



# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

*Organo della Sezione Regionale Lombarda della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)*







# Johnson & Johnson

Johnson & Johnson apre la strada verso la medicina del futuro. I pazienti ispirano le nostre innovazioni scientifiche, che continuano a progredire e a salvare vite. Ascoltando la voce dei pazienti e applicando i principi della scienza, affrontiamo con fiducia alcune delle malattie più complesse del nostro tempo e sviluppiamo i potenziali farmaci del futuro.

[jnj.com](https://www.jnj.com)

**Johnson&Johnson**



# SOMMARIO

Anno XXXVIII • n. 2 • luglio-dicembre

## PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

Organo della Sezione Regionale Lombarda  
della Società Italiana di Psichiatria (SIP-Lo)

Fondata da:  
Alberto Giannelli

Diretta da:  
Giancarlo Cerveri (Lodi)

Comitato di Direzione:  
Bernardo Dell'Ossio (Milano