naturalmente, alla portata innovativa di queste scoperte non sono mancate revisioni critiche. Alcuni studi hanno evidenziato che i processi di simulazio-

---

<sup>2</sup> Studi recenti hanno ampliato la riflessione sul rispecchiamento e sull'esperienza incarnata, mettendo in evidenza il ruolo della multimodalità e dell'integrazione tra corpo, percezione e linguaggio nei processi intersoggettivi. In particolare, gli sviluppi della teoria dell'*embodied simulation* hanno mostrato come l'esperienza estetica e la comprensione linguistica emergano dall'intreccio tra azione e sensazione (Gallese *et al.*, 2022; Gallese, 2025). Parallelamente, la ricerca sull'integrazione multisensoriale evidenzia come la convergenza tra modalità sensoriali costituisca un principio organizzatore dell'esperienza del Sé incarnato e della comunicazione (Shimada, 2022; Spence, 2018). Prospettive contemporanee sull'azione e sull'interazione sottolineano infine il carattere situato e relazionale della cognizione sociale (Gallagher, 2020).

ne interna sono comunque subordinati al contesto (Hutto & Myin, 2013). La risposta specchio non sarebbe dunque fissa o innata, ma modulata dall'esperienza interpersonale e implicata in processi predittivi che anticipano le possibili interazioni sé-altro. La sua funzione di anticipazione e modulazione trova inoltre corrispondenza nel concetto di *Representations of Interactions that have been Generalized* (RIG), con cui Stern (1985, 2004) descrive gli schemi di interazione impliciti che emergono sin dalle prime esperienze corporee diadiche e organizzano le aspettative relazionali future.

Tuttavia, Stern (2010) ha messo in dubbio che i neuroni specchio e l'imitazione, da soli, siano sufficienti a spiegare la comprensione delle esperienze altrui e l'empatia. Un medesimo schema motorio, infatti, può essere eseguito a velocità molto diverse, connotando in modo differente la dinamica vitale di ciascuna variazione. Cita, a questo proposito, le ricerche di Hobson e Lee (2003) sui bambini autistici, i quali sono in grado di imitare il *cosa* (lo schema d'azione), ma non il *come* (lo stile o la forma vitale). Questa evidenza, per l'Autore, chiarisce una differenza fondamentale: da un lato, la *capacità di riconoscere che cosa avviene nell'altro*, sostenuta dai neuroni specchio; dall'altro, una *comprensione più profonda e soggettivante dell'altro*, resa possibile dal cogliere il *come* l'esperienza viene vissuta, elemento essenziale della comprensione empatica.

Queste considerazioni hanno importanti implicazioni per la pratica psicoanalitica. Da un lato, suggeriscono che il meccanismo specchio possa costituire una possibile base neurobiologica delle esperienze di sintonizzazione affettiva; dall'altro, che la risonanza corporea tra paziente e analista sia sostenuta da un processo transmodale che, attraverso un flusso percettivo continuo tra i due interlocutori, mette in connessione sensazioni, immagini e parole favorendo l'elaborazione dell'esperienza e lo sviluppo di quella *capacità referenziale* che, come mostra Bucci (1997, 2021) è alla base dello sviluppo della consapevolezza di sé e della possibilità di condividere con altri l'esperienza emotiva.

In questa prospettiva, il sistema specchio può essere considerato un modello descrittivo della risonanza corporea che, sul piano clinico, trova espressione in ciò che definisco *risonanza transmodale co-agente*. Si tratta di un'esperienza di regolazione affettiva reciproca che si sviluppa mediante molteplici canali sensoriali, attraverso la quale ciascun partner partecipa attivamente alla trasformazione dell'esperienza condivisa. La risonanza è definita *co-agente* perché si configura come un fenomeno interattivo che non si limita all'imitazione o alla decodifica sensoriale dell'esperienza dell'altro attraverso il riconoscimento specchio, ma sostiene un processo dinamico di mutua regolazione. A differenza della risonanza intersoggettiva in senso classico (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow *et al.*, 1994), essa include una dimensione esplicitamente senso-motoria e percettiva.

Un esempio paradigmatico di questo tipo di risonanza è osservabile nella

comunicazione quotidiana dove la sintonizzazione degli affetti si realizza all'interno di quella particolare cornice definita da Malloch e Trevarthen (2009) come *musicalità comunicativa*: nel dialogo, l'armonia tra gesti e voce genera sincronie intersoggettive che permettono il riconoscimento empatico di motivazioni e intenzioni. Gli affetti vitali, sostenuti dal rimando transmodale, facilitano l'esperienza di incontro con l'altro, promuovendo il conoscere, l'apprendere e il cambiare attraverso l'altro. Quando il flusso sinestesico è attivo, tra i partner si attiva un processo di reciproca trasformazione.

Esperienza, memoria e immaginazione arricchiscono, nel corso della vita, le corrispondenze transmodali – connessioni analogiche innate tra affetti e significati. Queste tracciano sottili e intime relazioni tra modi differenti di rappresentare uno stesso contenuto, ad esempio, simultaneamente in mente e corpo. Da esse emergono i processi simbolici: ponti che uniscono sensazioni e parole, corporeità e pensiero, attraverso il dialogo continuo tra codici multipli.

Il nostro modo abituale di stare con gli altri è prevalentemente procedurale e non facilmente accessibile al linguaggio. Si tratta di esperienze preri-flessive che vengono integrate direttamente nella memoria episodica e autobiografica, costituendo la base della *conoscenza relazionale implicita*. Fin dalla prima infanzia, l'attivazione di queste memorie è legata a sensazioni cinestesiche e interocettive sollecitate dal qui ed ora, le quali, con lo sviluppo dei processi mentali superiori, possono evolvere in rappresentazioni dell'immaginazione cosciente. Stern considera queste memorie corporee un'altra via di accesso alla conoscenza del passato, distinta dalla rievocazione narrativa esplicita, capace di intercettare vissuti dissociati o non coscienti. In tal modo, la conoscenza categoriale del *cosa* si arricchisce della conoscenza modale del *come*. È proprio questo il processo a sostenere il principio di cura nelle terapie a mediazione corporea e immaginativa.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Le conoscenze scientifiche disponibili fino a pochi decenni fa, limitate alle aree motorie del cervello, avevano alimentato l'idea che il movimento fosse soggetto alla sensazione e antagonista alla coscienza, un'ipotesi che ha ispirato anche il modello freudiano della mente. Tuttavia, anche prima della scoperta dei neuroni specchio, era emerso che la sensazione è, in realtà, un fenomeno dipendente dal movimento e che, di conseguenza, anche la coscienza trova in esso il suo fondamento (cfr. Jeannerod, 2001). La scoperta dei neuroni specchio (Gallese, 2003; Rizzolatti *et al.*, 1996) ha ulteriormente messo a fuoco il ruolo del sistema sensomotorio come base primaria dei processi di percezione, apprendimento e conoscenza, e come substrato neurale alla radice del riconoscimento dell'altro, dell'imitazione e della comunicazione. In questa prospettiva, il corpo non è solo un veicolo espressivo, ma un dispositivo fondamentale della coscienza e dell'esperienza relazionale. Sulle implicazioni cliniche di questa ipotesi, si veda il lavoro del *Boston Change Process Study Group* (2010), che ha evidenziato come i processi impliciti, sia corporei che relazionali, costituiscano un fondamento centrale della trasformazione terapeutica, e quello di Ogden, Minton e Pain (2006) sulle manifestazioni sensoriali delle esperienze traumatiche dissociate.

Molti vissuti che emergono nel campo psicoterapeutico non possono essere tradotti in forme verbali – perché germinativi, traumatici o dissociati.

Fin dagli inizi della mia pratica clinica riservo un'attenzione costante alle esperienze corporee, convinta che il dialogo analitico promuova più efficacemente il processo referenziale e il cambiamento quando si mantiene sensibile – come le arti – alle risonanze degli affetti vitali, percepibili nelle sinestesie tra segni verbali e non verbali dell'esperienza condivisa.

In questa prospettiva, Damasio (1994, 1999, 2003) mostra come l'esperienza mentale del Sé affondi le sue radici nel corpo: reazioni fisiologiche innate, le *emozioni* diventano *sentimenti* quando la mente ne prende coscienza. Questa coscienza corporea – che si manifesta nel processo decisionale come *marcatore somatico* – costituisce il fondamento evolutivo del senso di Sé che procede dal corpo alla mente e orienta ragionamento e scelte.

L'esperienza clinica, supportata dalle evidenze scientifiche (Bottaccioli & Bottaccioli, 2024), suggerisce tuttavia l'utilità di ripercorrere questo processo a ritroso: l'attenzione interocettiva consente di discendere dal contenuto mentale verso il corpo, alla sorgente della sensazione, riattivando la trama percettiva che dà significato alle reazioni viscerali. In questa direzione, le ricerche di Lisa Feldman Barrett (2017) mostrano che le emozioni non sono risposte automatiche, ma costruzioni predittive che emergono dall'interazione tra memoria, contesto relazionale e percezioni interocettive, dove i segnali corporei dell'*ora* riattivano modelli affettivi appresi nel tempo.

Procedere dalla mente al corpo significa quindi decostruire i significati con cui interpretiamo l'esperienza. Una clinica che integri tale prospettiva può aiutare il paziente a intercettare l'implicito somatico dei propri modelli predittivi interni per riformularli, rendendo più permeabili i confini tra corpo e mente, passato e presente, Sé e altro.

Nel dialogo verbale, la transmodalità si manifesta spesso attraverso le metafore che, sfruttando il principio del *come se*, incarnano nella parola il processo vitale che anima gli stati affettivi impliciti.

La rappresentazione metaforica è un'opera di sinestesia: nasce da concordanze analogiche tra fenomeni appartenenti a domini sensoriali diversi, permettendo, ad esempio, di descrivere una musica come *dolce e densa come gocce di giallo, caldo e profumato miele*. In questo processo, la comunicazione umana diviene una materia sensoriale e dinamica che – come la creta – può essere continuamente plasmata. Attraverso il dialogo, tali forme evolvono progressivamente fino a generare una configurazione condivisa, alla base del processo di co-creazione dei significati.

Nella metafora, i codici della comunicazione ordinaria, ancorati al *logos* e alle regole della causalità lineare – vengono trascesi. Lo sforzo di dare forma alla complessità dell'esperienza interna concede libertà all'uso di espressioni retoriche e immagini poetiche, aprendo breccie analogiche in cui un suono può diventare *dolcissimo*, una musica *sgargiante*, un portamento

*melodioso*. Solo quando il linguaggio si avvicina alla poetica (Bachelard, 1960),<sup>4</sup> la parola diventa realmente referenziale: capace di contrastare la dissociazione e promuovere l'integrazione tra i sistemi e i contenuti non consci e la coscienza, unificando percezione sensoriale, affetti e pensiero.

La transmodalità è determinante per decodificare rappresentazioni nuove e ancora senza nome di noi stessi, che urgono di essere espresse, condivise e riconosciute – come i personaggi di Pirandello che cercano una scena in cui esistere. Nel quotidiano come nelle arti, il dialogo si dispiega in un flusso continuo di forme espressive non verbali, dove schemi e variazioni modali si susseguono senza soluzione di continuità. Gli elementi di novità che affiorano da questo flusso – un cambio di intensità o di ritmo – attivano l'*arousal* e orientano un'attenzione spontanea e non conscia alle dinamiche vitali, favorendo la condivisione implicita degli stati affettivi.

Nel processo clinico, il nuovo emerge spesso attraverso piccoli fatti concreti: ad esempio, una caramella offerta per la prima volta al terapeuta o proposta in una forma diversa dalle precedenti. Un gesto simile può agire come la variazione di un tema musicale o di uno schema di movimento, attivando l'*arousal* nella diade analitica. Se, come analisti, impariamo a rispondere con l'immediatezza di un ballerino – che genera il movimento dal punto del corpo in cui sente la musica vibrare più intensamente – possiamo favorire lo scambio clinico sul piano della transmodalità, lasciandoci guidare dall'intersoggettività della risonanza.

L'esperienza dell'intersoggettività è stata tradizionalmente intesa come reciproco riconoscimento implicito dello stato mentale dell'altro – un processo che sostiene, come osserva Sletvold (2014), il rispecchiamento empatico. Tuttavia, credo che il massimo potenziale trasformativo dell'incontro analitico si realizzi quando, nella diade, accade qualcosa che va oltre il rispecchiamento: un evento che tocca l'intimo senso di una possibilità dell'essere e che trova compimento solo nel momento vivo dell'incontro Sé-altro.

Nella storia delle arti, modalità espressive come la musica e la danza sono state spesso integrate, dando vita a strutture multimodali che amplificano la risonanza emotiva e l'efficacia comunicativa dell'opera. Allo stesso modo, nel contesto intersoggettivo dell'incontro analitico, paziente e terapeuta co-creano una rappresentazione multimodale degli affetti della vita-

---

<sup>4</sup> “Perché io sono un sognatore di parole (...) le sillabe della parola cominciano a muoversi. Gli accenti tonici iniziano a invertirsi. La parola abbandona il suo significato come un carico eccessivo che è troppo pesante e impedisce di sognare. Poi le parole assumono altri significati come se avessero il diritto di essere giovani. E le parole si allontanano, cercando negli angoli e nelle pieghe del vocabolario nuove compagnie, cattive compagnie. Quanti piccoli conflitti devono essere risolti quando dalla rêverie vagabonda si passa a un vocabolario ragionevole?” (Bachelard, 1960, p. 24).

lità in azione. Ognuno porta la propria modalità espressiva e, dall'intreccio delle due, nasce l'esperienza del *simile ma non identico*: un medesimo tema che prende vita in configurazioni differenti. È in questo scambio che si genera l'esperienza trasformativa, da cui può affiorare il senso del nuovo.

La capacità del clinico di improvvisare risposte ispirate dalle sollecitazioni del paziente – un'attitudine che, come peraltro nelle arti performative, unisce spontaneità, disciplina e padronanza tecnica (Lichtenberg, 2002, 2005) – permette di rispondere con autenticità e creatività, mantenendo al tempo stesso viva la funzione di contenere, pensare e trasformare l'esperienza emotiva condivisa.

La transmodalità della percezione, grazie alla multimodalità sensoriale, consente di costruire una rappresentazione complessa e tridimensionale dell'altro. Allo stesso modo l'intersoggettività, fondata sulla mutua e costante regolazione affettiva (Stolorow & Atwood, 1992; Stolorow *et al.*, 1994), è stata osservata fin dalle prime interazioni madre-bambino come un processo dinamico di co-regolazione emozionale (Tronick, 1989), in cui ciascun partner modula e risponde agli stati affettivi dell'altro. Nella prospettiva qui proposta, tale processo si estende fino a comprendere la dimensione della risonanza sensoriale, configurandosi come risonanza transmodale co-agente,<sup>5</sup> in cui l'esperienza interiore dell'altro si traduce e si articola attraverso i diversi canali sensoriali. La dimensione intersoggettiva emerge infine come la sintesi di una configurazione sensoriale condivisa, offrendo a entrambi gli interlocutori la possibilità di un'interazione emotiva nuova e trasformativa.

## Un brevissimo scambio clinico

### *Primo movimento: ritmo e sintonizzazione*

Alice entra nel mio studio. Come sempre, si siede di sbieco sul bordo della poltrona, la schiena ben eretta. Mi fissa a lungo con la consueta espressione tra lo stuporoso e il perplesso. Infine, rabbrivisce, e commenta:

A: È strano che io abbia così freddo in una giornata così calda... forse sono troppo stanca e si sono abbassate le mie difese... comunque, è uno strano freddo.

M: Uh, uh...

La mia attenzione si poggia curiosa su quel senso di “strano” che il freddo ha oggi per Alice; resto in contatto e attendo.

Continuiamo a guardarci negli occhi, in silenzio. Il suo commento resta per qualche istante sospeso nell'aria, a fluttuare, libero, nello spazio tra noi. Non riesco a immaginare dove atterrerà.

Sorrido appena, mentre riconosco sul volto di Alice l'espressione di chi segnala di non sapere come proseguire il dialogo.

Gli occhi di Alice sono grandi e restano spalancati e fissi sul mio volto. Mi tengono lì. sento che non mi è dato distogliere lo sguardo, anche quando l'intensità dello scambio sfiora un senso interno di tensione. E resisto.

Da tempo, non avverto più l'urgenza di colmare questo senso di incertezza che accompagna l'avvio di ogni nostro incontro, né di aggiungere altre parole. Attendo, e lascio che la tensione tra noi possa trovare un luogo dove sostare e abbandonarsi.

Alice infine rilassa la postura e lo sguardo, e solo allora io parlo. Mi limito a rispecchiarla mentre mantengo il contatto con la sua esitazione.

M: Sta sentendo che è troppo stanca, Alice. Forse perché le sue difese si sono abbassate... e per questo sente freddo in una giornata così calda. E comunque questo freddo le sembra strano.

A: Sì...

Una nuova pausa. Ancora, gli occhi negli occhi.

Alice mi sta lasciando spazio perché io possa colmarlo, e al contempo sta tollerando, insieme a me, la mancanza di un senso e di una prospettiva nel dialogo.

### *Secondo movimento: transmodalità*

Improvvisamente, qualcosa prende forma nella mia mente. Ha sempre a che vedere con la rappresentazione del freddo che Alice sta sentendo, ma prende una connotazione diversa. Provo a mettere la mia immagine in parole.

M: Mi chiedo se non mi stia parlando di qualcosa che riguarda sì la temperatura, ma non quella esterna... forse sta riferendomi di un abbassamento del clima *dentro* di lei, un clima che ha iniziato a misurare dal momento in cui è entrata qui...

Lo sguardo di Alice ha un guizzo di curiosità, mentre la testa si inclina impercettibilmente sul lato sinistro segnalandomi che anche lei si sta facendo attenta al suo clima emotivo. E io allora continuo.

M: ...e l'abbassamento della temperatura le appare strano forse perché inatteso, incongruo... forse c'è stata una perturbazione emotiva non prevista, a cui fa fatica ad acclimatarsi.

### *Terzo movimento: il "simile ma non identico" che apre al nuovo*

Gli occhi di Alice continuano a fissarmi, e ora si stanno facendo, se possibile, più grandi, sempre più stuporosi nel vedere ciò a cui stanno guardan-

do – e che io ancora non vedo – dandomi però il segnale che ciò che in quel momento è visto è anche da lei riconosciuto.

Poi lo sguardo si orienta verso l'interno, come a cercare un serbatoio nel corpo da cui attingere parole, e la postura perde quell'aspetto di corda d'arco tesa a vuoto.

A: In effetti, a proposito di perturbazioni... Emiliano...

La bocca accentua la smorfia di disgusto per un tempo sufficientemente lungo da permettere ad Alice di esprimere l'ampiezza di quel sentimento.

A: Emiliano... è partito per il suo viaggio che sembrava così straziato dalla nostra separazione. Mi ha detto di sperare che la distanza servisse a farmi sentire la sua mancanza così da convincermi che noi due avremmo dovuto stare insieme... e la prima cosa che mi ha detto quando è tornato è che ha incontrato un'altra e ha capito che non mi ama più!

Rimane in pausa, mentre mi guarda interrogativa, ma questo è il mio turno per stupirmi e restare ammutolita. E allora riprende con un tono più acuto.

A: Una doccia fredda... Dio! E io che durante la sua assenza avevo davvero pensato che avrei potuto provarci!

Il corpo di Alice è di nuovo scosso da un piccolo fremito, e dal senso metallico che sento risuonare nel mio di corpo comprendo intimamente quale freddo Alice sta provando.

#### *Quarto movimento: la ri-organizzazione della vitalità*

Alice comincia allora ad avvertire tutti gli effetti di quella perturbazione – e non solo lo strano freddo che annuncia il suo arrivo – e dalla quale avrebbe desiderato non essere travolta: esploriamo allora la rabbia, la vergogna e la tristezza per l'investimento affettivo mal riposto.

La risonanza tra noi non è più solo corporea, e diventa possibilità narrativa. Il corpo ha aperto il varco, la parola lo consolida.

#### Nota sul processo clinico

In questo breve scambio, il passaggio trasformativo non procede a partire da un'interpretazione del contenuto relazionale, né da una spiegazione

causale dello stato emotivo di Alice, ma attraverso il processo di risonanza transmodale co-agente.

Il “freddo”, inizialmente nominato come dato sensoriale, non viene immediatamente tradotto in significato, bensì sostato, condiviso e modulato nel campo intersoggettivo, fino a generare una rappresentazione nuova, maturata nell’immersione sensoriale nell’incontro. L’immagine sollecitata in me da quel senso di “strano freddo” con cui Alice ha acceso la mia attenzione prende lentamente forma in altre immagini sensoriali.

I miei interventi non nascono da deduzioni cognitive, ma da un’intensità affettiva che intercetto nel mio corpo mentre tollero, insieme alla paziente, la sospensione di senso. È in questo spazio che la sensazione fisica può trasformarsi in immagini sensoriali, che successivamente diventano parole condivise (“l’abbassamento del clima”, “la perturbazione”, “una doccia fredda”), consentendo il passaggio dall’implicito somatico alla simbolizzazione. È il punto di attacco del processo referenziale: la sensazione diventa immagine, l’immagine diventa parola.

Ciò che rende clinicamente centrale la risonanza transmodale co-agente, nello scambio tra Alice e me, è che il rispecchiamento iniziale non si limita a confermarne l’esperienza, ma ne accompagna la trasformazione formale; le immagini che emergono non appartengono né esclusivamente alla paziente né all’analista: nascono dal *simile ma non identico* delle loro rispettive risonanze corporee. La simbolizzazione, infine, avviene dopo la regolazione affettiva condivisa, e non prima, permettendo l’accesso a contenuti emotivi fino a quel momento non pensabili.

In questo senso, la risonanza transmodale co-agente non rappresenta una variabile accessoria del processo, ma il dispositivo clinico attraverso cui l’esperienza affettiva può mutare forma, diventare dicibile e aprire a un nuovo assetto della relazione con sé e con l’altro.

## Conclusioni

Scrivere sulla transmodalità dei processi nel dialogo clinico del cambiamento mi ha riportata al momento in cui, per la prima volta, ho potuto *vedere la musica e udire il movimento*. Da quell’*allora* risiede oggi la consapevolezza che il cambiamento scaturisce spesso da un turbamento emotivo ben regolato, accolto e trasformato in una forma capace di risuonare nel campo percettivo dell’altro. È l’impronta vitale che porto anche nella stanza d’analisi.

Ho cercato di mostrare come la transmodalità – il passaggio vivo e dinamico tra sensazione, gesto, immagine, suono e parola – non sia un mero ornamento estetico, ma una via maestra della cura. Quando l’analista sposta l’attenzione dal *cosa* al *come* del dialogo (il ritmo, l’intensità, la durata, la direzione), il campo intersoggettivo si attiva nella risonanza

transmodale co-agente, dove l'implicito trova forma dicibile. È in questo passaggio che il dialogo analitico, come ho proposto altrove (Amore, 2024), può *dare corpo alle parole*: la risonanza sensoriale dell'incontro consente al linguaggio di incarnare l'esperienza, restituendole forma, movimento e respiro. Ed è qui che il processo referenziale si anima: una sensazione diventa immagine, l'immagine parola, la parola restituisce al corpo un senso, fino a che l'esperienza emotiva si ricompone rendendosi pensabile (Amore, 2021).

Questo passaggio avviene spesso attraverso minime variazioni: una pausa, un accento prosodico, un cambio di postura, un disagio fisico. Come nel caso del *freddo* di Alice, la coerenza non nasce dalla brillantezza interpretativa, ma dalla congruenza formale tra la risposta dell'analista e l'espressione vitale della paziente, dopo aver condiviso e tollerato insieme il turbamento della temperatura emotiva.

Nel lavoro clinico, considero fondamentali *tre movimenti* quali preludio alla referenzialità: sintonizzare il ritmo dell'incontro per sostenere la simbolizzazione; favorire ponti transmodali affinché l'affetto transiti dal corpo alla parola, e ritorno; coltivare una spontaneità disciplinata, imparando ad improvvisare con autenticità sostenuta dal rigore tecnico.

Le neuroscienze dell'azione e dell'interocezione, lette senza riduzionismi, confermano questa prospettiva: non basta riconoscere l'altro nell'atto, occorre coglierne la forma vitale. Più dei modelli predittivi e dei sistemi di rispecchiamento, conta la capacità – in seduta – di trasformare la risonanza affettiva in significazione e il rispecchiamento in un incontro sensorialmente partecipato.

Da queste premesse derivano due conseguenze operative. La prima riguarda la formazione: l'alfabetizzazione sensoriale del clinico – dall'ascolto della prosodia alla consapevolezza posturale, fino alla sensibilità interocettiva e alla libertà dell'immaginazione nel farsi metafora – non è un vezzo, ma uno strumento epistemico per lavorare con l'implicito – che è molto più del mimico e del prosodico. La seconda riguarda la valutazione del cambiamento oltre gli esiti sintomatici: occorre imparare a osservare il flusso delle forme della vitalità del paziente, la continuità del processo di elaborazione, l'ampliamento dell'escursione affettiva e la flessibilità del ritmo interattivo.

Concludo con gratitudine nel ricordo di Laura Moret. Il suo *Valzer Triste* mi ha insegnato che ogni movimento incontra un limite e, in quel punto, trova il varco per mutare in un altro movimento. È la stessa legge che anima la cura psicoanalitica: dove la parola si interrompe, il corpo suggerisce; dove il corpo tace, l'immagine apre; dove l'immagine esita, la relazione dà voce. *Vedere la musica e udire il movimento* non è dunque più una metafora: è la forma vissuta della risonanza transmodale co-agente, la pratica quotidiana con cui, in seduta, diamo una forma condivisa alla vitalità e rendiamo possibile la reciproca trasformazione della consapevolezza.

## BIBLIOGRAFIA

- Amore, M. (2021). Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, enactment e processi di coscienza. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(2), 293–318.
- Amore, M. (2024). L'integrazione corpo-mente nella pratica clinica oggi: psicoanalisi e PNEI a dialogo. *PNEI Review*, 1, 2024.
- Arbib, M. A. (2005). From monkey-like action recognition to human language: An evolutionary framework for neurolinguistics. *Behavioral and Brain Sciences*, 28(2), 105–167.
- Bachelard, G. (1960). *La poetica della rêverie*. Bari: Dedalo (trad. it. 1984).
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Boston: Mariner Books.
- Bollas, C. (1987). *The shadow of the object: Psychoanalysis of the unthought known*. London: Free Association Books.
- Boston Change Process Study Group. (2010). *Change in psychotherapy: A unifying paradigm*. New York: W. W. Norton & Company. Trad. it. (2015). *Il cambiamento in psicoterapia. Un paradigma unificato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bottaccioli, F., & Bottaccioli, A. G. (2024). *La rivoluzione in psicologia e psichiatria. Il tempo del cambiamento*. Milano: Edra.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*. New York: Guilford Press.
- Bucci, W. (2021). *Emotional communication and therapeutic change: Understanding psychotherapy through multiple code theory*. London: Routledge.
- Damasio, A. (1994). *Descartes' error*. London: Putnam.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. New York: Harcourt.
- Fux, M. (1998). *Danzaterapia: Fragmentos de vida*. Buenos Aires: Lumen Argentina.
- Gallagher, S. (2020). *Action and interaction*. Oxford: Oxford University Press.
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171–180.
- Gallese, V., Freedberg, D., & Umiltà, M. A. (2022). Embodiment and the aesthetic experience of images. In A. Chatterjee & E. R. Cardillo (Eds.), *Brain, beauty, and art: Essays bringing neuroaesthetics into focus* (pp. 88–92). Oxford: Oxford University Press.
- Gallese, V. (2025). Language and bodily multimodality: The role of embodied simulation. *Sistemi Intelligenti*, 37(2), 165–182.
- Hobson, R. P., & Lee, A. (2003). Imitation and identification in autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(4), 649–659.
- Hutto, D. D., & Myin, E. (2013). *Radicalizing enactivism: Basic minds without content*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Jeannerod, M. (2001). Neural simulation of action: A unifying mechanism for motor cognition. *NeuroImage*, 14(1), S103–S109.
- Kohler, E., Keysers, C., Umiltà, M. A., Fogassi, L., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2002). Hearing sounds, understanding actions: Action representation in mirror neurons. *Science*, 297(5582), 846–848.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M., & Fosshage, J. L. (2002). *Communication in psychoanalysis: A spirit of inquiry*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Lichtenberg, J. D. (2005). *Craft and spirit: A guide to the exploratory psychotherapies*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (Eds.). (2009). *Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship*. Oxford: Oxford University Press.

- Meltzoff, A. N., & Borton, R. W. (1979). Intermodal matching by human neonates. *Nature*, 282, 403–404.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ogden, T. H. (2001). *Conversations at the frontier of dreaming*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131–141.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shimada, S. (2022). Multisensory integration and the sense of self. *Neuroscience Research*, 173, 1–9.
- Singer, T., Seymour, B., O'Doherty, J., Kaube, H., Dolan, R. J., & Frith, C. D. (2004). Empathy for pain involves the affective but not sensory components of pain. *Science*, 303(5661), 1157–1162.
- Sletvold, J. (2014). *The embodied analyst*. New York: Routledge.
- Spence, C. (2018). Multisensory perception. In *Stevens' handbook of experimental psychology and cognitive neuroscience* (pp. 1–56). Hoboken, NJ: Wiley.
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton & Company.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality*. Oxford: Oxford University Press.
- Stolorow, R. D., & Atwood, G. E. (1992). *Contexts of being: The intersubjective foundations of psychological life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Stolorow, R. D., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1994). *The intersubjective perspective*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112–119.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ulteriori informazioni: l'articolo è una versione rielaborata del lavoro presentato a Roma nel 2016 in occasione della XIII Conferenza IARPP (International Association for Relational Psychotherapy and Psychoanalysis).

Ricevuto: 17 ottobre 2025

Accettato: 5 gennaio 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:1100  
doi:10.4081/rp.2026.1100

*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.*



## Introduzione

*Francesca Piazzalunga\**

La sezione clinica che presentiamo in questo numero nasce dall'incontro con un caso che, già nella sua costruzione, invita al dialogo e al confronto tra sguardi differenti. Il lavoro dell'Autore e le riflessioni dei tre commentatori mostrano come la complessità dell'esperienza clinica non possa esaurirsi in un unico linguaggio, ma trovi invece nella pluralità delle prospettive una delle sue più autentiche ricchezze.

Desideriamo qui ringraziare di cuore Enrico Scappatura che ci ha fornito l'occasione di questa diversità: la possibilità di sostare nelle differenze teoriche e metodologiche, di lasciarsi interrogare dall'altro senza rinunciare alla propria identità, rappresenta oggi un valore particolarmente prezioso. In tempi segnati da chiusure e polarizzazioni, il confronto clinico e teorico diventa uno strumento di conoscenza, ma anche un gesto culturale e umano.

È in questo spazio condiviso, aperto e dialogico, che la psicoanalisi continua a vivere e a rinnovarsi.

Il caso clinico ci è stato offerto dal collega Enrico Scappatura; per i commenti un ringraziamento ai contributi di Giulia Cavalli e Cristina Crippa, Alessandro Cavelzani, Giuseppina Corso.

Buona lettura!

---

\*Psicoterapeuta e Docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe); Supervisore e Responsabile del coordinamento dei servizi digitali e web, SIPRe, Italia. E-mail: francesca.piazzalunga@gmail.com

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 31 marzo 2026.

Accettato: 8 aprile 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:1178

doi:10.4081/rp.2026.1178

*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.*

## **Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico**

*Enrico Scappatura\**

**SOMMARIO.** – Luca, 30 anni, consulente commerciale, giunge alla mia osservazione nell'autunno 2022 inviato da un collega. Si presenta in grave stato di scopenso: depersonalizzazione persistente da cinque mesi, ansia invalidante, disconnessione emotiva profonda, pensieri intrusivi di morte, paura di impazzire. Parla velocemente, la narrazione è confusa. Però la mimica facciale è rigida, poco espressiva. Nelle prime sedute questa dicotomia tra la sofferenza riportata a parole e la scarsa espressività mi porta a considerare varie ipotesi diagnostiche, che vanno dallo spettro autistico a quadri di disturbi di personalità, anche di quelli schizofreniformi, poi progressivamente escluse.

*Parole chiave:* terapia cognitivo comportamentale, corpo, trauma, trauma relazionale.

### **Scopenso**

L'esordio sintomatico risale a maggio 2022: durante un weekend con amici, Luca ha una caduta accidentale, con trauma vertebrale ignorato per diversi giorni. Quando viene diagnosticata la frattura, viene immobilizzato con busto ortopedico per oltre un mese. È durante questa immobilizzazione forzata che il quadro psicopatologico esplose: depersonalizzazione continua, attacchi di panico, insonnia grave, importante calo ponderale.

Segue un percorso farmacologico complesso nel servizio pubblico, condito anche con diversi cambi di psichiatra: prima la prescrizione di antipsicotici atipici, poi un ricovero breve in psichiatria, successivamente la stabilizzazione con trazodone e benzodiazepine ad alto dosaggio e infine i tentativi di scalaggio, resi però difficili dalla comparsa di ansia acuta (spesso al terzo giorno di scalaggio Luca si presentava in pronto soccorso lamentando ansia, con conseguente ritorno alle dosi precedenti o altre volte iniziando ansiolitici).

---

\*Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva; Associazione italiana per lo studio del Trauma e della Dissociazione/European Society for Trauma and Dissociation, Italia. E-mail: enrico.scappatura@gmail.com

Quando Luca arriva nel mio studio, assume ancora terapia massiva e riferisce di sentirsi “emotivamente spento”, incapace di connettersi con la propria vita passata e presente.

### Anamnesi: una famiglia emotivamente fredda e lutti multipli

La storia familiare di Luca è segnata da lutti precoci e deprivazione emotiva. Alcuni anni prima della sua nascita, la famiglia aveva perso un figlio per cause congenite. Luca viene concepito poco dopo. Dalla scarsa descrizione familiare, mi faccio l’idea di una mamma distante, ma anche con tratti ansiosi/ipocondriaci, e di una famiglia nel complesso emotivamente fredda, con difficoltà nell’espressione emotiva.

All’inizio del percorso decido di incontrare anche la madre, per raccogliere informazioni e per contenerla (comprensibilmente è molto in ansia per il figlio, diventando così anche un fattore di mantenimento). Lei descrive Luca come “sempre chiuso in camera, non racconta mai nulla”. Riferisce di non essere sorpresa dal collasso: “Era tutto troppo intenso – i continui weekend fuori, l’iperattività, il non fermarsi mai”. Impressione confermata più avanti anche da un’amica stretta: “Prima eri emotivamente blindato, ora sei più presente”.

La madre riferisce che Luca non ha mai pianto in vita sua, non ha mai dato problemi, si è sempre arrangiato.

Il padre è descritto invece come figura periferica. Nell’infanzia i genitori infatti si separano. Durante l’adolescenza e la prima età adulta, Luca subisce poi ulteriori perdite relazionali significative: la morte accidentale di una coetanea, alcune rotture sentimentali vissute come abbandoni, la perdita di una figura di riferimento familiare durante la pandemia.

### La formulazione del caso: vulnerabilità e difese

Per settimane, forse mesi, brancolo nel buio. Non riesco a “sentire” emotivamente Luca, mi sento travolto dalle sue domande ansiose, dalla sua fretta di “tornare a funzionare”. Le mie ipotesi diagnostiche iniziali si susseguono senza consolidarsi: trauma acuto? Esordio psicotico? Disturbo dello spettro autistico? Bipolarità? Effetti iatrogeni prolungati dei farmaci? Somministro alcuni test per aiutarmi, ma non arrivo ad una conclusione per me soddisfacente. Porto il caso in supervisione. Tra le cose illuminanti, la supervisora mi dice una cosa che si rivelerà per me fondamentale: “La sua emotività potrebbe essere stata compromessa dagli psicofarmaci; potrebbe perciò aver bisogno di diversi mesi per ripulirsi dai loro effetti”. Questo mi aiuta a tollerare l’incertezza e a non aspettarmi cambiamenti rapidi.

Sul piano diagnostico, il quadro che progressivamente prende forma è

quello di un disturbo evitante di personalità, con tratti ossessivo-compulsivi. L'alessitimia, la depersonalizzazione e il successivo collasso difensivo non rappresentano sintomi isolati, ma espressioni di un pattern di attaccamento disorganizzato con strategie controllanti (iperattività, perfezionismo, autosufficienza compulsiva) che, una volta crollate, lasciano emergere la frammentazione sottostante.

La formulazione che emerge gradualmente – non al sesto incontro come faccio di solito, ma quasi due mesi dopo, quando Luca è più stabilizzato – si basa sull'integrazione tra *Schema Therapy* (Young *et al.*, 2003) e *Trauma-Informed Stabilization Treatment* (TIST; Fisher, 2017), nel quadro concettuale della dissociazione strutturale della personalità (Van der Hart *et al.*, 2006). Luca sembra aver sviluppato schemi di privazione emotiva e standard severi, in una famiglia che non permetteva l'espressione emotiva e richiedeva autonomia precoce. La Parte Bambina Vulnerabile, che avrebbe avuto bisogno di piangere ed essere consolata, è stata sistematicamente negata.

In risposta, Luca costruisce un sistema difensivo articolato: una Parte Evitante/Distaccata (ritiro emotivo, alessitimia), una Parte Iperstimolante/Maniacale (vita velocissima e pienissima, necessità di “riempire” ogni momento “perché se la vita è piatta, non vale la pena”), e una Parte Perfezionista/Controllante (grandi numeri al lavoro, mai un giorno di malattia, controllo rigido su ogni aspetto, fisico e mentale). Questo sistema, pur rigido, garantisce un equilibrio precario.

Però l'incidente del 2022 manda in cortocircuito tutte le difese: l'immobilizzazione fisica impedisce la fuga, il busto costringe Luca a stare fermo con se stesso, la paranoia rompe l'illusione di controllo. Come dirà lui stesso: “Prima la mia vita andava a mille, ora va al rallentatore. Non so stare fermo, ho paura del tempo vuoto”. La depersonalizzazione, probabilmente favorita dagli psicofarmaci, sembra emergere come difesa (dissociativa) di ultimo livello, quando tutto il resto crolla. Nel modello della dissociazione strutturale, questa dinamica corrisponde a un restringimento estremo della finestra di tolleranza (Ogden *et al.*, 2006; Siegel, 1999): la Parte Apparentemente Normale si svuota progressivamente di contenuto emotivo, producendo quella sensazione di “spegnimento” che Luca descrive.

## Il lavoro terapeutico: presenza nella nebbia

Per uno psicoterapeuta cognitivo-comportamentale come me, formato a lavorare in modo strutturato ed *evidence-based*, puntando ad essere rapido ed efficace, questo caso rappresenta una sfida gigantesca. Non ho risposte chiare per molto tempo. La mia Parte Perfezionista si agita, il mio Bambino ha paura di non essere abbastanza competente. Mi ricordo però alcuni insegnamenti sulla relazione terapeutica come fattore curativo primario: guardare il

Bambino del paziente, provare a soddisfare i suoi bisogni emotivi, mentre si insegna all'Adulto a farlo.

Decido anche di usare una *self-disclosure*. Dico a Luca: “Sono anche io confuso e preoccupato, come lo sei tu. Ma anche se non ho ancora capito tutto di come funzioni e di quello che ti sta succedendo, anche se non tutto mi è chiaro, io voglio aiutarti. E resterò con te finché non starai bene”. Questa comunicazione ha un effetto stabilizzante: non lo agito (come la madre ansiosa), non lo abbandono (come il padre assente). Resto presente nell'incertezza. È un intervento di *limited reparenting* che offre un'esperienza relazionale correttiva rispetto allo schema di Deprivazione Emotiva: una figura significativa che resta, che tollera il non sapere, che non chiede prestazioni. È anche un lavoro di co-regolazione: calmando me stesso, posso calmare anche lui.

Mi viene in aiuto anche un altro “maestro” che ho avuto la fortuna di incontrare nella mia strada formativa: una volta ci ha detto che la fiducia del terapeuta nel buon esito della terapia è essa stessa un fattore che favorisce il buon esito di tale percorso. Perciò vado avanti, confuso ma fiducioso.

## L'approccio: il cognitivismo moderno

L'approccio che ho utilizzato integra prevalentemente la terapia cognitivo-comportamentale, la *Schema Therapy* e la TIST, e in generale quello che ho imparato in questi anni sulla relazione terapeutica, sul trauma, sull'attaccamento e sulla personalità.

Parlo da subito di “parti”, utilizzando un linguaggio comune sia alla *Schema Therapy* che alla TIST, ma formalizzo la concettualizzazione solo dopo quasi due mesi, quando lo vedo più stabile.

Utilizzo anche i pennarelli colorati per rappresentare visivamente le sue Parti, un intervento concreto che lo aiuta a mentalizzare e dare senso al caos interno.

Uso poi anche tecniche di *mindfulness* quando lo vedo sovraattivato, cercando di stabilizzarlo, di calmarlo, di regolarlo, e al contempo di allargare la sua finestra di tolleranza, anche per gli interventi futuri.

A un certo punto gli chiedo: “Mi sembra di notare che stai parlando molto velocemente. È possibile? Succede spesso? Ti va di provare a regolarti con la mia lentezza?”. Un intervento di co-regolazione somatico-relazionale che nasce come un *tracking* e poi diventa un *grounding* “condiviso”.

Diversamente da altri pazienti, con lui ho invece usato pochissimo l'imagery. Ricordo solo di una volta, in cui l'ho usata per esplorare la rabbia, emozione particolarmente inibita per lui. L'imagery in tal caso ci ha permesso di trovare un ricordo infantile significativo, che poi elaboriamo ad occhi aperti nelle sedute successive.

Ho invece usato abbastanza il *role-playing* e il lavoro con le sedie. Credo

di averlo fatto perché sentivo che con Luca servisse più contenimento verbale che tecniche esperienziali, almeno nella prima fase. Ho aspettato ad usarle finché non l'ho sentito più stabile. È una scelta che credo rifletta anche una postura compassionevole del terapeuta (Gilbert, 2009): rispettare i tempi del paziente, offrire sicurezza prima di chiedere esplorazione. Ma anche i principi del modello trifasico: prima stabilizzare, poi rielaborare, infine integrare (Herman, 1992; Janet, 1919).

### Temi centrali: il tempo, la malattia e la morte

Un tema centrale per Luca è sempre stato il rapporto con il tempo e con la morte. Ha sempre voluto vivere la vita “a pieno”, riempiendola di emozioni intense e continue. Quando l'incidente lo costringe a fermarsi, o comunque a rallentare drasticamente, ha la sensazione di stare sprecando la vita. Contemporaneamente, quel passato così intenso ora gli sembra pesante e incomprensibile: “Come facevo a fare tutte quelle cose?”.

La paura della morte è sempre stata presente, come sottofondo esistenziale mai elaborato. Uno degli obiettivi che Luca mi pone esplicitamente è: “Voglio tornare quello di prima ma con la testa di adesso”. Vuole cioè recuperare la vitalità senza però perdere la consapevolezza acquisita attraverso la sofferenza. Io gli propongo una riformulazione: “E se invece di considerare l'eccitazione come sinonimo di felicità, la sostituissimo con la serenità? E se rallentare fosse un modo per vivere più a pieno, invece di accelerare continuamente?”. Inizialmente questa prospettiva lo spaventa: teme che la calma, pur comprendendone l'utilità, possa farlo annoiare. La noia resta a lungo uno dei suoi spauracchi più grandi.

### La trasformazione: da robot a persona

Circa sei mesi dopo l'incidente (come aveva previsto la supervisora), accade qualcosa di straordinario: Luca piange per la prima volta in trent'anni. Lo racconta con stupore: “Non avevo mai pianto in vita mia. Ora piango quando ne ho bisogno e poi sto meglio”. Questo evento segna uno spartiacque. La madre mi riferisce: “Ho ritrovato mio figlio. È più profondo, più tranquillo”. La mimica facciale, prima così rigida, ora si è animata.

Nel corso dell'anno successivo i progressi si consolidano. Luca riesce finalmente a ridurre e poi eliminare le benzodiazepine, mantenendo solo un antidepressivo a basso dosaggio. Riprende gradualmente attività che aveva abbandonato. Le crisi di panico si diradano fino a scomparire. La depersonalizzazione, sintomo così angosciante e persistente, si risolve completamente.

Dopo poco più di un anno dall'inizio della terapia, Luca è una persona tra-

sformata. Descrive con lucidità il suo percorso: “Sono più consapevole di me stesso, affronto più cose. La consapevolezza all’inizio è spaventosa, poi la accetti. Ho imparato a rallentare, a stare con me stesso”. E aggiunge una frase che riassume la trasformazione del suo *locus of control*: “Prima era ‘ce la faccio/non ce la faccio’. Ora è ‘voglio/non voglio’”. Il passaggio dall’impotenza all’agency è compiuto.

Sul lavoro ottiene riconoscimenti importanti. Riprende viaggi e attività esperienziali, ma con moderazione e significato diverso. Instaura relazioni sentimentali più durature. E soprattutto, come mi dice nelle ultime sedute: “Mi sono messo il cuore in pace riguardo alla morte. Ora vivo più sereno”. La paura esistenziale di fondo si è trasformata in accettazione. Resta ancora un po’ di timore per la “calma” che potrebbe sembrare vuota, ma è un timore gestibile, non più paralizzante.

## Riflessioni

La depersonalizzazione di Luca, seppur favorita dagli psicofarmaci, forse non era “solo” un sintomo dissociativo post-trauma. Forse era l’ultima difesa disponibile quando tutte le altre (evitamento emotivo, iperattività compensatoria, controllo perfezionistico) erano crollate simultaneamente. In questa lettura, il “collasso delle difese” diventa paradossalmente un’opportunità: per trent’anni Luca non aveva mai potuto piangere, sentire, stare. Il trauma ha rotto le difese e, per quanto doloroso, ha permesso l’emergere di una vita emotiva autentica.

La complessità farmacologica – con scalaggi ripetutamente sabotati dalla Parte Controllante/Ipocondriaca – sottolinea quanto sia importante un approccio integrato tra psicoterapia e farmacoterapia, pur nelle difficoltà organizzative dei servizi pubblici. La previsione della supervisora (“potrebbe servire sei mesi per ripulirsi”) si è rivelata preziosa per darmi pazienza e non interpretare l’assenza di miglioramenti come fallimento terapeutico.

Un’altra complessità, stavolta non clinica ma di “rete”, è stata il coordinamento con i servizi psichiatrici pubblici. Da un lato mi sono trovato in difficoltà nel gestire il complesso quadro farmacologico e i suoi ripetuti aggiornamenti, dall’altro, un po’ come Luca, avevo anche poco chiari gli effetti collaterali. Per fortuna gli psichiatri del servizio sono stati sempre disponibili e molto collaborativi. Ho cercato perciò di coordinarmi con loro quando possibile.

Grazie anche alla loro collaborazione scopro che, in almeno un paio di occasioni, tra una seduta e l’altra, Luca si è presentato al pronto soccorso psichiatrico per crisi d’ansia acute, soprattutto durante le fasi iniziali dello scallaggio farmacologico. Forse la sua Parte Controllante/Ipocondriaca lo ha mandato in agitazione alla prima sensazione “non prevista”? In ogni caso questo meccanismo ha sabotato per mesi ogni tentativo di diminuzione.

## Conclusioni

Questo caso mi ha insegnato molto sulla centralità della relazione terapeutica e sulla co-regolazione, soprattutto quando si lavora con pazienti complessi. Per mesi non ho capito granché. Non avevo una formulazione chiara, le ipotesi diagnostiche si susseguivano senza consolidarsi, i sintomi sembravano non migliorare mai stabilmente. Eppure, il semplice fatto di restare presente, di tollerare la mia incertezza senza scaricarla sul paziente, di dirgli onestamente “non ho tutte le risposte, ma resto con te”, credo abbia creato un’esperienza relazionale correttiva fondamentale. E, onestamente, sento abbia fatto crescere anche molto me, come terapeuta e come persona.

## BIBLIOGRAFIA

- Fisher, J. (2017). Trauma-informed stabilisation treatment: A new approach to treating unsafe behavior. *Australian Psychologist*, 52(1), 7-14.
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 voll.). Paris: Félix Alcan.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York: W. W. Norton & Company.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 marzo 2026.

Accettato: 11 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:1167  
doi:10.4081/rp.2026.1167

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



**Commento al caso clinico presentato in:**  
***Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico***

*Giulia Cavalli,\* Cristina Crippa\*\**

**So-stare**

Le persone spesso si presentano da noi con un quadro variegato di sintomi, molti dei quali, se osservati da vicino, parlano molto più profondamente delle parole che i pazienti pronunciano.

Così sembra essere nel caso di Luca: la depersonalizzazione, l'ansia invalidante, i pensieri di morte, la disconnessione emotiva e la paura di impazzire esprimono in modo molto evidente la sua fatica e il tentativo di allontanarsi da ciò con cui lo aveva messo in contatto la caduta, con conseguente trauma vertebrale e immobilizzazione con busto ortopedico.

Lo stare, indotto dall'immobilizzazione, era a quel momento pensato invivibile e inaccettabile per Luca. Da qui i sintomi: lo spegnimento emotivo, la depersonalizzazione e gli attacchi di panico parlano di un tentativo di proteggersi tenendo fuori contenuti emotivi ritenuti non maneggiabili e masticabili in quel momento dal paziente.

*Il paziente e il suo ambiente familiare*

A partire dalle informazioni raccolte sulla famiglia di Luca, ci si fa un'ipotesi di grande vulnerabilità dei genitori, che ha esposto il paziente a solitudine e in generale a un non essere nella mente dell'altro, cosa che fa fare molta fatica ai figli in generale.

Ci possiamo immaginare che la presenza di una madre ansiosa abbia spinto Luca a un ritiro protettivo di cui la madre stessa parla ("sempre

---

\*Socia SIPRe, Italia. E-mail: gcavalli7@gmail.com

\*\*Socia SIPRe, Italia. E-mail: cristina.crippa@libero.it

chiuso in camera, non racconta mai nulla”). Allo stesso modo, la fuga nell’iperattività (“non fermarsi mai”) rappresentava già nel passato la modalità trovata dal paziente per togliersi e contrastare un immobilismo percepito come mortifero. Dove ciò che era troppo da reggere era la possibilità di essere contenitore di pensieri e vissuti non elaborati dei genitori. La madre lo aveva colto e ritenuto eccessivo, ma evidentemente non è stata in grado di occuparsene, lasciando nuovamente il paziente solo di fronte alle cose.

Tutto ciò aveva comportato una grande fatica nella regolazione di sé e nella capacità di percepirsi esistente e separato, in un dialogo fluido con la realtà.

A tal proposito, c’è da ricordare anche che Luca arriva dopo il lutto di un fratello che non sappiamo quanto sia stato digerito dai genitori e, quindi, ha accolto su di sé anche queste memorie.

Per stessa ammissione della madre, Luca “non ha mai pianto, mai dato problemi, si è sempre arrangiato”: la madre ha scotomizzato la ragione di tale tendenza del figlio a non dare problemi, che possiamo immaginare possa risiedere nel dolore di non avere un appoggio e una risposta alle sue esigenze. Così si finisce per ridurre le proprie necessità emotive, non si chiede più, ci si risolve a occuparsi di sé.

In tutto questo quadro, il padre viene descritto come una “figura periferica”, dunque non in grado di costituire una figura alternativa e valida alla presenza della madre.

È comprensibile che all’inizio Luca chiedesse al terapeuta di “tornare a funzionare”, ossia di allontanare da sé lo stimolo intrusivo del blocco e dell’immobilismo, che probabilmente lo avvicinava pericolosamente alla possibilità non desiderata di percepire il dolore sottostante al tutto.

Molto interessante il discorso che il collega fa sul tollerare l’incertezza e non aspettarsi cambiamenti rapidi nei pazienti: le persone arrivano quando qualcosa si è rotto nella loro vita. Quando qualcosa da fuori (o da dentro?) ha reso non più funzionali né vivibili le soluzioni storiche sin lì adottate dalla persona. Questo non corrisponde affatto al desiderio di un cambiamento. Più spesso le persone chiedono, come Luca, di essere riparate, senza andare a toccare le cose in profondità.

Occorre tempo e grande rispetto per tentare di delineare ai pazienti le ragioni profonde dei loro sintomi, il senso che portano con sé, il rimando e il richiamo alla propria storia. I sintomi, infatti, sono la porta d’ingresso al personalissimo abisso dei pazienti e l’unica breccia attraverso cui qualcosa trapela del complesso mondo interiore di ogni persona.

E qui si apre la sfida: stare davanti al paziente e col paziente, in bilico con lui, spesso costellato di grande dolore, accogliere il suo e il nostro smarrimento, il non capire, in attesa che il quadro si dipani, fiduciosi che una via sia possibile, ma che ciò richieda tempo, rispetto, pazienza. La

confusione è spesso indice di una iniziale non possibilità e non permesso della persona di entrare dentro di sé e guardarsi davvero, sensazione che si riverbera nel terapeuta.

La *self-disclosure*, usata a un certo punto del lavoro dal collega, ha probabilmente permesso a Luca di sentire che non era solo. La “presenza nell’incertezza”, il percepire l’altro (terapeuta) in difficoltà, ma non spaventato, il risuonare assieme costituisce qualcosa che fa bene al cuore e nasce da un sincero esserci alla presenza dell’altro e conduce il paziente, con più coraggio, a prendere in mano la propria vita.

### *Vita e morte*

Luca nasce in un contesto dove vita e morte si mescolano fin da prima della sua venuta al mondo, dove non si può vedere e accogliere davvero né l’una né l’altra, dove si scappa sia dall’una che dall’altra. L’iperattività di Luca precedente al “crollo” – una caduta che rappresenta in realtà una rinascita nel dolore, che prima non poteva essere sentito – è rappresentativa del suo continuo scappare. E come terapeuti sentiamo questa iperattività e ne veniamo trasportati, cercando cambiamenti che, alla fine, non sono soluzioni, ma di nuovo l’impossibilità di toccare così tanto dolore. La paura del tempo vuoto, rallentato, che Luca ha provato dopo l’incidente è la prima possibilità per lui di sostare (nel senso etimologico di “saper stare con solidità” nel fluire vitale, nel non bloccarlo e rifiutarlo).

Lo stare del terapeuta, il suo dichiararlo apertamente, è la possibilità che si apre per entrambi di poter iniziare a sfiorare il dolore senza giudicarlo, senza incasellarlo, senza espellerlo. Il primo tocco che smuove è dato dal dirsi che esiste una preoccupazione e una confusione, che entrambi provano, e che la vita è anche in questo, che il dolore non è morte da espellere, ma una sensazione del vivere e, in quanto tale, può essere guardato in faccia, può essere pianto e amato, può essere attraversato e, in questo movimento, illuminare il sentiero che porta al contatto con sé stessi.

La paura del dolore considerato come morte (e non come vita) fa scappare Luca da ciò che sente e fa scappare la mente del terapeuta (in cerca di diagnosi, per esempio).

### *La Presenza*

Il nucleo creativo e profondamente vitale dell’esperienza terapeutica è la qualità della Presenza nella relazione. Questa Presenza non coincide con l’attenzione tecnica, né con l’applicazione pedissequa di un modello, ma con una modalità dell’esserci che rende possibile al paziente un incon-

tro con sé stesso, attraverso un terapeuta che incontra per primo sé stesso, la sua confusione, la vita e morte in sé, le proprie Parti, per usare una terminologia del collega che ha descritto il caso. In questa prospettiva, il lavoro terapeutico non è primariamente un intervento su contenuti mentali, bensì un'esperienza relazionale in cui può accadere qualcosa che modifica il modo di stare al mondo.

La clinica contemporanea è attraversata dal rischio di una deriva tecnicistica: protocolli, linee guida, standardizzazioni. Tali strumenti hanno una loro funzione, ma possono diventare difese condivise contro quella che viene sentita come l'angoscia mortifera dell'incertezza, del non avere un genitore rassicurante e riconoscente, come se questa incertezza fosse qualcosa di doloroso, mentre – se la guardiamo con occhi puliti da paure, aspettative e desideri, che generano giudizi – l'incertezza è la vita così come ci si presenta e non ha una connotazione positiva o negativa, è quella che è.

La ricerca di risposte, di definire, classificare, spiegare, ammazza il creativo della vita: infatti, l'esperienza trasformativa (cioè il fluire con la vita che è un continuo trasformarsi) non nasce dalla chiusura del senso, ma dalla possibilità di sostare in uno spazio non saturato.

La Presenza implica una sospensione del giudizio e una disponibilità a lasciar emergere ciò che accade nel campo relazionale, senza anticiparlo né forzarlo.

La Presenza è un contatto in cui il terapeuta è pienamente implicato come soggetto. Il giudizio – anche quello apparentemente benevolo – può diventare una forma sottile di difesa. Essere presenza significa lasciar-essere l'altro nella sua organizzazione attuale, riconoscendo che ogni soggetto fa ciò che può in quel momento per mantenere la propria coerenza.

La creatività del terapeuta, che pur segue un suo modello teorico (facendo attenzione a non scambiarlo per la realtà!), non è improvvisazione, ma capacità di rispondere in modo unico a una situazione unica. E nasce dalla libertà interiore di non attaccarsi al già conosciuto, di fluire con ciò che si presenta, senza paura e, come diceva Bion, senza memoria e desiderio.

La sicurezza del contesto terapeutico, che consente di stare alla vita e alla morte, emerge dalla qualità della presenza, non dal controllo dei contenuti e men che meno dalle applicazioni tecniche.

Ridurre i sintomi o aumentare le competenze possono essere esiti importanti, ma potremmo definirli come effetti collaterali dati dalla possibilità per il soggetto di esserci, di vivere presente a sé stesso.

Come le guide di montagna, possiamo condurre i pazienti fin dove siamo arrivati noi come terapeuti nei termini di Presenza, talvolta possiamo osare insieme a loro un essere alla vita che può sperimentarsi come nuovo anche per noi, ma non possiamo negare che in terapia è differente

se il nostro cammino interiore si è fermato al Monte Bianco o è giunto all'Himalaya, se si è fermato soddisfatto per una vetta raggiunta o se ha utilizzato una vetta non come arrivo ma come nuova partenza.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 marzo 2026.

Accettato: 11 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:1170

doi:10.4081/rp.2026.1170

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



**Commento al caso clinico presentato in:**  
***Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico***

*Alessandro Cavelzani\**

Dal collasso difensivo alla nascita del sé: una prospettiva relazionale e preventiva sulla vulnerabilità alessitimica

Il caso di Luca illustra il paradosso di un adattamento che maschera un complicato vuoto relazionale. Sebbene l'Autore utilizzi lenti cognitive (*Schema Therapy*) e traumatologiche (*Trauma-Informed Stabilization Treatment*; TIST), una lettura psicoanalitico-relazionale permette di inquadrare la sintomatologia non solo come un guasto del sistema difensivo, ma come l'esplosione di un Sé non integrato, le cui radici affondano nei primissimi scambi relazionali con le figure primarie.

Michele Minolli ci ha insegnato molte cose, tra le quali l'importanza dell'"Incontro-Confronto" per ascoltare e imparare da differenti punti di vista teorici. Pertanto sono molto grato alla Redazione di *Ricerca Psicoanalitica* per aver dato l'opportunità ad un collega di formazione cognitivista di presentarci un caso molto interessante, che commenterò con enorme rispetto offrendo alcune riflessioni dal punto di vista psicoanalitico relazionale e dell'*infant-research*. Grazie quindi per aver offerto anche a me questa possibilità di riflettere tutti insieme.

Silenzio del corpo, trascuratezza emotiva e fallimento della sintonizzazione primaria

Il caso di Luca, pur presentato attraverso la griglia degli schemi e delle parti (Fisher, 2017; Young, 2003), offre la possibilità di una lettura dalla

---

\*Professore di Psicologia Clinica, Università di Abu Dhabi, Emirati Arabi Uniti.  
E-mail: [alessandro.cavelzani@libero.it](mailto:alessandro.cavelzani@libero.it)

prospettiva psicoanalitica relazionale, illustrando una narrazione di fallimento della regolazione interattiva affettiva primaria. La madre, descritta come distante e ansiosa, e il padre, percepito come figura periferica, delineano quello che Beatrice Beebe e Frank Lachmann (2002) definirebbero come un sistema di interazione basato sulla mancata corrispondenza.

In un'ottica di *infant research*, il fatto che Luca non abbia mai pianto in vita sua non è un segno di autonomia precoce, ma la prova di un *mismatching* cronico (Tronick, 2007). Secondo il *Mutual Regulation Model* di Ed Tronick, lo sviluppo psichico dipende dalla capacità della diade di riparare i fallimenti comunicativi. Se il caregiver è emotivamente indisponibile o proiettivamente occupato da un lutto precedente (il figlio perso prima di Luca), il bambino molto probabilmente impara che la propria sofferenza non ha posto nell'Altro. La madre di Luca, assorbita dal lutto per il figlio perduto, incarna ciò che Green (1986) ha definito la "Madre Morta": una presenza fisica che è un'assenza psichica. Luca appare essere stato concepito in un vuoto emozionale, diventando un bambino rimpiazzo che deve essere perfetto per non arrecare altro dolore. Il risultato è un'autoregolazione difensiva estrema: l'alessitimia non appare come un'incapacità biologica, ma come una strategia relazionale per preservare il legame con un oggetto fragile o distante.

In un nostro recente lavoro di ricerca (Ito *et al.*, 2025), sottolineiamo come il maltrattamento non si limiti all'abuso fisico, ma si declini spesso in forme di trascuratezza emotiva e prolungata incapacità a riparare la sintonizzazione tra genitore e bambino. La freddezza della famiglia di Luca è infatti un importante indicatore di rischio che, se intercettato precocemente attraverso protocolli di prevenzione basati sull'osservazione della diade, avrebbe potuto probabilmente evitare la strutturazione di un carattere così rigido. Come abbiamo documentato nelle nostre pratiche di ricerca, intervenire sulla sicurezza dell'attaccamento nell'infanzia significa cercare di prevenire il collasso che Luca vive a trent'anni.

Il recente trauma vertebrale descritto nel caso clinico non appare aver creato la patologia, ma aver solo fermato le abituali disfunzionali strategie (l'iperattività, la fuga) che permettevano a Luca di non sentire il vuoto di una base sicura mai costruita. In altre parole, l'incidente è un trauma nel trauma. L'uso del busto ortopedico ha agito come una privazione sensoriale e motoria che ha reso impossibile la fuga dissociativa. Philip Bromberg (2011) descrive la salute mentale come la capacità di stare negli spazi tra le diverse parti del Sé senza perdere il senso di continuità. Luca, invece, viveva in una compartimentazione rigida: la sua "Parte Maniacale" serviva a non incontrare la "Parte Bambina Vulnerabile". Quando il corpo è stato forzatamente fermato, il sistema di fuga è crollato. La depersonalizzazione appare una comprensibile conseguenza: quando

non è più possibile scappare fisicamente né psicologicamente, il Sé si scinde per sopravvivere all'incontro con l'angoscia di annichilimento.

## La co-regolazione e il moving along

L'Autore del caso descrive un momento di svolta fondamentale quando decide di utilizzare la *self-disclosure*, ammettendo la propria confusione e garantendo al contempo la propria presenza. Sebbene l'articolo classifichi questo atto come *limited reparenting*, la prospettiva di Stephen Seligman (2018) ci permette di leggerlo come un intervento di co-regolazione degli stati affettivi. Il periodo in cui il terapeuta dichiara di "brancolare nel buio" può essere riletto come un *enactment* del vuoto relazionale di Luca. Il terapeuta ha vissuto sulla propria pelle l'impotenza del piccolo Luca davanti a genitori periferici o ansiosi. La risoluzione non è arrivata da una tecnica specifica, ma dalla capacità del terapeuta di abitare quella confusione senza agire sulla fretta del paziente.

In questo senso, la proposta del terapeuta di regolarsi sulla propria lentezza appare ciò che Alexandra Harrison e il *Boston Process of Change Study Group* (2002) definirebbero "*moving along*". Si tratta, cioè, di quel processo di micro-aggiustamenti non verbali e affettivi che permettono al paziente di sperimentare una nuova forma di conoscenza relazionale implicita. Un altro punto di convergenza essenziale è il concetto di mutualità di Lewis Aron (1996). Quando il terapeuta esce dal ruolo di mero osservatore oggettivo per entrare in una dimensione intersoggettiva, crea un Terzo Relazionale (Ogden, 2006), uno spazio dove la lentezza del clinico diventa la funzione regolatrice che permette a Luca di sentire finalmente se stesso attraverso l'altro.

Incontrare un terapeuta che rinuncia alla propria onniscienza è un'esperienza profondamente trasformativa. Questo permette il passaggio da un sistema difensivo basato sulla prestazione a uno basato sull'agency. Come sottolineato nel nostro libro (Ito *et al.*, 2025), la prevenzione del disturbo di personalità passa proprio per il recupero della soggettività, nel passaggio dal "ce la faccio/non ce la faccio" (logica della sopravvivenza) al "voglio/non voglio" (logica del desiderio e del Sé).

## Il pianto come emergenza del Sé integrato

Il momento in cui Luca piange per la prima volta in trent'anni rappresenta il crollo del Falso Sé iper-adattato. Non è solo uno sfogo emotivo, ma l'esito di un lungo lavoro di integrazione delle parti dissociate. Mentre l'approccio TIST si concentra sulla stabilizzazione, la psicoanalisi rela-

zionale sottolinea che la guarigione avviene quando il paziente può “sentirsi uno in molti” (Bromberg, 2011). Il pianto di Luca è dunque il segno che la “Parte Bambina Vulnerabile” non ha più bisogno di essere dissociata perché ha trovato, nel legame con il terapeuta, una funzione di holding (Winnicott, 1965) sufficientemente solida da contenere il dolore senza frammentazione.

La alestitimia descritta nel caso clinico non appare dunque un tratto immutabile, ma un esito di un trauma causato da prolungate esperienze di rottura della sintonizzazione e mancata riparazione. La psicoterapia relazionale diventa allora un’opportunità riparativa, restituendo al soggetto il diritto di provare ed esprimere affetti sacrificati per decenni.

## Conclusione

Il caso di Luca ci ricorda che dietro ogni collasso difensivo si cela l’opportunità di una rinascita soggettiva, a patto che il clinico sia disposto a scendere nel campo relazionale. L’integrazione tra la ricerca sull’infanzia e la pratica clinica con l’adulto ci suggerisce che la chiave della prevenzione e della cura risieda nella qualità della presenza intersoggettiva. Il successo della terapia di Luca non è dipeso solo dalle tecniche, ma dalla capacità del terapeuta di fungere da regolatore biologico e psichico, offrendo a Luca quella sintonizzazione che la sua storia familiare gli aveva negato. È questa base sicura che ha trasformato la paura della morte in accettazione della vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Aron, L. (1996). *A meeting of minds: Mutuality in psychoanalysis*. New York, NY: Basic Books.
- Beebe, B., & Lachmann, F. M. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Mahwah, NJ: The Analytic Press.
- Bromberg, P. M. (2011). *The shadow of the tsunami: and the growth of the relational mind*. London: Routledge.
- Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D. N., Tronick, E. Z., & Boston Change Process Study Group. (2002). Explicating the implicit: the local level and the microprocess of change in the analytic situation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 83(5), 1051-1062.
- Green, A. (1986). The dead mother. In *On private madness* (pp. 142-173). London: Hogarth Press.
- Ito, K., Nobuchi, S., Furuhashi, S., Senga, I., Cavelzani, A. (2025). *Clinical Research and Practices to Support Families at Risk of Child Neglect and Maltreatment*. Cambridge Scholar Publishing, UK.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W. W. Norton & Company.

- Seligman, S. (2018). *Relationships in development: Infancy, intersubjectivity, and attachment*. London: Routledge.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando Editore.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 8 marzo 2026.

Accettato: 12 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:1166

doi:10.4081/rp.2026.1166

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



**Commento al caso clinico presentato in:**  
***Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico***

*Giuseppina Corso\**

La lettura di questo caso mi ha messa davanti ad una sfida interessante, quella, cioè, di muovere un confronto al di là di un metodo conosciuto e condiviso e provare a ri-conoscere Luca tentando di intessere una lettura plurale del lavoro.

Non potendo, e non volendo, muovere alcuna critica all'approccio usato, ho deciso, a tal proposito, di provare a fornire una visione del caso secondo il nostro approccio, mettendo in rilievo i punti che mi sono sembrati importanti nel processo clinico, per cercare di ampliare la prospettiva, già ricca, che il collega ci ha offerto.

Il lavoro proposto segue una sua linearità impeccabile, siamo accompagnati punto per punto nel percorso terapeutico con spiegazioni circa le tecniche sia teoriche sia operative. Luca dal canto suo pare giovarne ed esce dal periodo complicato che stava attraversando, riappropriandosi di un sé nuovo.

Proviamo a ripartire allora non dal lavoro fatto ma da Luca. Ci viene presentato un giovane uomo molto attivo. Le notizie che abbiamo ci parlano di una persona che si mostra determinata e sempre in movimento "i continui weekend fuori, l'iperattività, il non fermarsi mai", con una vita relazionale abbastanza ricca e in pieno controllo, anche troppo, delle proprie emozioni, tanto da tentare di negarsi la possibilità di provarle. Proprio questo suo modo di confrontarsi con la vita emotiva pare essere "il punto debole".

La vita familiare di Luca sembra essere stata caratterizzata da un'educazione implicita a non dare problemi: il collega ci racconta sia nato mentre probabilmente i genitori elaboravano ancora il lutto di un primogenito; la madre appare fredda e distaccata, il padre assente, ciò suggerisce un ambiente relazionale in cui le emozioni non potevano essere condivise o

---

\*Psicologa e Psicoterapeuta, SIPRe, Italia. E-mail: giuseppinacorso89@gmail.com

elaborate. La teoria relazionale propone l'emersione del Sé all'interno di sistemi di reciprocità affettiva. Il Soggetto si auto-eco-regola e nella relazione primaria inizia a definire sé stesso e le sue modalità di stare al mondo: quando tali sistemi risultano impoveriti o difensivamente organizzati, il soggetto può sviluppare strategie di disconnessione emotiva per preservare la continuità del legame (Mitchell, 1988). In questo senso, l'apparente "assenza di emozioni" di Luca può essere letta come una forma di adattamento precoce a un contesto relazionale nel quale sentire troppo avrebbe potuto risultare destabilizzante o non riconosciuto.

Il sistema difensivo che Luca sviluppa nella vita adulta appare articolato ma coerente. Da un lato emerge una modalità di distacco emotivo e ritiro interno; dall'altro, un'iperattivazione costante della vita esperienziale, caratterizzata da ritmi intensi e da una ricerca continua di stimoli. Nella prospettiva relazionale queste configurazioni non sono soltanto difese intrapsichiche, ma modalità attraverso cui il soggetto regola la distanza dall'altro e gestisce la propria vulnerabilità: Luca non può permettersi di sentire le proprie emozioni e trova come soluzione lo stare "a mille", scelta che può essere interpretata come una strategia relazionale di regolazione affettiva, in quanto mantenere un livello costante di attivazione impedisce al ragazzo il contatto con stati emotivi più profondi e potenzialmente dolorosi.

Come giustamente sottolineato dal collega, questa modalità va in crisi quando il corpo obbliga Luca a fermarsi. Il trauma fisico e la conseguente immobilizzazione diventano l'evento che mette in crisi l'intero sistema difensivo, obbligando Luca a sentirsi, non solo fisicamente, ma anche, e soprattutto, emotivamente. Citando il collega, si "rompe l'illusione di controllo" e Luca è costretto ad incontrarsi, forse per la prima volta.

Crollata la difesa usuale di Luca e chiamato a questo punto a confrontarsi/incontrarsi con sé, arriva in terapia con un bagaglio importante di sintomi di gravità tale da invalidare la sua vita quotidiana e richiedere l'intervento farmacologico. Tra tutti la depersonalizzazione colpisce e confonde il collega, come biasimarlo, il quale tenta di trovarvi un senso anche cercando un'etichetta diagnostica che possa spiegare quanto stia accadendo.

Premettendo che lo stesso atto di fare diagnosi è nella SIPRe un atto relazionale, ritengo utile riprendere quanto affermato da Corbelli e Piazzalunga (2025) nel loro articolo *Sentirsi esistente e stare al mondo a certe condizioni. La diagnosi riletta secondo una prospettiva psicoanalitica relazionale*: "La patologia e la sua definizione diagnostica altro non sono che il modo che quell'essere umano ha trovato per sentirsi esistente". Stando a questo, già l'interrogarsi senza sosta del collega circa quale sia la diagnosi nosografica corretta per i sintomi e la sofferenza di Luca è un movimento verso il voler conoscere la persona che porta quei sintomi e, al contempo, un movimento di Luca stesso per tentare di farsi conoscere attraverso il suo peculiare modo di soffrire.

Se avviciniamo ai sintomi di Luca guardandoli come a uno dei modi che ha trovato per farsi conoscere e per “sentirsi esistente”, la depersonalizzazione, per esempio, può essere compresa come una forma estrema di regolazione dell’esperienza soggettiva. Bromberg (1998, 2006) descrive la dissociazione come un processo che consente al soggetto di “non essere completamente presente” a stati emotivi che minacciano la coesione del Sé. In altre parole, la depersonalizzazione può funzionare come un rifugio psichico quando la continuità dell’esperienza interna diventa intollerabile.

Nel caso di Luca, la dissociazione sembra emergere proprio quando le strategie difensive abituali non sono più disponibili. L’immobilizzazione fisica e l’angoscia di perdita di controllo producono una rottura nella continuità della sua identità esperienziale. La sensazione di “spegnimento” descritta dal paziente può essere letta come una forma di auto-protezione psichica che permette di ridurre l’impatto emotivo di un’esperienza percepita come ingestibile.

Che cosa fare a questo punto? Abbiamo davanti una persona sconvolta, confusa, che non conosce più, in un certo qual senso, il suo mondo e che ha trovato come unico nuovo rifugio una sintomatologia debilitante. Come lo aiutiamo a dare senso a tutto ciò e ricostruire un senso nuovo? Immagino che il collega si sia fatto le medesime domande e pare che proprio porsi questi interrogativi ammettendo di non avere le risposte sia stato di fondamentale aiuto, al terapeuta *in primis*.

Nel tentativo di trovare risposte, inizia nella stanza di terapia un “ballo” relazionale tra due Soggetti obbligati ad abbandonare ognuno le proprie certezze. Il paziente non può utilizzare il suo conosciuto modo di stare al mondo, non funziona più ed i sintomi glielo rendono evidente e il terapeuta deve accogliere il socratico “sapere di non sapere” ed utilizzare anche la propria soggettività per conoscere l’Altro.

Al di là del metodo, al di là anche della formulazione clinica, l’aspetto interessante di questo caso credo sia proprio nella riflessione che ci obbliga a fare ancora una volta sull’importanza della relazione terapeutica. Il terapeuta scrive ad un certo punto “...branco nel buio” e non esiste forse vissuto più estraniante per una persona che è investita nella fantasia del paziente, e a volte anche dello stesso terapeuta, di una sorta di potere taumaturgico. L’idea che richiama alla cultura medica occidentale, che vi sia un esperto che è lì pronto a darti le risposte giuste e a guarirti, può sembrare secondaria ma spesso permea anche l’aspettativa che, come terapeuti, possiamo avere sul nostro lavoro. Il collega, facendo un grande dono di umiltà, ci descrive la sua confusione e il soggiacente sentimento di inadeguatezza che tutti, almeno una volta, abbiamo provato e continueremo a provare, di fronte a “quel” paziente, quello che non risponde all’approccio solito, alle tecniche, al metodo e che ci costringe ad ammettere che in fondo non sappiamo nulla, o ben poco.

Soprattutto in queste situazioni, possiamo fare affidamento su un elemento fondante la teoria relazionale: la qualità del campo relazionale co-costruito. (Ri-)scopriamo ciò che sottolineava Mitchell (1997) e cioè che l'influenza reciproca terapeuta-paziente è inevitabile e che il lavoro che si farà è tra due menti in interazione e negoziazione costante.

La sensazione di confusione, di non riuscire a “sentire” emotivamente il paziente e di non avere una formulazione diagnostica chiara diventa un elemento clinicamente rilevante.

Nella prospettiva relazionale, l'esperienza emotiva del terapeuta non viene considerata come un semplice ostacolo tecnico, ma come parte integrante del campo intersoggettivo che si crea nella relazione terapeutica (Aron, 1996).

Il senso di smarrimento del terapeuta può essere interpretato come una forma di partecipazione al mondo interno del paziente, caratterizzato da disorientamento e disconnessione emotiva.

L'Altro diventa una sorta di specchio deformante che accoglie la nostra immagine e ce la restituisce passando attraverso la propria. In questo senso, la scelta di operare una *self-disclosure*, svelamento cosciente e voluto, da parte del terapeuta di aspetti di sé, diventa un modo per aiutare entrambi a cercare un senso nuovo a quel che sta accadendo.

Il collega si sfida, abbandona la *comfort zone* del suo lavorare strutturato ed *evidence-based*, come ci dice lui stesso, e si lascia guidare dall'incertezza. Questo movimento diventa fondamentale quando entriamo nella stanza di terapia e ci accorgiamo che non c'è nessun Esperto ma due Soggetti che devono mettere a disposizione dell'Altro le poche certezze che credono di avere.

Quello che il collega chiama “intervento di *limited reparenting*”, l'offrire cioè un'esperienza relazionale nuova al paziente ammettendo la propria confusione, cito: “Sono anch'io confuso e preoccupato [...] Ma anche se non ho ancora capito tutto di come funzioni e di quello che ti sta succedendo, anche se non tutto mi è chiaro, io voglio aiutarti. E resterò con te finché non starai bene”, costituisce, dal punto di vista del modello SIPRe, un potente atto relazionale. Mostrando a Luca questa sua confusione e al contempo la volontà e la possibilità di dipanarla insieme senza dovervi fuggire, viene introdotta un'esperienza nuova rispetto alle configurazioni interiorizzate del ragazzo: madre ansiosa e intrusiva, padre ritirato e assente e continue richieste di prestazione.

In termini SIPRe, il terapeuta contribuisce alla costruzione di una nuova configurazione relazionale che permette l'emersione dell'emozione, la possibilità di dipendere senza che questo diventi umiliante e l'idea, del tutto nuova per Luca, che la vulnerabilità non produce abbandono e che, anzi, possa essere strumento di conoscenza.

La *self-disclosure* nel modello SIPRe non è uno strumento informativo e autoreferenziale ma funzionale alla trasformazione relazionale e alla co-costruzione di significati nuovi per il benessere del paziente. Essa si configura come un atto relazionale intenzionale che interviene sul campo analitico co-costruito. Se, come sostiene Minolli (2009), il Sé è l'esito dinamico di configurazioni relazionali interiorizzate, allora ogni intervento del terapeuta partecipa inevitabilmente alla riorganizzazione di tali configurazioni. In questa prospettiva, la comunicazione al paziente della propria incertezza non rappresenta uno scarico emotivo, ma un'offerta trasformativa: nel caso presentato, assume la funzione di ampliare la simbolizzazione e permette a Luca di mettere in discussione l'idea che l'Altro non possa reggere un suo fermarsi nella confusione. La *self-disclosure* può, dunque, favorire la costruzione di una reciprocità asimmetrica (Aron, 1996), in cui il terapeuta resta responsabile del processo ma non si pone come istanza onnisciente e contribuisce alla creazione di quello che Ogden (1994) chiama "terzo analitico": uno spazio condiviso in cui l'incertezza diventa pensabile e l'affetto tollerabile.

Concludendo, il caso di Luca mostra come il collasso di un sistema difensivo possa rappresentare, paradossalmente, l'inizio di un processo trasformativo. Da una prospettiva relazionale, il cambiamento non deriva esclusivamente dall'elaborazione cognitiva o dall'interpretazione dei sintomi, ma dalla possibilità di vivere nella relazione terapeutica nuove forme di esperienza emotiva.

La presenza stabile del terapeuta, la tolleranza dell'incertezza e la disponibilità a condividere l'esperienza affettiva del paziente hanno contribuito alla creazione di un campo relazionale in cui Luca ha potuto progressivamente recuperare il contatto con le proprie emozioni.

In questa prospettiva, la terapia non si limita a ridurre i sintomi, ma favorisce la possibilità di costruire una relazione più autentica con sé stessi e con gli altri. Il percorso di Luca testimonia come l'incontro terapeutico possa diventare uno spazio in cui esperienze emotive rimaste a lungo inesprimibili trovano finalmente riconoscimento e integrazione.

#### BIBLIOGRAFIA

- Aron, L. (1996). *A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Bromberg, P. (1998). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the Spaces*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bromberg, P. (2006). *Awakening the Dreamer*. Mahwah, NJ: Analytic Press.
- Corbelli, L., & Piazzalunga, F. (2025). Sentirsi esistente e stare al mondo a certe condizioni. La diagnosi riletta secondo una prospettiva psicoanalitica relazionale. *Ricerca Psicoanalitica*, 36(s1).

- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: Franco Angeli.
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, S. A. (1997). *Influenza e autonomia in psicoanalisi*, Torino: Bollati Boringhieri Ed.
- Ogden, T. (1994). The analytic third: working with intersubjective clinical facts. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 75(Pt 1), 3-19.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 7 marzo 2026.

Accettato: 11 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:1169

doi:10.4081/rp.2026.1169

*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.*

## ***Quando non si può più scappare: il collasso dei meccanismi di difesa e la rinascita emotiva in un giovane adulto alessitimico: replica ai commenti***

*Enrico Scappatura\**

Ringrazio ciascun collega per la generosità delle riflessioni offerte. E vorrei ringraziare qui anche tutta la redazione della rivista *Ricerca Psicoanalitica* e, *in primis*, Laura Corbelli, per questa bella occasione. Senza di lei, sicuramente non avrei fatto questa simpatica incursione nel mondo psicodinamico.

Leggere i tre commenti al mio caso clinico è stato piacevole e decisamente interessante. Mi colpisce innanzitutto la convergenza trasversale, seppur da approcci teorici diversi, sull'idea che la qualità della relazione sia centrale nel processo trasformativo.

Questa convergenza non mi sorprende. Se storicamente la relazione terapeutica è stata centrale negli approcci psicodinamici, non si può dire lo stesso del cognitivismo classico (o "standard").

Però il cognitivismo italiano moderno, grazie a padri come Giovanni Liotti e Antonio Semerari, ha compreso come la relazione terapeutica sia non solo utile ma fondamentale, passando da variabile aspecifica a variabile specifica dell'efficacia terapeutica, rendendo così il cognitivismo nostrano particolarmente interessante e fecondo, anche nel panorama internazionale.

Tra i loro numerosi e preziosissimi insegnamenti, non riassumibili in poche righe, citerei qui come Liotti ci abbia insegnato l'importanza dell'attivazione in seduta del sistema cooperativo (Liotti & Monticelli, 2014), mentre Semerari ci abbia insegnato ad osservare e riparare le rotture relazionali (insegnandoci la lezione che fu già di Safran e Muran).

Ma come non citare anche i contributi internazionali, dalla *Schema Therapy*, che pone il *limited reparenting* al centro del lavoro clinico come esperienza relazionale correttiva, alla *Compassion-Focused Therapy* (CFT),

---

\*Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva; Associazione italiana per lo studio del Trauma e della Dissociazione/European Society for Trauma and Dissociation, Italia. E-mail: enrico.scappatura@gmail.com

che descrive invece la postura compassionevole del terapeuta come attivazione del sistema affiliativo di regolazione emotiva.

Inoltre la psicoterapia cognitivo-comportamentale sta attraversando un momento di profonda evoluzione integrativa: la *Process-Based Therapy* propone di superare i protocolli diagnostici a favore dei processi di cambiamento transdiagnostici, la *Contextual Schema Therapy* integra il modello degli *schema mode* con tecniche *Acceptance and Commitment Therapy* (ACT) e CFT.

Il cognitivismo moderno è in costante evoluzione, e di sicuro non è più un approccio che ignora la relazione a favore della tecnica.

*Giulia Cavalli e Cristina Crippa*

Bellissimo commento. Ringrazio molto le colleghe per le gentili e acute parole. Colgono molto bene tanti aspetti, molti dei quali probabilmente nemmeno a me erano chiari (e credo neppure al paziente). Tra i vari, il senso della nostra relazione terapeutica, e il mio tentativo di seguire un “senso” più che un protocollo prestabilito, e di stare (anzi, “so-stare”) col paziente. Coi suoi tempi, anzi, coi nostri tempi.

Le colleghe fanno un punto che sento molto vicino: la Presenza come qualcosa di distinto dall'applicazione pedissequa di un modello. Nel mio caso, le tecniche sono arrivate dopo la Presenza, non al posto di essa. È una sequenza che ritrovo nei principi della psicotraumatologia e nella terapia sensomotoria, dove il tracking dei segnali corporei precede qualsiasi elaborazione cognitiva. Ma è anche ciò che descrivono Liotti e Monticelli: fondare l'alleanza sul sistema cooperativo prima di lavorare sugli aspetti traumatici, perché entrare troppo presto nel sistema di attaccamento, con un paziente che ha vissuto il trauma proprio lì, rischia di riattivare la frammentazione.

Non credo che Presenza e tecnica siano incompatibili: la tecnica funziona solo quando è sostenuta dalla Presenza. Ma l'ordine conta: prima il “terreno” relazionale, poi la “semina”.

Mi piace anche la metafora delle colleghe sulle cime. Credo che il nostro sia un lavoro che trasforma e fa crescere anche noi insieme ai nostri pazienti, cui sono sempre molto grato.

Molti dei miei pazienti mi dicono però che avrebbero scambiato volentieri la loro saggezza con un minor grado di sofferenza. Io rispondo che questa scelta probabilmente non l'abbiamo mai davvero avuto davanti a noi ma che, data quella condizione, possiamo solo scegliere cosa fare delle nostre cicatrici. Per incoraggiarli, cito spesso un semplice aforisma: “Non c'è saggezza senza cicatrici”.

*Alessandro Cavelzani*

Il collega coglie bene il sistema familiare di Luca. Non poteva sentire le emozioni, perché non era adattivo per lui: sentirle avrebbe significato gestirle da solo o mandare in affanno una mamma già sofferente. Liotti e Farina

descrivono proprio questa dinamica: quando il caregiver è al tempo stesso fonte di protezione e di indisponibilità emotiva, il bambino può sviluppare un attaccamento disorganizzato, trovandosi in una situazione di paura senza soluzione (*fright without solution*). L'alessitimia, in questa prospettiva, non è un'incapacità biologica ma un esito della dimensione traumatico-dissociativa: il bambino impara a non sentire perché sentire sarebbe troppo pericoloso.

Nell'articolo ho preferito non sottolineare tutte le difficoltà dei genitori, separati da diversi anni. Questo ha verosimilmente aumentato la necessità di adattarsi all'unico genitore rimasto.

Su questo aspetto mi ha aiutato la concettualizzazione in chiave *Schema Therapy e Trauma-Informed Stabilization Treatment* (TIST) per dare a Luca una lettura compassionevole del suo funzionamento. Nella TIST, le "parti" vengono infatti presentate come risposte difensive normali a situazioni anormali: un invito a entrare nel sistema cooperativo, osservando insieme, fianco a fianco, come funzionano le sue parti.

Fuga e iperattività erano probabilmente strategie evitanti per gestire la vulnerabilità emotiva. Abusava di dopamina, credendo fosse serotonina. Eccitazione invece di serenità. In termini di CFT, viveva nel sistema di *drive* con il sistema di *soothing* cronicamente disattivato. Il collasso difensivo ha paradossalmente creato le condizioni per attivare, nella relazione terapeutica, quel sistema affiliativo che la sua storia gli aveva negato.

Un aspetto su cui ho riflettuto molto riguarda il passaggio dal "ce la faccio/non ce la faccio" al "voglio/non voglio." Mi sembra ricalchi il passaggio da scopi prestazionali a valori personali, presente nell'ACT, che li distingue chiaramente: gli scopi si raggiungono o si falliscono, i valori sono direzioni di vita che guidano il comportamento, indipendentemente dal risultato. Con Luca questo passaggio è avvenuto gradualmente: la relazione terapeutica gli ha permesso di scoprire che "vivere" non coincide con "fare una prestazione".

Con lui ho rallentato, e ho poi accompagnato lui a fare altrettanto. Non sapevo questo si chiamasse *Moving Along*, perciò ringrazio il collega perché ho imparato una cosa nuova. Sono d'accordo che sia stata soprattutto la connessione emotiva costante e rassicurante a fare la differenza: il *limited reparenting* non è stato solo un insieme di tecniche, ma la qualità che ho provato a ricreare nella relazione stessa. Andrò a leggermi i libri che cita il collega, a cominciare da quello di Ito e colleghi.

*Giuseppina Corso*

Anche qui, che dire? La collega ha visto e letto molte cose del processo terapeutico che dalle sue righe assumono una nuova e interessante forma. La sua rilettura in chiave psicoanalitica relazionale del mio muovermi col paziente dà un piacevole nuovo vestito a qualcosa che indosso spesso.

Mi ha colpito quando, riprendendo Corbelli e Piazzalunga, descrive la

diagnosi come “atto relazionale” e i sintomi come il modo che una persona ha trovato per “sentirsi esistente”. Il mio “brancolare nel buio” diagnostico non era solo confusione clinica: era il mio modo di avvicinarmi alla persona, prima che al quadro nosografico. Anche nella Terapia Metacognitiva Interpersonale, il processo diagnostico si costruisce nella relazione, e il terapeuta può usare se stesso come strumento di conoscenza, oltre che di cura.

Luca mi ha messo in difficoltà anche perché lo stabilizzatore dell’umore aveva appiattito la sua mimica facciale più intensamente e più a lungo di quanto mi aspettassi. Ho scelto di portarlo in supervisione per venirme a capo. Inutile dire quanto mi siano stati utili questi confronti. A conferma che la supervisione serve sempre, soprattutto coi casi complessi. Anche se, devo dire, qualche volta noi cognitivisti la sottovalutiamo.

### Nota finale

Presentare un caso a colleghi di formazione diversa è stato un atto di fiducia reciproca. Ciascuno ha saputo vedere nel mio lavoro qualcosa che io, dall’interno del processo, non sempre riuscivo a nominare e talvolta neppure a vedere. È il privilegio dell’incontro tra sguardi diversi: non si tratta di scegliere chi abbia ragione, ma di riconoscere che la complessità dei nostri pazienti richiede la complessità dei nostri pensieri. E che, alla fine, ci troviamo tutti dalla stessa parte: quella di chi cerca di stare con l’altro nella sua sofferenza, con rispetto, con onestà, e con la speranza che qualcosa di buono possa nascerne.

### BIBLIOGRAFIA

- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (a cura di) (2014). *Teoria e clinica dell’alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo-evolutionista*. Milano: Raffaello Cortina.
- Semerari, A. (a cura di) (2024). *La relazione terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.

### BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). *Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders: A Treatment Manual*. London: Routledge.
- Dimaggio, G., & Semerari, A. (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in Psychology, 10*, 933.
- Fisher, J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. New York: Routledge.

- 
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable & Robinson.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (Eds.) (2018). *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 15 marzo 2026.

Accettato: 22 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:1171

doi:10.4081/rp.2026.1171

*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.*



## **Cosa dice la ricerca sui rischi psicologici dei figli in famiglie omogenitoriali?**

### ***Aggiornamenti per psicoanalisti e non solo a partire dall'importante lavoro di Nicola Carone***

*Laura Bonalume\**

Negli ultimi decenni la ricerca empirica sull'omogenitorialità ha raggiunto un livello di coerenza e convergenza tale da poter parlare di un vero e proprio consenso scientifico: l'orientamento sessuale dei genitori, di per sé, non rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo psicologico dei figli (Carone, 2021; Dourou & Sousamli, 2025; Fedewa *et al.*, 2015; Gartrell & Bos, 2024). In questo panorama si inserisce in modo rilevante il lavoro di Nicola Carone (Università di Pavia, Italia), uno dei principali ricercatori italiani sull'omogenitorialità, che ha contribuito a integrare dati empirici rigorosi con una lettura clinica e relazionale dei processi familiari nelle famiglie omogenitoriali. Il suo lavoro è importante perché integra studi empirici quantitativi (sviluppo psicologico, comportamento, attaccamento), con prospettive cliniche e relazionali (qualità della funzione genitoriale).

Gli studi di Carone e colleghi (Carone, 2021; Carone *et al.*, 2017; Carone *et al.*, 2020; Carone *et al.*, 2021) spesso basati su campioni di bambini nati tramite gestazione per altri e cresciuti in diverse configurazioni familiari (coppie omogenitoriali maschili, coppie eterosessuali, genitori single), mostrano in modo consistente che non emergono differenze significative negli indicatori di benessere psicologico, come autostima, problemi emotivi o comportamentali. Ciò che appare invece determinante è la qualità delle relazioni familiari: il sostegno emotivo, la sensibilità genitoriale, la stabilità del contesto di crescita. In altre parole, i fattori che la letteratura sullo sviluppo ha sempre riconosciuto come centrali restano tali indipendentemente dalla composizione di genere della coppia genitoriale. Queste conclusioni si inseriscono in un quadro internazionale molto ampio. A par-

---

\*Dipartimento Studi e Ricerca SIPRe, Milano; Dipartimento di Psicologia Clinica ASST Brianza, Italia. E-mail: laura.bonalume@gmail.com

tire dagli studi pionieristici di Susan Golombok (1997) e Charlotte J. Patterson (2006), fino alle meta-analisi di Judith Stacey e Timothy J. Biblarz (2001), oltre quarant'anni di ricerche hanno sistematicamente confrontato figli cresciuti in famiglie omogenitoriali e eterogenitoriali, senza rilevare differenze significative in termini di sviluppo emotivo, funzionamento sociale, identità di genere o rendimento scolastico (Golombok, 2015). Le principali associazioni scientifiche internazionali, come l'*American Psychological Association* (Patterson, 2009), hanno più volte ribadito che non esistono evidenze di un maggiore rischio psicopatologico per questi bambini.

Nel libro *Le famiglie omogenitoriali*, Carone (2021) sintetizza decenni di ricerche, mostrando che la funzione genitoriale è indipendente dal genere dei genitori. Lo sviluppo dei figli dipende piuttosto da 3 principali fattori: 1. qualità dell'attaccamento; 2. competenze di cura; 3. contesto relazionale e riporta come molte ricerche mostrino addirittura in queste famiglie maggiore equità nella divisione dei ruoli, minore uso di punizioni fisiche, maggiore apertura nei ruoli di genere rispetto alle famiglie tradizionali o eterogenitoriali.

Dal punto di vista teorico, anche in dialogo con la clinica e con modelli come quelli dell'attaccamento o della psicoanalisi relazionale, emerge con chiarezza un punto cruciale: non è la struttura familiare in sé a determinare gli esiti evolutivi, ma la qualità dei processi relazionali. Ciò implica spostare l'attenzione da una concezione "strutturale" della famiglia a una "processuale", in cui assumono centralità la capacità di accudimento, la regolazione affettiva, la funzione riflessiva e la costruzione di legami sicuri. È importante tuttavia aggiungere, in un'ottica di rigore scientifico, che eventuali difficoltà osservate in alcuni contesti non sembrano derivare dalla configurazione omogenitoriale, bensì da fattori esterni come lo stigma sociale, la discriminazione o la mancanza di riconoscimento istituzionale. In questo senso, il contesto culturale può rappresentare un elemento di rischio o di protezione molto più rilevante della struttura familiare stessa.

Nel complesso, dunque, le evidenze empiriche convergono nel sostenere che i figli di famiglie omogenitoriali non presentano maggiori rischi psicologici rispetto ai loro coetanei cresciuti in famiglie eterogenitoriali: ciò che fa la differenza, ancora una volta, è la qualità delle relazioni che sostengono il loro sviluppo.

Il contributo di Nicola Carone è inserito anche nel *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, terza edizione (PDM-3; Lingiardi & McWilliams, 2026), dove si colloca in modo molto coerente con tutta la traiettoria di ricerca della psicoanalisi attuale e in generale anche dello stesso manuale. Infatti si prefigge di portare dentro la diagnosi psicodinamica contemporanea una lettura empiricamente fondata della genitorialità, inclusa quella nelle famiglie non tradizionali. Se nel PDM-3, infatti, una

delle innovazioni centrali è l'attenzione molto più sistematica al ciclo di vita e alla sua evoluzione, l'approccio alla genitorialità viene letto come funzione mentale e relazionale, lungo lo sviluppo precoce. In questo quadro, il lavoro di Carone, concentrandosi sulla valutazione del funzionamento mentale genitoriale all'interno dell'Asse M (funzionamento mentale), mostra come le diverse funzioni mentali – regolazione affettiva, capacità riflessiva, integrazione delle esperienze, uso delle difese – possano essere lette non solo nell'individuo, ma nella relazione genitore-bambino, diventando così strumenti clinici per comprendere la qualità della cura e le traiettorie evolutive. Nel PDM-3 questa prospettiva trova una formalizzazione diagnostica: ciò che va valutato non è chi sono i genitori, ma come funzionano mentalmente nella relazione di cura. In questo senso, il contributo di Carone aiuta a spostare la diagnosi da modelli normativi (famiglia “tipica”) a modelli processuali e dimensionali, perfettamente in linea con l'impianto del PDM-3. Questo tipo di risultati rafforza l'impostazione del PDM-3 come manuale non solo clinico, ma anche *evidence-based*, capace di integrare psicoanalisi e ricerca sullo sviluppo.

#### BIBLIOGRAFIA

- Carone, N. (2021). *Le famiglie omogenitoriali. Teoria, clinica e ricerca*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Carone, N., Baiocco, R., & Lingiardi, V. (2017). Single fathers by choice using surrogacy: Why men decide to have a child as a single parent. *Human Reproduction*, 32(9), 1871-1879.
- Carone, N., Baiocco, R., Manzi, D., Antonucci, C., Caricato, V., & Lingiardi, V. (2020). Surrogacy families headed by gay fathers: Relationships with surrogates and egg donors and parental disclosure practices. *Fertility and Sterility*, 113(3), 523-532.
- Carone, N., Baiocco, R., Manzi, D., & Lingiardi, V. (2021). Parenting and child adjustment in families formed through assisted reproduction: A longitudinal study of gay fathers. *Developmental Psychology*, 57(6), 1000-1012.
- Dourou, P. D., & Sousamli, A. E. (2025). Transition to parenthood in same-sex couples: A systematic review. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 25(1), 115-128.
- Fedewa, A. L., Black, W. W., & Ahn, S. (2015). Children and adolescents with same-gender parents: A meta-analytic approach in assessing outcomes. *Journal of GLBT Family Studies*, 11(1), 1-34.
- Gartrell, N. K., & Bos, H. M. W. (2024). Long-term outcomes of individuals reared in lesbian-parent families: Findings from the National Longitudinal Lesbian Family Study. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 45(3), 145-153.
- Golombok, S. (2015). *Modern Families: Parents and Children in New Family Forms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Golombok, S., Tasker, F., & Murray, C. (1997). Children raised in fatherless families from infancy: Family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 783-791.
- Lingiardi, V., & McWilliams, N. (Eds.). (2026). *PDM-3. Manuale diagnostico psicodinamico*. Trad. It.: Raffaello Cortina Editore.

- Patterson, C. J. (2006). Children of lesbian and gay parents. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 241-244.
- Patterson, C. J. (2009). *Lesbian and gay parents and their children: Summary of research findings*. American Psychological Association report.
- Stacey, J. & Biblarz, T. J. (2001). (How) Does the Sexual Orientation of Parents Matter? *American Sociological Review*, 66(2), 159-183.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 30 marzo 2026.

Accettato: 31 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:1176

doi:10.4081/rp.2026.1176

*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.*

## **Discorsi che altri non sentono: l'esperienza di un gruppo di uditori di voci a Bologna**

*Francesca Lamberini\**

L'esperienza dell'udire voci accompagna la storia dell'umanità, assumendo significati differenti in relazione ai contesti culturali e alle cornici interpretative. Nelle civiltà antiche non era necessariamente indice di anomalia, ma poteva configurarsi come modalità privilegiata di contatto con dimensioni etiche, spirituali e simboliche. Emblematica è la voce del *daimon* di Socrate, interlocutore interiore che orientava le sue scelte morali e il suo processo riflessivo. In modo analogo, nelle tradizioni mistiche e religiose, così come nell'ambito dell'esperienza creativa e artistica, le voci si configuravano come dispositivi simbolici attraverso cui affioravano intuizioni, affetti profondi e contenuti della coscienza altrimenti difficilmente accessibili. Più che segni di disfunzione, esse erano intese come espressioni di un dialogo intrapsichico, capace di mettere in parola ciò che sfuggiva al pensiero razionale e al linguaggio ordinario, orientando le scelte, rendendo visibili i conflitti interni e alimentando il processo creativo.

Con l'avvento della modernità occidentale, però, questa prospettiva subì un radicale cambiamento. La psichiatria scientifica, sviluppatasi alla fine dell'Ottocento e consolidata nel Novecento, ridusse l'esperienza uditiva a un fenomeno patologico, inscrivendola nella categoria delle allucinazioni uditive, definite come percezioni in assenza di oggetto e considerate sintomi di un disturbo psicotico più ampio, come la schizofrenia. Tale inquadramento, consolidatosi con l'affermazione del paradigma diagnostico-descrittivo, ha progressivamente ridotto la complessità fenomenologica dell'esperienza a un segno clinico da classificare e trattare.

La voce smise di essere interlocutrice interna, messaggera simbolica o guida morale, e venne trasformata in sintomo da classificare, osservare e, se necessario, sopprimere.

---

\*Psicologa in formazione in Psicoterapia Psicoanalitica, Scuola AION, Bologna; Associazione "L'Arco - Corrispondenze per la recovery", Bologna, Italia.  
E-mail: francescalamberini@hotmail.it

Il modello nosografico, privilegiando la rilevazione di sintomi osservabili e separando nettamente la normalità dalla patologia, depotenziò la dimensione soggettiva ed emotiva delle voci, che furono interpretate come epifenomeni di disfunzioni cerebrali o psicotiche. La medicalizzazione portò con sé una duplice conseguenza: da un lato, garantì una cornice di riconoscimento offrendo strumenti diagnostici e interventi clinici strutturati; dall'altro, silenziò la ricchezza simbolica e relazionale dell'esperienza, riducendo la voce a mero indicatore di malattia priva di senso intrinseco. In questa cornice, la sofferenza non era più intesa come un fenomeno da comprendere, bensì da correggere.

Tuttavia, nella letteratura sulle allucinazioni uditive, così come nelle testimonianze di coloro che vivono questa esperienza, non si fa riferimento alla voce come entità singolare, ma piuttosto al concetto di voci al plurale, un aspetto che appare non privo di significato e merita una riflessione approfondita. Molti autori e molti testimoni dell'esperienza sottolineano come le voci si presentino spesso in una molteplicità di timbri, toni e contenuti, quasi a rappresentare diversi frammenti della soggettività. Nei casi in cui la persona abbia vissuto eventi traumatici particolarmente intensi, il sé può non reggere il peso dell'esperienza nella sua interezza, scegliendo inconsciamente di suddividerla in molteplici parti. Ciascuna di esse continua a vivere e a manifestarsi, prendendo corpo in una voce. È così che l'individuo sopravvive all'insopportabile: non affrontandolo direttamente, ma consentendo al trauma di esistere in forma trasfigurata, di continuare a risuonare nella vita psichica senza mai estinguersi del tutto. In questa prospettiva, le voci sono memoria viva, segno che qualcosa di doloroso è accaduto e che, pur non potendo essere detto apertamente, trova altre strade per farsi ascoltare.

In questa cornice, l'udire voci può essere interrogato non solo come sintomo, ma come tentativo della psiche di dare forma a ciò che non ha trovato parola. La questione si sposta allora dalla soppressione del fenomeno alla possibilità di ascoltarlo e di attribuirgli senso all'interno di un contesto relazionale capace di accoglierlo.

Eppure, molte persone riescono a convivere con le proprie voci senza un disagio clinico significativo, suggerendo che la sofferenza non derivi dalla presenza delle voci in sé, ma dal modo in cui esse vengono vissute, interpretate e accolte. Questo apre l'accesso a riflessioni attorno all'idea che la lettura di tale fenomeno risulta dunque storicamente e culturalmente situata. Se in alcune culture le voci sono segni di elezione o di contatto con il sacro, nella modernità occidentale esse sono prevalentemente ricondotte alla categoria di sintomo.

Le riflessioni di Georges Canguilhem e Michel Foucault offrono strumenti concettuali preziosi per comprendere questo fenomeno. Gli autori evidenziano che la salute mentale non è mera assenza di malattia, ma capacità di definire norme personali in relazione all'ambiente e alla società, mentre la follia

non è solo un disturbo interno, ma rappresenta una rottura tra individuo e mondo, definita dai contesti culturali e istituzionali. La psichiatria novecentesca, da Kraepelin in poi, concentrata su sintomi isolati e sulla netta separazione tra normalità e patologia, ha così privato le voci del loro significato soggettivo, considerandole intrusive da eliminare e riducendo la sofferenza dell'uditore a fenomeno da trattare.

Ricerche successive hanno però messo in evidenza come le voci siano spesso correlate ad esperienze traumatiche. Studi epidemiologici e qualitativi mostrano come, in una quota rilevante di casi, le persone che riferiscono di udire voci colleghino l'esordio del fenomeno a situazioni di abuso, trascuratezza, umiliazione o profonda impotenza emotiva.

L'elemento clinicamente decisivo non sembra essere il trauma in sé, ma l'esperienza di impotenza psichica che lo accompagna: l'impossibilità di mentalizzare l'accaduto, di attribuirgli senso, di trasformarlo in narrazione condivisibile.

In questa prospettiva, quindi, le voci possono essere viste come parti dissociate del sé, portatrici di memorie emotive e relazioni interiorizzate che tentano di comunicare con la coscienza principale dell'individuo. Non sono entità estranee, ma configurazioni interne che, se accolte e ascoltate in contesti sicuri e protetti, diventano strumenti di integrazione simbolica e narrazione. La pluralità del sé diventa quindi centrale: le voci parlano con il linguaggio del trauma e testimoniano frammentazioni, ma offrono anche opportunità di integrazione e riconciliazione interna, quando vengono ascoltate senza giudizio e con attenzione alla storia e ai vissuti della persona.

In opposizione alla lettura esclusivamente biomedica, a partire dagli anni Ottanta si sviluppa in Europa il cosiddetto "*Hearing Voices Movement*" (Movimento Internazionale dell'Udire le Voci), ispirato al lavoro di Romme ed Escher (1997). Il movimento propone una ridefinizione radicale dell'esperienza uditiva: le voci non sono più sintomi da sopprimere, ma esperienze da comprendere, ascoltare e valorizzare.

Il movimento propone quattro spostamenti fondamentali rispetto al paradigma clinico tradizionale:

1. Focalizzare l'attenzione sulle voci, separandole dall'insieme eterogeneo dei sintomi attribuiti alla schizofrenia.
2. Restituirle alla sfera della normalità, evidenziandone la diffusione nella popolazione generale.
3. Attribuire loro un senso, attraverso un lavoro narrativo e interpretativo.
4. Valorizzarle, trasformando l'esperienza stigmatizzata in sapere esperienziale.

Le voci vengono interpretate come manifestazioni relazionali e simboliche della soggettività, connesse alla storia personale, ai traumi e alle emozioni.

Autori come Ron Coleman hanno sostenuto che il problema non siano le voci in quanto tali, ma l'incapacità di stabilire con esse una relazione diver-

sa. Il lavoro clinico, dunque, non dovrebbe mirare primariamente alla soppressione farmacologica, ma alla trasformazione del rapporto tra la persona e le sue voci.

L'uditore diventa attore attivo nel costruire relazioni con le proprie voci e nel definirne il significato, sviluppando strategie per gestirle, negoziarle e integrarle nella propria vita.

La capacità di affrontare le voci dipende in larga misura dalla qualità del contesto relazionale e dal sostegno ricevuto, evidenziando che l'esperienza non è mai puramente individuale, ma interattiva e sociale.

Una delle cornici interpretative più feconde è quella traumatica-dissociativa. Il lavoro di Judith Lewis Herman (2005) ha mostrato come il trauma possa generare frammentazioni del sé finalizzate alla sopravvivenza psichica. In questa chiave, le voci possono essere comprese come parti dissociate che custodiscono memorie, affetti e rappresentazioni relazionali non integrabili nel Sé cosciente.

Alcune testimonianze raccolte da Romme ed Escher in *Vivere con le voci. 50 storie di guarigione* (2010) descrivono il passaggio da un'identità vissuta come frammentata a una concezione plurale del sé, in cui le voci vengono riconosciute come espressioni interne dotate di una funzione. Non più intrusi estranei, ma configurazioni psichiche con cui è possibile entrare in dialogo.

Ciò non implica romanticizzare la sofferenza. Significa piuttosto riconoscere che la soggettivazione passa attraverso un lavoro di simbolizzazione: dalla scissione alla narrazione, dall'isolamento alla condivisione.

### La prospettiva della *recovery*

Numerose testimonianze mostrano come sia possibile trasformare il rapporto con le voci e riappropriarsi progressivamente della propria esistenza. All'interno del "Movimento degli Uditori di Voci" questa trasformazione prende il nome di *recovery*: concetto sviluppato negli anni Ottanta dai movimenti degli utenti, descrive un processo di trasformazione soggettiva che non mira alla scomparsa dei sintomi, ma alla modifica del rapporto con le voci, integrandole nella vita quotidiana e rendendole comprensibili e gestibili. I percorsi di *recovery* includono riconoscimento dell'uditore come individuo, normalizzazione dell'esperienza, esplorazione del significato delle voci, ridefinizione del rapporto di potere con esse e integrazione delle emozioni sottostanti, distinguendo la comprensione delle voci dall'accettazione dei traumi subiti.

Come afferma Ron Coleman: "Vivi la tua vita, non quella delle tue voci". La *recovery* implica un passaggio fondamentale: dall'essere oggetto passivo di un disturbo all'essere soggetto attivo di un processo di comprensione.

Molti uditori scelgono di non rivolgersi ai servizi di salute mentale o di

non dichiarare la propria esperienza per timore di stigmatizzazione e medicalizzazione. È proprio in risposta a questo silenziamento che si sviluppano i gruppi di Auto Mutuo Aiuto, spazi in cui l'esperienza può essere narrata senza essere immediatamente tradotta in diagnosi.

In Italia, esperienze ispirate al *Hearing Voices Movement* si sono sviluppate distinguendosi per pluralismo relazionale, dialogo costante con i servizi, eredità basagliana e approccio integrato che valorizza la soggettività senza ridurre le voci a sintomo né idealizzarle.

## L'esperienza di Bologna

In questo contesto nasce a Bologna il 29 maggio 2017 l'Associazione "L'Arco - Corrispondenze per la recovery" Onlus, con l'intento prioritario di contrastare ogni forma di pregiudizio legata alla sofferenza psichica e di promuovere la collaborazione con persone che vivono un disturbo mentale, supportandole nel perseguimento degli obiettivi di vita per loro più significativi.

L'Arco si compone di professionisti, con formazione specialistica in ambito psichiatrico e psicologico, e persone portatrici di un sapere maturato attraverso l'esperienza diretta del disagio psichico. Il gruppo di lavoro ha sviluppato un modello organizzativo fondato su formazione e partecipazione attiva, valorizzando sia il sapere tecnico sia quello esperienziale. Costitutosi come nucleo di progettualità sociale a livello locale, il gruppo fondatore ha perseguito l'obiettivo di promuovere una ricomposizione delle esperienze, operando accanto a persone che convivono con diverse forme di disagio psichico. L'intento è stato quello di sostenere percorsi di emancipazione e autodeterminazione, favorendo senso di padronanza, capacità di fronteggiare eventi traumatici e di riorganizzare la propria esistenza senza perdere apertura verso le opportunità della vita. In tale prospettiva, L'Arco si propone di integrarsi con le risorse già presenti, offrendo un supporto nell'individuazione e valorizzazione degli aspetti positivi della quotidianità, nonché nel contenimento di quelli critici. La relazione con le persone si fonda su una collaborazione orientata ad accrescere consapevolezza, capacità progettuale nel percorso di *recovery* e competenze di monitoraggio del benessere e prevenzione delle crisi.

L'approccio de L'Arco si basa sull'orientamento alla *recovery*, sull'attività dei pari al fianco degli operatori e sulla co-progettazione e co-produzione dei percorsi di salute, integrando interventi psicoterapeutici con spazi di ascolto e gruppi di sostegno tra pari.

Alle persone che si interfacciano con L'Arco non viene richiesto alcun onere economico significativo, se non un contributo simbolico e di entità minima per la partecipazione alle attività proposte: percorsi individuali di supporto alla *recovery*, corsi e gruppi di approfondimento e confronto su

tematiche inerenti la vita quotidiana e la salute mentale, e gruppi di Auto Mutuo Aiuto.

Dalla fase di progettazione dell'Associazione sino ad oggi, i membri del gruppo – denominati “Facilitatori” – hanno investito in un processo continuo di auto-formazione, fondato sulla valorizzazione e sull'integrazione dei diversi saperi presenti al loro interno e progressivamente arricchito da percorsi specialistici finalizzati all'acquisizione di competenze aggiornate e certificate.

In tale cornice è maturato, da parte di alcuni Facilitatori, un interesse crescente per l'esperienza dell'udire voci. Nel settembre 2020 si è così costituito un gruppo di ricerca dedicato allo studio delle allucinazioni uditive. Il gruppo ha coinvolto tre Facilitatori de L'Arco e professionisti esterni con differenti formazioni disciplinari, aprendo nel tempo la partecipazione anche a persone con esperienza diretta di uditori di voci. Il contributo degli esperti per esperienza ha rappresentato un apporto stabile e qualificato, incidendo tanto sull'elaborazione teorica quanto sulla riflessione clinica. La collaborazione tra professionisti e uditori si è configurata, in questa prospettiva, non solo come occasione di reciproco apprendimento, ma come condizione imprescindibile per un approccio autenticamente partecipativo e inclusivo alla comprensione e alla presa in carico del fenomeno.

La pluralità dei contributi ha consentito la costruzione di uno spazio condiviso di pensiero e confronto, che ha progressivamente orientato il percorso del gruppo fino alla costituzione, nel febbraio 2022, del Gruppo Voci di “L'Arco: Discorsi che altri non sentono”.

La denominazione del gruppo non è stata casuale, ma frutto di una riflessione maturata nell'esperienza de L'Arco. Si è scelto di evitare il termine “voci”, poiché non tutte le persone che vivono tali esperienze si riconoscono in questa definizione, utilizzando talvolta espressioni soggettive e differenti per nominarle. Considerate inoltre le barriere legate allo stigma si è optato per un'espressione più inclusiva e meno connotata: *discorsi che altri non sentono*. Tale scelta intende offrire uno spazio di accoglienza e riconoscimento, ampliando le possibilità di identificazione e riducendo il rischio di esclusione linguistica.

L'esperienza del gruppo ha progressivamente messo in luce la complessità e l'eterogeneità del fenomeno delle voci. Le voci possono essere intrusive e svalutanti, generando disagio, oppure assumere un carattere dialogico, offrendo consiglio e sostegno. Tra le diverse modalità di percezione e di significazione delle voci nel gruppo, si nota come alcuni partecipanti le percepiscono come interne alla loro mente, altri come voci esterne, assimilabili alla presenza di un interlocutore reale; talvolta si collegano immediatamente alla storia personale, in altri casi rimangono più enigmatiche. Alcune persone le collocano in una dimensione “altra”, attribuendo loro un ruolo guida o di mentore. L'analisi del gruppo ha mostrato che le voci possono esprimere tracce di trauma, ma anche trasformarsi: episodi inizialmente persecutori possono evolvere

verso toni rassicuranti e riflessivi, configurandosi come strumenti di dialogo interiore e rielaborazione soggettiva dell'esperienza.

“Discorsi che altri non sentono” rappresenta uno spazio sicuro e inclusivo per l'ascolto e la condivisione delle esperienze di chi sente le voci. Il gruppo mira a ridurre lo stigma, promuovere il senso di appartenenza e favorire la costruzione di narrazioni significative. I partecipanti sono accolti con un approccio flessibile, dialogico e rispettoso dei tempi individuali, e imparano a riconoscere le voci come proprie, collegandole alla propria storia di vita, comprendendone origine e funzione e sviluppando strumenti simbolici e metodologici per dare loro significato. Metafore, simboli e narrazione trasformano l'esperienza caotica in esperienza gestibile, creando un contesto di ascolto e co-costruzione di senso che restituisce dignità e significato all'esperienza psichica.

L'esperienza dell'udire voci, così come quella proposta da L'Arco e dal gruppo “Discorsi che altri non sentono”, solleva interrogativi profondi sul modo in cui la clinica affronta la sofferenza psichica.

L'esperienza dell'Associazione “L'Arco - Corrispondenze per la recovery” e del Gruppo Voci “Discorsi che altri non sentono” evidenzia come un dispositivo comunitario fondato sull'Auto Mutuo Aiuto possa costituire uno spazio trasformativo. In questo contesto, le voci non vengono negate né immediatamente interpretate, ma ascoltate, condivise e progressivamente reinscritte in una narrazione dotata di senso. La dimensione collettiva consente di rompere l'isolamento e di decostruire lo stigma, mentre il lavoro individuale di introspezione favorisce un processo di integrazione e di ridefinizione del rapporto con le proprie esperienze interiori.

La *recovery*, in questa prospettiva, non coincide con la scomparsa delle voci, ma con la trasformazione della relazione con esse. Ciò che muta non è necessariamente il fenomeno in sé, ma la posizione soggettiva: da passiva e subita a riflessiva e negoziata. Il gruppo diviene così luogo di simbolizzazione condivisa, in cui l'esperienza frammentata può trovare parole, metafore e nuovi significati.

Il percorso descritto suggerisce che il confine tra normalità e follia non sia una linea netta, ma un continuum di esperienze umane che chiedono ascolto e comprensione. Restituire dignità alla voce significa riconoscere la complessità della vita psichica e aprire spazi clinici e comunitari capaci di sostenere processi di soggettivazione, piuttosto che limitarsi alla gestione sintomatologica.

## BIBLIOGRAFIA

- Canguilhem, G. (1998). *Il normale e il patologico*. Torino: Einaudi.
- Coleman, R. (2005). *Guarire dal male mentale*. Roma: Manifestolibri.
- Corstens, D., Dillon, J., Escher, S., Morris, M., & Romme, M. (2010). *Vivere con le voci. 50 storie di guarigione*. Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Escher, S., & Romme, M. (1997). *Accettare le voci. Le allucinazioni uditive: Capirle e conviverci* (ed. orig. 1993). Milano: Giuffrè.
- Foucault, M. (2006). *Follia e psichiatria. Detti e scritti 1957-1984* (M. Bertani & P. A. Rovatti, a cura di; D. Borca & V. Zini, trad.). Milano: Raffaello Cortina.
- Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo* (ed. orig. 1992). Roma: Magi.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Cardano, M., & Lepori, G. (2012). *Udire la voce degli dei. L'esperienza del gruppo voci*. Milano: Franco Angeli.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 marzo 2026.

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:1168

doi:10.4081/rp.2026.1168

*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.*

Francesca Piazzalunga\*

## Recensione: *La plasticità al tramonto della scrittura*

di Catherine Malabou  
Domenico Licciardi (a cura di)  
ORTHOTES, Napoli, 2023

Nel saggio *La plasticità al tramonto della scrittura*, Catherine Malabou propone una riflessione originale e provocatoria sull'identità, la trasformazione e la crisi della scrittura come paradigma filosofico e culturale. Con questo testo l'autrice francese si misura con la filosofia della scrittura inaugurata da Derrida, mettendo in discussione la centralità che la scrittura ha assunto come metafora della struttura della coscienza, del linguaggio e della differenza. A suo avviso siamo giunti a una svolta: il paradigma della scrittura – inteso come traccia, archiviazione, differimento – non è più sufficiente a descrivere adeguatamente le trasformazioni contemporanee del soggetto, soprattutto alla luce delle scoperte neuroscientifiche. Per Malabou, “scrittura” non va intesa in senso materiale, ma come potente metafora filosofica ereditata in gran parte dal pensiero di Derrida. Pensare il soggetto come scrittura significa pensarlo come un testo: l'esperienza lascia tracce, il trauma si iscrive, la memoria diventa un archivio, l'inconscio un testo da decifrare. In questo paradigma, l'identità è concepita come una superficie su cui la vita si iscrive e che l'analisi deve leggere e interpretare. Questa metafora descrive un soggetto che registra e conserva, non spiegando come la forma stessa del soggetto possa trasformarsi. Le neuroscienze mostrano che il cervello non si limita a custodire tracce registrate del passato: si riorganizza, modifica la propria struttura, si adatta e cambia. Il cervello, sostiene Malabou, non è scritturale, ma plastico.

Il concetto di plasticità mutuato dalla biologia e dalle neuroscienze è

---

\*Psicoterapeuta e Docente presso la Scuola di Specializzazione in Psicoanalisi della Relazione (SIPRe); Supervisore e Responsabile del coordinamento dei servizi digitali e web, SIPRe, Italia. E-mail: francesca.piazzalunga@gmail.com

quindi alla base del pensiero di Malabou. La plasticità indica sia la capacità di ricevere una forma, che quella di darla, ma anche – ed è questo l'aspetto più radicale – la possibilità di distruggere la forma stessa. Questo triplice significato diventa per Malabou una chiave per pensare il soggetto contemporaneo, le sue trasformazioni, i suoi conflitti e la sua resistenza.

Questo passaggio ha ricadute dirette anche sul pensiero psicoanalitico. Per lungo tempo la psicoanalisi ha operato sotto il paradigma della scrittura: la traccia mnestica, l'iscrizione del trauma, il testo dell'inconscio che attende di essere decifrato. Malabou ci avverte che questo paradigma è al tramonto. Il passaggio dalla scrittura – intesa come traccia indelebile e differita – alla plasticità, ovvero la capacità di ricevere, dare e distruggere la forma, è il cuore pulsante del testo. Se il cervello non è solo una tabula su cui scrivere, ma un organo che si auto-organizza e si rimodella costantemente, allora l'identità non è solo storia sedimentata, ma una metamorfosi continua. Per la psicoanalisi, come ben sappiamo, questo passaggio non è solo un cambio terminologico, ma una rivoluzione clinica.

Seguendo l'auspicio di Jean-Pierre Changeux – secondo il quale: “è l'eccezionale plasticità della nostra organizzazione cerebrale che merita di diventare oggetto rilevante della riflessione filosofica” – Malabou propone un pensiero che comprende filosofia e neuroscienze nel senso etimologico del “prendere insieme”. Solo in questo intreccio la plasticità può contribuire a quella comprensione del senso a cui la filosofia tende da sempre. E se la filosofia è chiamata ad aprirsi alle neuroscienze per comprendere il ruolo della plasticità nella determinazione del senso – nella sua dimensione diacronica ed evolutiva, come mostra il dialogo che l'autrice intreccia tra Hegel, Heidegger e Derrida – la stessa apertura è richiesta alla psicoanalisi. Qui, tuttavia, il senso non è quello filosofico che aspira all'universalità, ma quello singolare che si rivela nella relazione analista-paziente.

È in questa prospettiva che la chiusa del libro, *il senso è metamorfosi*, rivela tutta la sua portata: il senso è nella plasticità, e forse la plasticità è il senso. Come scrive Malabou, “la plasticità designa, al contempo, un nuovo modo d'essere della forma e una nuova comprensione di questo stesso modo d'essere” (p. 109). La plasticità diventa così lo strumento privilegiato per superare il determinismo. Se estendiamo, per analogia, al di fuori delle neuroscienze ciò che caratterizza la plasticità neuronale – “la capacità delle sinapsi di modificare la propria efficacia per effetto dell'esperienza” – comprendiamo come essa corrisponda a un elemento di indeterminazione genetica: “la plasticità prende forma lì dove il DNA smette di scrivere” (p. 113).

In questo passaggio, la scrittura cede il passo alla forma che si trasforma, si riplasma e, talvolta, si distrugge. Ed è proprio in questa possibilità di distruzione della forma che Malabou individua uno dei tratti più radicali del soggetto contemporaneo.

*La plasticità al tramonto della scrittura* è un testo denso, affilato e tal-

volta volutamente provocatorio. Non è una lettura semplice, ma è uno stimolo vibrante per chi voglia comprendere le direzioni della filosofia continentale contemporanea e le ricadute che questo pensiero può avere per il contesto psicoanalitico. Catherine Malabou si conferma una voce originale e coraggiosa, capace di mettere in discussione paradigmi consolidati e di aprire spazi per un pensiero nuovo, al crocevia tra forma, metamorfosi e soggettualità.

La versione italiana del saggio, scritto nel 2005 ma tradotto soltanto nel 2023, si deve a Orthotes, una casa editrice – come si legge nella pagina di presentazione – indipendente, plurale e democratica, che si occupa prevalentemente di saggistica filosofica, considerando il “filosofico” nella sua accezione più semplice e caratteristica, e cioè come uso del sapere a vantaggio degli esseri umani, donne e uomini.

#### BIBLIOGRAFIA

Malabou, C. (2023). *La plasticità al tramonto della scrittura* (D. Licciardi, a cura di). Orthotes.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 13 febbraio 2026.

Accettato: 17 febbraio 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:1163

doi:10.4081/rp.2026.1163

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



Fulvio Frati\*

## **Recensione: *La prevenzione dei femminicidi. Soggetti che si odiano***

di Giuseppe D'Amore  
2024

Giuseppe D'Amore è Psicologo, Psicoterapeuta e Psicoanalista SIPRe. È altresì Presidente dell'Associazione Sviluppo e Relazione ([www.sviluppoerelazione.it](http://www.sviluppoerelazione.it)), che opera con l'intento di sviluppare la cultura e la competenza della psicologia clinica e della psicoterapia: i suoi principali interessi scientifici sono rivolti soprattutto ai temi del soggetto, della relazione umana e del rapporto di coppia, ambito nel quale D'Amore vanta una lunga esperienza professionale. È infatti autore di diversi articoli e libri dedicati a tali argomenti: con questo suo libro completa, di fatto, una vera e propria "trilogia" sul tema dei rapporti di coppia e della violenza di genere, iniziata nel 2021 con il volume *Soggetti che si incontrano* e proseguita nel 2023 con *Soggetti che si amano* (pubblicati entrambi dalle Edizioni *La Caravella* di Viterbo).

Con questo suo più recente lavoro l'Autore affronta un tema che, purtroppo, continua ad essere di primaria e drammatica attualità. Ancora oggi infatti, quasi ogni giorno, accendendo la televisione o la radio ci capita di restare stupiti e sgomenti di fronte all'ennesima notizia dell'omicidio o del tentato omicidio di una donna da parte del proprio partner o ex-partner, e di non riuscire a spiegarci perché, nonostante il diffuso sdegno sociale che questi atti provocano in misura sempre crescente anche nel nostro Paese, il loro numero rimane da anni costante, se non addirittura in leggera crescita, nonostante il numero complessivo degli omicidi commessi in Italia registri invece da anni una progressiva diminuzione.

Altrettanto sconcertanti appaiono altresì, sui mezzi di comunicazione di massa di qualunque tipo (*Social Media* inclusi), gli approfondimenti –

---

\*Psicologo, Psicoterapeuta, Criminologo Clinico, Psicoanalista SIPRe, Italia.  
E-mail: [fulviofrati@libero.it](mailto:fulviofrati@libero.it)

spesso compiuti da chi non presenta al riguardo alcuna competenza specifica – tendenti ad analizzare la personalità delle vittime e dei loro persecutori, a tentare di spiegare quanto accaduto utilizzando quanto scaturisce dalla propria emotività piuttosto che da reali conoscenze scientifiche su questi temi, se non anche – in alcuni casi – a trovare motivazioni o addirittura giustificazioni per il comportamento di chi ferisce o uccide. Per questo motivo, gli articoli e i libri che cercano invece di approfondire le tematiche legate a questi avvenimenti attraverso competenze adeguate appaiono oggi quanto mai opportuni e spesso anche necessari, proprio perché scritti da esperti che, come D'Amore, possono vantare una pluriennale esperienza “sul campo” riguardo alle conflittualità nei rapporti di coppia ed alle modalità più idonee per una loro adeguata e corretta gestione.

Con questo suo libro, *La prevenzione dei femminicidi. Soggetti che si odiano*, attraverso un'indagine lucida e multidisciplinare della violenza in generale e di quella di genere in particolare, e soprattutto dei meccanismi individuali e sociali che le producono, l'Autore intende innanzitutto mostrarci le vere cause della violenza, anche di quella più nascosta e che, seppure in misura diversa da individuo ad individuo, di fatto alberga e si annida all'interno di ciascuno di noi.

Utilizzando in modo interdisciplinare tutta la sua competenza anche in materie che solo apparentemente non sembrano appartenere all'ambito psicologico e psicoanalitico, come ad esempio la linguistica (in particolar modo l'etimologia e la semantica), la logica matematica e l'economia, D'Amore allarga perciò lo sguardo dal proprio studio professionale alla famiglia, alla scuola ed alla società intera, aiutandoci a capire come molto spesso l'origine dei comportamenti violenti vada ricercata nelle sottostanti espressioni, quasi mai adeguatamente comprese ed elaborate come invece dovrebbe essere al fine di prevenirne un'indesiderata evoluzione, di dolore e di sofferenza intrapsichica ed interpersonale.

Con un linguaggio sempre chiaro e comprensibile, anche con l'aiuto di grafici, tabelle e figure e ricorrendo spesso agli esempi celati all'interno di favole, miti e storie antiche, in questo volume l'Autore ci accompagna attraverso un attento percorso che intende aiutarci a ripensare ad aspetti spesso trascurati della Società di cui tutti noi facciamo parte, inclusi i suoi sfuggenti retaggi di sopraffazione, di volontà di dominio e di controllo. Anche se non sempre ce ne rendiamo conto, infatti, tali contenuti e significanti che tendono a sminuire il valore personale dell'altro sono profondamente presenti ed attivi nella mentalità, nel linguaggio comune e nei comportamenti impliciti di ciascuno di noi, e contribuiscono perciò in molte occasioni a scatenare proprio quella violenza che, nelle nostre intenzioni, vorremmo invece allontanare ed evitare.

Per effettuare questo percorso, l'autore non omette di utilizzare – peraltro con parole nuove e probabilmente ancora più semplici e comprensibili

di quelle da lui al riguardo utilizzate in passato – due concetti a lui estremamente cari: il concetto di “Bi-logica” originariamente introdotto da Matte Blanco a proposito della imprescindibile natura della mente di ogni soggetto umano, e la metafora della zebra, che ci mostra con estrema chiarezza come essa debba essere necessariamente analizzata con uno sguardo che utilizzi contemporaneamente entrambe le visioni che la Bi-logica propone (vale a dire la “logica asimmetrica” aristotelica e razionale e la “logica simmetrica” che governa invece l’inconscio, i sentimenti e l’affettività). E ciò proprio perché, osservando questo specifico essere vivente, è di fatto impossibile affermare se esso sia “un cavallo nero con strisce bianche oppure un cavallo bianco con strisce nere” in quanto, in realtà, esso è simultaneamente sia l’uno che l’altro, analogamente a come ogni essere umano è, contemporaneamente, un soggetto che in ogni momento funziona utilizzando in modo parallelo ed in pratica nel medesimo tempo, sia la logica asimmetrica che quella simmetrica.

La ripresa di questi concetti espressi con parole nuove ed il più semplici possibile non è casuale, per d’Amore, perché questo volume – pur rivolgendosi primariamente ai professionisti della mente e delle relazioni umane quali gli Psicoterapeuti e gli Psicoanalisti – può nelle sue intenzioni essere utilizzato, costituendo una utile “traccia” per un concreto lavoro formativo, anche all’interno delle istituzioni scolastiche ed educative, proprio nell’ottica di una sempre più necessaria attività di prevenzione dei femminicidi e della violenza di genere con i minori, gli adolescenti e le altre persone di ogni fascia di età ad esse interessate.

Un approccio alla prevenzione sociale della violenza, quindi, non solo psicologico, ma anche sociologico, antropologico, neurologico, e che ne prende in considerazione anche gli aspetti economici, politici e addirittura della logica matematica. Un testo che si rivolge a tutti ma soprattutto ai giovani, cioè ai protagonisti della società del futuro: un libro interessante che analizza il fenomeno della violenza di genere da molteplici prospettive, a partire ovviamente dalla psicologia e dalla sociologia, ma non limitandosi esclusivamente ad esse.

Complessivamente, la frase che più di tutte racchiude il principale messaggio che questo libro intende comunicare ai suoi lettori è probabilmente, secondo l’Autore, quella espressa dallo slogan “*Ogni istante 25 novembre*”. Con essa, infatti, D’Amore sottolinea la necessità di affrontare non solo l’atto violento nel momento in cui si verifica o comunque quando se ne evidenzia in modo particolare il rischio, ma anche il contesto specifico che lo rende sempre possibile per ognuno di noi in qualunque momento della nostra esistenza e, in particolare, all’interno dei quotidiani rapporti familiari e di coppia.

È questo un lavoro che guarda quindi al fenomeno della violenza in generale e dei femminicidi in particolare, utilizzando le prospettive di diverse discipline, per arrivare a proporre un’ipotesi operativa per una valida

azione di prevenzione. La violenza è vista qui come un “evento relazionale complesso”, che si annida spesso negli anfratti più impensati della nostra cultura nella forma di una “violenza invisibile”. Qualsiasi tentativo di combattere e prevenire i femminicidi, infatti, dovrebbe necessariamente mettere in discussione non solo l’atto violento, ma anche il contesto che lo ha generato e reso possibile, per poterlo utilmente modificare.

Oltre alle tradizionali tipologie di fenomeni già ampiamente considerati al riguardo (violenza fisica, sessuale, psicologica ed economica), in questo suo libro D’Amore ne mette in rilievo anche altre due, sinora molto meno considerate ed analizzate ma, a mio avviso, particolarmente utili – se non, probabilmente, indispensabili – per chi intende affrontare questi problemi da un vertice di osservazione psicologico e psicoanalitico: la “violenza culturale” e la “violenza simbolica”.

“La violenza culturale è inserita nei manufatti culturali, mentre la violenza simbolica è più subdola, perché è inserita nei materiali con cui si costruisce la cultura. Tra la violenza culturale e la violenza simbolica c’è lo stesso rapporto tra una casa e i mattoni con cui questa viene costruita: casa-mattoni e cultura-simboli. Proviamo a dare ragione e spiegazione di quanto sostenuto in precedenza, affermando che la cultura, e quindi il soggetto umano, ri-conosce solo ciò che conosce, vale a dire ciò che ha precedentemente conosciuto, imparato e, potremmo dire, simbolizzato.” (D’Amore, 2024, p. 68)

Da ciò nasce l’originale e concreta proposta dell’Autore del “metodo della collaborazione convincente” come una strada possibile da percorrere per la costruzione di una società fatta di individui il più possibile liberati dalla presenza della violenza nelle loro relazioni interpersonali ed affettive.

Scritto con competenza e umanità, questo libro è un invito a migliorare se stessi e la Società di cui facciamo parte. E alla fine propone anche interessanti spunti di riflessione per attuare un tangibile cambiamento: il punto di partenza è mettere in discussione la cultura che diamo per scontata, così da poter costruire una rete di relazioni interpersonali in cui sia davvero possibile collaborare tra individui di diversa estrazione e collocazione culturale e sociale.

Un contributo prezioso quindi per chi vuole riflettere su come rendere la propria società più giusta nell’ottica della costruzione di un mondo migliore.

#### BIBLIOGRAFIA

- D’Amore, G. (2021). *Soggetti che si incontrano. Dalla relazione con gli altri alla relazione con sé stessi... e viceversa*. Capranica (VT): La Caravella Editrice, 2021.
- D’Amore, G. (2023). *Soggetti che si amano. La vita della coppia dal miele dell’amore romantico all’acido del calo del desiderio e oltre*. Capranica (VT): La Caravella Editrice, 2023.
- D’Amore, G. (2024). *La prevenzione dei femminicidi. Soggetti che si odiano*. ISBN 9798343261998, 2024.

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

- Freud, S. (1899 [1900]). L'interpretazione dei sogni. In *Opere di Sigmund Freud, vol. 3*. Trad. it. Torino: Bollati Boringhieri, 1974.
- Matte Blanco, I. (1962). *Comunicazione non verbale e i suoi rapporti con la comunicazione verbale*. Relazione presentata al IV Congresso latino-americano di Psicoanalisi. Rio de Janeiro: 1962.
- Matte Blanco, I. (1968). *Il contributo di Freud alla cultura ed alla conoscenza generale dell'uomo*. In: Archivio di psicologia neurologia e psichiatria, XXIX, 4, pp. 308-39.
- Matte Blanco, I. (1975). *L'inconscio come sistemi infiniti. Saggio sulla bi-logica*. Trad. it. a cura di Pietro Bria, Torino: Giulio Einaudi Editore, 1981.
- Matte Blanco, I. (1995). *Pensare, sentire, essere. Riflessioni cliniche sull'antinomia fondamentale dell'uomo e del mondo*. Tradr. it. Torino: Giulio Einaudi Editore, 1995.
- Matte Blanco, I. (2000). *Eстетica ed infinito*, a cura di Daniele Dottorini. Roma: Bulzoni, 2000.
- Matte Blanco, I. (2002-2003). *Preludi della bi-logica* (A. Gorrese & C. Ferrara, Eds., 2 vols.). Napoli: Liguori.
- Minolli, M. (1996). La psicoanalisi della relazione. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno VII, n. 1-2, 117-133.
- Minolli, M. (2004). Per un Io-Soggetto fatto di legami. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XV, n. 3, 2004. 317-329.
- Minolli, M. (2005). Psicoanalisi della Relazione di coppia. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XVI, n. 3, 219-242.
- Minolli, M. (2005). Per un Io-soggetto come sistema. *Ricerca Psicoanalitica*, Anno XVI, n. 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.
- 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, 2011.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: Franco Angeli.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 4 settembre 2025.

Accettato: 18 febbraio 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:1092

doi:10.4081/rp.2026.1092

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



Pietro Roberto Goisis\*

## Commento al film *Rental Family*

di Hikari, 2025

*“Entriamo per vedere un film.  
Usciamo con un pezzo di vita in più.”*

Tra finzione e verità: il rischio e la necessità dell'autenticità

Possiamo dirci con onestà che qualche volta anche noi psicoanalisti abbiamo bisogno di leggerezza calviniana, di serenità, di atmosfere positive, di esperienze calme e pacate, di stare semplicemente bene?

*Rental Family* (2025) di Hikari è un film capace di generare una sensazione rara: quella di un benessere quieto, quasi riparativo. La qualità visiva, il ritmo narrativo, la delicatezza della musica costruiscono uno spazio che accoglie lo spettatore. Ma è proprio questa apparente leggerezza a rendere ancora più incisivi i temi che il film attraversa.

Il dispositivo narrativo è noto e, al tempo stesso, perturbante: in Giappone esistono agenzie che permettono di “affittare” relazioni. Si può noleggiare un padre, un compagno, un amico. Il protagonista, un attore americano in crisi, entra in questo sistema e inizia a interpretare ruoli che rispondono ai bisogni degli altri. In un primo momento, tutto sembra inscritto dentro una cornice chiara: quella della finzione consapevole, del contratto, della prestazione.

E tuttavia, qualcosa progressivamente si incrina.

Le relazioni “recitate” iniziano a produrre effetti emotivi reali. Le persone coinvolte non si limitano a utilizzare un servizio: si affezionano, investono, si aspettano continuità. Il protagonista stesso, che dovrebbe limitarsi a interpretare, si trova a sentire. È in questo passaggio che il film diventa particolarmente interessante dal punto di vista psicoanalitico.

Il “come se” – concetto che attraversa la riflessione clinica da Helene Deutsch fino alla psicoanalisi contemporanea – non è qui semplicemente una finzione. È uno spazio intermedio che richiama direttamente l'area transizionale di Donald Winnicott, in cui realtà interna ed esterna si incontrano senza

---

\*Psichiatra Psicoanalista Libero Professionista, Italia.  
E-mail: p.roberto.goisis@gmail.com

essere rigidamente separate. In questo spazio, il gioco, l'illusione e la creatività rendono possibile l'esperienza soggettiva.

Il problema, come Winnicott sottolinea, non è l'illusione in sé, ma la sua sorte evolutiva. Quando l'area transizionale resta viva, il "come se" è generativo. Quando invece si irrigidisce, può trasformarsi in un'organizzazione difensiva.

In un lavoro pubblicato anni fa sulla *Rivista di Psicoanalisi* (*Chi non ha mai detto una bugia? Tra normalità, "come se" e "falso sé"*, 2009) ho proposto, nel continuum tra i termini descritti, la distinzione tra una dimensione fisiologica del "falso Sé" – necessaria alla simbolizzazione e alla vita relazionale – e una sua deriva verso il "come se". *Rental Family* mette in scena proprio questo passaggio. All'inizio, il gioco è esplicito: tutti (o quasi...) sanno che si tratta di una rappresentazione. Ma progressivamente, la rappresentazione si carica di affetti, di aspettative, di bisogni che eccedono il contratto.

È qui che si apre il tema del falso Sé. In Winnicott, il falso Sé nasce come adattamento alle richieste dell'ambiente: una funzione protettiva, che consente la sopravvivenza psichica e garantisce amore e accudimento. Tuttavia, quando questa organizzazione prende il sopravvento, il soggetto rischia di vivere in una modalità "come se", perdendo il contatto con il proprio nucleo più autentico. Thomas Ogden descriverebbe questa condizione come una difficoltà a sostare nell'esperienza viva, sostituita da una modalità di funzionamento più formale, meno incarnata.

Il protagonista del film incarna in modo emblematico questa dinamica: la sua competenza consiste nel diventare esattamente ciò che l'altro desidera. Ma proprio questa capacità – socialmente premiata – lo espone a un rischio di svuotamento. Christopher Bollas, parlando del "falso Sé normotico", ha mostrato come alcuni soggetti possano funzionare in modo apparentemente efficace e adattato, ma a prezzo di una riduzione significativa dell'esperienza soggettiva.

È tuttavia nella relazione con una bambina, per la quale deve interpretare il ruolo di padre, che il film introduce un elemento trasformativo decisivo. In questo legame, inizialmente costruito su base contrattuale, si attiva progressivamente una qualità dell'esperienza che eccede la finzione. La bambina non si relaziona a una prestazione, ma a una presenza: chiede continuità, riconoscimento, affidabilità. In altre parole, introduce nel campo relazionale una domanda che non può essere soddisfatta solo sul piano del ruolo. Proprio in questa esperienza l'attore va in crisi.

Il passaggio è cruciale. Se in molte altre situazioni il protagonista può rifugiarsi nella competenza attoriale – nel "saper fare" – qui viene progressivamente spostato verso il "saper essere". La relazione con la bambina lo espone a una forma di esperienza che richiama quella che Winnicott descrive come *being in the presence of another*: una condizione in cui non è più sufficiente adattarsi, ma diventa necessario esserci.

Potremmo dire che, in questa relazione, il falso Sé viene messo sotto tensione. Non viene smascherato in modo traumatico, ma progressivamente reso insufficiente. La bambina, con la sua domanda implicita di autenticità, funzio-

na come un elemento trasformativo: non tanto perché chieda la verità fattuale (sa, in qualche modo, che si tratta di un ruolo), ma perché richiede una verità esperienziale.

In termini più clinici, potremmo leggere questa dinamica come l'emergere di una possibilità di esperienza emotiva correttiva. Non nel senso di una semplice riparazione, ma come apertura a una modalità relazionale diversa, meno difensiva, più implicata. Il protagonista, attraverso questo legame, inizia a sperimentare una forma di presenza che non è completamente mediata dal ruolo.

E tuttavia, proprio questa trasformazione apre il problema della promessa.

“Mi prometti che non mi lascerai più?”, chiede la bambina.

“Te lo prometto”, risponde il finto papà.

Ogni relazione costruita all'interno dell'agenzia implica, in modo più o meno dichiarato, una promessa di presenza, di continuità, di affidabilità. Ma nella relazione con la bambina, questa promessa assume un peso diverso. Non è più soltanto parte di un contratto: diventa un elemento strutturante dell'esperienza relazionale. La possibilità di contare su qualcuno – anche se “per finta” – si trasforma in un bisogno reale.

Dal punto di vista psicoanalitico, la promessa può essere pensata in relazione alla continuità dell'oggetto e alla costruzione della fiducia. Non mantenerla non equivale semplicemente a interrompere una prestazione, ma può produrre una frattura nell'esperienza di affidabilità. In questo senso, la promessa diventa un indicatore privilegiato dell'autenticità: misura la responsabilità soggettiva all'interno della relazione.

Il protagonista si trova così progressivamente coinvolto in un conflitto che non è solo professionale, ma etico e identitario. Continuare a recitare significa restare nel perimetro del falso Sé, ma anche proteggere una certa stabilità. Rispondere alla domanda implicita della bambina implica invece il rischio di esporsi, ma anche la possibilità di accedere a una forma più autentica di esperienza.

*Rental Family* non offre soluzioni semplici. Piuttosto, mostra come l'essere umano sia costantemente impegnato in un lavoro di negoziazione tra adattamento e verità, tra bisogno dell'altro e fedeltà a sé.

Da un punto di vista clinico, il film risuona in modo particolare con molte situazioni contemporanee. Sempre più frequentemente incontriamo pazienti che funzionano in modalità “come se”: competenti, adattati, ma attraversati da una sensazione di vuoto o di non autenticità. Che sentono dentro di sé la cosiddetta sindrome dell'impostore. Il lavoro terapeutico, in questi casi, non consiste nello smascherare la finzione, ma nel creare le condizioni perché l'area transizionale possa riattivarsi.

Ciò implica la costruzione di uno spazio relazionale in cui sia possibile “giocare” in modo sufficientemente sicuro, senza che il gioco si trasformi immediatamente in difesa rigida. Implica anche una particolare attenzione al tema della promessa, intesa come continuità del setting, affidabilità del terapeuta, coerenza nel tempo. È spesso all'interno di questa esperienza che il paziente può iniziare a differenziare il “come se” difensivo da quello creativo.

In questo senso, la trasformazione che osserviamo nel protagonista – resa

possibile dalla relazione con la bambina – può essere letta come un passaggio da un funzionamento prevalentemente adattivo a una forma più implicata di presenza. Non una rottura del falso Sé, ma una sua progressiva riorganizzazione in rapporto a un'esperienza relazionale che lo eccede.

Entriamo per vedere un film. Usciamo con una domanda clinica, prima ancora che esistenziale: in quali condizioni il “come se” può tornare a essere uno spazio di esperienza viva, capace di aprire alla possibilità di essere, e non solo di funzionare?

Facciamo proprio fatica a essere soltanto spettatori.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bollas, C. (1987). *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. New York: Columbia University Press (trad. it.: *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Roma: Borla).
- Deutsch, H. (1942). Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanalytic Quarterly*, 11, 301–321. (trad. it. in vari volumi antologici: “Alcune forme di disturbo emotivo e loro relazione con la schizofrenia”).
- Goisis, P. R. (2009). Chi non ha mai detto una bugia? Tra normalità, “come se” e falso sé. *Rivista di Psicoanalisi*, 55(3), 547–566.
- Ogden, T. H. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psycho-Analysis*, 75, 3–19 (trad. it.: *Il terzo analitico. Lavorare con i fatti clinici intersoggettivi*. Milano: Cortina, in raccolte di saggi).
- Winnicott, D. W. (1960). Ego distortion in terms of true and false self. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment* (1965). London: Hogarth Press (trad. it.: *Distorsione dell'Io in termini di vero e falso Sé, Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando).
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando).
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock (trad. it.: *Gioco e realtà*, Roma: Armando).

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 22 marzo 2026.

Accettato: 31 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:1172

doi:10.4081/rp.2026.1172

*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.*

Laura Corbelli\*

## Commento al film *No Other Choice*

di Park Chan-wook, 2025

Con *No Other Choice* il regista Park Chan-wook interroga uno dei nodi più perturbanti della modernità: la trasformazione della soggettività quando il legame sociale cessa di essere uno spazio di riconoscimento e condivisione e si riduce a un dispositivo duale che slitta tra competizione ed esclusione. Questa deriva viene messa in scena fin dalle prime sequenze, a partire dal discorso che il protagonista rivolge ai colleghi in difesa del ruolo di ciascuno, un appello che resta inascoltato e si infrange muto letteralmente e fisicamente contro lo sportello che i nuovi dirigenti dell'azienda gli chiudono in faccia. Il pregiato premio ricevuto, che il protagonista griglia all'inizio del film nella felicità della famiglia – l'anguilla –, rivela quindi subito l'illusione di un rapporto inesistente: il segno formale di un licenziamento senza parole, interpretato come apprezzamento per il lavoro svolto.

Il film, pur inscrivendosi pienamente nella cifra stilistica dell'autore – lucidità formale, tensione morale, fastidio trattenuto e violenza improvvisa – si configura come un'opera eminentemente “relazionale”. Ciò che entra in crisi non è soltanto l'individuo, ma la matrice che lo costituisce come soggetto: il campo interpersonale, la possibilità di sentirsi riconosciuto, di riconoscere e di riconoscersi nell'altro. Il protagonista agisce a partire da una progressiva erosione delle possibilità di essere visto, ascoltato, tenuto a mente dall'altro. La perdita del lavoro – e, più profondamente, della sua funzione simbolica – si presenta inizialmente come una deprivazione economica, ma si estende rapidamente fino a diventare una frattura del patto relazionale che ne sostiene l'identità.

In questa prospettiva, il progetto omicida che attraversa il film non viene rappresentato come semplice espressione di frustrazione individuale, bensì come una forma estrema di adattamento patologico a un contesto sordo e cieco, non più responsivo, non più capace di scambio e di senso. Il soggetto, immerso in un vissuto di inevitabilità, finisce per trasformare a sua volta l'altro in oggetto: non più uomo, amico, collega o padre, ma ostacolo da rimuovere.

---

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

La competizione in atto per ottenere un lavoro, diventa così il principio organizzatore delle relazioni. L'altro è costantemente presente, ma mai disponibile: osserva, valuta, scarta, ignora. Quando si mostra nella sua umanità (padre, amante, persona infelice) non può più essere termine di risorsa o paragone. In assenza di uno spazio di riconoscimento, il legame si svuota e si irrigidisce, perdendo ogni funzione simbolica, tranne quella del pericolo.

Particolarmente rilevante è il modo in cui il film problematizza la responsabilità morale. *No Other Choice* non assolve il protagonista, ma neppure lo riduce a una figura mostruosa. Park Chan-wook sembra piuttosto suggerire la deriva di un solco relazionale, all'interno del quale l'azione violenta emerge in un campo co-costruito: fatto talvolta di attese, di studio, talvolta di complicità inattese, di immediatezza, ma sempre attraversato da soggettività che agiscono autonomamente. In questo scenario, le scelte individuali assumono il peso di tentativi estremi di ridare senso a sé nel legame. La domanda etica che il film solleva non è tanto "perché ha agito così?", quanto piuttosto "perché diventa impossibile dare valore a sé e all'altro, alla propria storia, a nuove possibilità relazionali?".

L'esperienza di essere sostituibili, intercambiabili, espellibili rende visibile una patologia del legame che attraversa la società contemporanea. In questo senso, il futuro non è più immaginabile e l'atto diventa l'unico modo per sentire di esistere, per ristabilire un ruolo – l'unico ruolo possibile – là dove si è stati estromessi.

*No Other Choice* quindi si impone come un'opera di grande interesse per il pensiero psicoanalitico contemporaneo. Park Chan-wook realizza un film che non chiede allo spettatore di identificarsi, ma di sostare in un disagio etico e relazionale, interrogando le condizioni che rendono possibile – o impossibile – la soggettività e la soggettualità in un campo condiviso. È proprio in questa sospensione, in questo spazio non pacificato, che il film apre un dialogo fecondo, invitandoci a leggere la violenza messa in scena non come una rottura del legame, ma come il suo esito più tragico, o come un tentativo distorto di tornare a farne parte.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 6 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:1156

doi:10.4081/rp.2026.1156

*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.*

Fabio Vanni\*

## Commento al film *Elisa*

di Leonardo Di Costanzo, 2025

Un film che presenta spunti meritevoli di essere ripresi quello di Leonardo Di Costanzo, già regista di *Ariaferma* del 2021 e che qui colloca un'altra storia nell'ambiente carcerario, sia pure un carcere *sui generis* – una struttura riabilitativa sulle montagne svizzere, un luogo detentivo molto aperto anche come approccio oltre che come spazio. Tratto da un saggio di due criminologi – Adolfo Ceretti e Lorenzo Natali, che s'ispirano al pensiero della giustizia riparativa e della “criminologia dell'incontro” – e ispirato ad una storia vera.

Elisa, interpretata da un'intensissima Barbara Ronchi, è una donna di trentacinque anni, detenuta da dieci, condannata per l'omicidio della sorella e per il tentato omicidio della madre – ha dato fuoco ad entrambe dopo averle strangolate. Elisa ha goduto di una condanna relativamente lieve, vent'anni, per i reati commessi, in conseguenza di una condizione di seminfermità mentale che vedeva nel sintomo “amnesia” e in una malformazione del lobo frontale due circostanze attenuanti.

Nel luogo dove vive incontra un criminologo che propone alle detenute di partecipare ad una ricerca che prevede alcuni colloqui con lui. Elisa si rende disponibile e per la prima volta dopo “il fatto” – come lei lo chiama – prova a tornare sopra l'accaduto in un dialogo con il professor Alaoui che andrà oltre la ricerca e diventerà un breve intervento psicoterapeutico.

Elisa è una detenuta in apparenza tranquilla e spenta, che lavora in un bar all'esterno della struttura e che per dieci anni è stata psichicamente lontana dal “fatto”. Il padre è l'unico componente della sua famiglia che la va a trovare regolarmente e che manifesta un affetto, pur sofferente, per lei, ma i loro dialoghi sono all'insegna di una banalità che evita il dramma vissuto da entrambi. Il fratello maggiore l'ha esclusa dalla sua vita e così la madre, sopravvissuta e poi deceduta un anno prima.

L'approccio della struttura nella sua impostazione terapeutico-riabilitativa

---

\*Psicologo, Psicoterapeuta; Presidente 'Progetto Sum ETS' e 'Rete Psicoterapia Sociale ETS', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

entra in uno stato critico quando Elisa mostra segni di malessere contigui ai colloqui con il terapeuta, colloqui nei quali entra in contatto con immagini, pensieri, emozioni relative all'epoca del "fatto" che la perturbano non poco e che generano in lei uno stato di crisi. È interessante come la struttura di cura si accorga con sensibilità di ciò che sta accadendo, ma accanto all'allarme, alla preoccupazione per Elisa, alle misure di accompagnamento e presenza, essa metta in atto due azioni sulle quali dobbiamo soffermarci e che indicano l'attivazione di alcune risposte "di sistema" alla crisi. La prima reazione è la visita psichiatrica che esita nella proposta di farmaci per dormire, che Elisa rifiuta perché vuole mantenersi lucida, e la prefigurazione di una terapia con sertralina qualora il suo stato permanga critico. Il secondo provvedimento assunto dal direttore della struttura è l'interruzione dei colloqui con lo psicoterapeuta.

È interessante qui notare come le sollecitazioni perturbative capaci di produrre emozioni e pensieri difficili per Elisa siano avvenute all'interno della relazione terapeutica, ma quando la crisi emerge essa viene ritenuta in qualche modo come una condizione da controllare e contenere, non solo da averne cura, e la psichiatria biologica è quella che viene chiamata in causa. Non è così anche nei nostri servizi? Solo che qui, diversamente da quanto avviene spesso da noi, lo psicoterapeuta è ben consapevole del valore e della delicatezza del suo operare, ed Elisa, pur nello sconvolgimento che vive al contatto con il riemergere di ricordi espliciti e drammatici, nonché del senso che ciò che ha compiuto assume per lei, persegue il desiderio di riprendere i colloqui con il professor Alaoui nonostante il divieto e le diverse indicazioni ricevute.

Quale postura quindi davanti alla crisi? Che accade davanti allo stato di Elisa che si chiude, pensa, rifiuta di lavorare e di mangiare, di vedere il padre e di ricevere un regalo da una compagna di stanza? È una posizione difficilissima quella di chi si trova davanti a questo ed è comprensibile che l'attivazione sia verso il contenimento, la sedazione, ma è altrettanto inopportuno. Attendere, compartecipare rispettosamente all'evolversi del movimento dell'altro, stare in contatto con ciò che ci accade, con la paura, con l'angoscia, rendersi disponibili sono, credo, posizioni più utili anche se certo più difficili. Richiedono anche chiarezza sulla responsabilità del soggetto accanto a cui siamo su ciò che farà, anche nella sua possibile drammaticità. Esserci accanto, non è essere al posto di.

Vi sono passaggi delicatissimi nei quali il terapeuta accoglie, ridefinisce – "non lo chiamerei 'il fatto' ma per quello che è stato, un omicidio" –, collega parti di esperienza che Elisa vive come non connesse aiutando in questo modo a ritrovare senso ad esperienze che altrimenti risulterebbero minacciose – la paura, della quale parleremo fra poco, la rabbia.

C'è un momento nel quale Elisa chiede al terapeuta perché si interessi di queste cose ed egli preferisce rimandare la risposta per lasciare spazio a lei e alla sua esperienza. Forse si poteva dire di più, forse si poteva condividere una propria parte personale, magari dolente, e facilitare lo stare lì anche per Elisa. Ma il nostro è un mestiere difficile e diverso è guardare le cose che accadono da fuori e da dopo.

L'elaborazione che Elisa fa della sua vicenda, e quindi di come essa si collochi nella sua vita, è importante e urgente per lei, consentendole di arrivare a dare un senso e una collocazione alla sua esperienza e a ciò che ha compiuto. Emerge chiaramente nel suo racconto come "il fatto" non avvenga in modo inspiegabile e fuori da ogni logica – la rappresentazione naïf della follia tuttora presente nella nostra cultura –, ma ben all'interno di una prospettiva che Elisa costruiva da sempre e che ha trovato in alcuni accadimenti familiari opportunità di espressione o, se vogliamo, difficoltà a trovare vie differenti di fronteggiamento. Il sentimento di paura, parola chiave condivisa come tale da Elisa e dal terapeuta, è da intendersi quindi come paura di una minaccia di scompaginamento di un ordine che aveva retto bene o male fino ai suoi vent'anni – altro punto interessante... la fine dell'adolescenza e l'ingresso in responsabilità adulte per lei soverchianti – e che poi è andato in frantumi. Per difendere quell'identità, è la mia ipotesi, Elisa ha fatto ciò che ha fatto. Ha rapito e anestetizzato la sorella per giorni, poi l'ha strangolata e infine bruciata, e per difendere quell'ordine identitario ha tentato di strangolare e poi di bruciare la loro madre. Comportamenti che, dal punto di vista morale, vengono considerati riprovevoli e che sono sanzionati in modo forte, ma che se guardati dal punto di vista del significato psicologico che quelle relazioni e quella situazione familiare – che comprendeva anche il fratello e il padre – assumevano per Elisa risultano via via meglio comprensibili purché vi sia spazio e modo di occuparsene e di rintracciare un modo per stare in contatto con essi e quindi per risignificarli.

Sarei poi curioso di comprendere il decorso e la rilevanza per l'esperienza di Elisa e per l'accaduto della malformazione del lobo frontale... forse si è evoluta anch'essa con l'esperienza?

"Le ragioni di comportamenti efferati sono da ricercare nell'umanità di chi li commette" dirà invece il professor Alaoui nella sua conferenza di presentazione del progetto.

Nel film è presente un altro personaggio, slegato dalla vicenda di Elisa ma che offre un'altra prospettiva sul dolore – la mamma di un ragazzo vittima di un omicidio ad opera di un gruppetto di balordi. Questa donna, interpretata da Valeria Golino, ci offre un'altra esperienza, un altro sguardo del quale coglierei il tema dell'inerzia. Il tentativo del professor Alaoui di comprendere e dunque di umanizzare gli autori del crimine trova la sua opposizione: "Lei vuole giustificare queste persone?". "Ho bisogno di odiarle, non di spiegarmi perché lo hanno fatto". Per il momento per lei è così. È il suo modo di stare in questa esperienza; forse domani si potranno aprire spazi diversi come per Elisa dieci anni dopo, forse no.

È molto interessante questo punto anche per un'altra ragione: si connette per me con ciò che alcuni considerano come il "disumano". Spesso questa parola assolutoria è utilizzata in relazione a comportamenti atroci. Come se l'umano fosse buono e dunque la presenza di aspetti di malignità non potesse essere contemplata se non come "altra", disumana appunto. In realtà credo si tratti di ammettere che l'umano ha potenzialità che vanno dal sublime all'ef-

ferato e che dovremmo considerarne la possibilità e l'esistenza anche dentro di noi o in persone a noi vicine. "Non posso credere, conoscendola, che lei abbia fatto ciò che ha fatto", dirà una guardia. Ma Elisa gli risponderà: "Sì, sono stata capace di farlo!"

Un'ultima riflessione per noi clinici riguarda la pervasività del concetto di trauma nella letteratura scientifica di ambito psichiatrico e psicoterapeutico. In questa storia il trauma non c'è, a meno che non si voglia intendere per trauma un ambiente educativo familiare che, nell'esperienza di Elisa, vedeva una posizione materna di rifiuto e ostilità verso la figlia, ma allora forse si dà alla parola trauma un significato troppo pervasivo e si mette tutta la causalità all'esterno del soggetto – come è ben comprensibile che anch'esso tenda a fare – senza occuparsi di cosa esso se ne fa e come partecipa alla sua storia di vita. Ci sono piuttosto esperienze difficili da digerire, come la posizione, guarda caso, della sorella, che aveva lasciato la casa familiare e forse privato Elisa di una possibile alleata divenendo così una sorta di traditrice. Pensieri difficili da pensare ma che muovono decisamente affetti e comportamenti. "Dopo, stranamente, ho trovato pace", dirà Elisa.

Di fatto ciò che scatena l'azione di Elisa, sia nel caso dell'omicidio della sorella che del tentato omicidio della madre, è l'essere messa di fronte alle rivelazioni di ciò che è. Una rivelazione che si carica di vergogna, forse, e che diviene intollerabile. Anche l'interruzione del rapporto con il terapeuta avviene quando lui le presenta una narrazione che lei probabilmente sente inaccettabile. Lì Elisa non riesce a fare altro che fuggire e prima non era riuscita che ad eliminare la minaccia che vedeva davanti a sé.

Credo che eliminare il movimento del soggetto per ritrovare pace sia impossibile. Quello che possiamo fare come soggetti con funzioni educative e di cura è stare accanto al suo procedere.

---

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 12 gennaio 2026.

Accettato: 16 gennaio 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:1138

doi:10.4081/rp.2026.1138

*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.*







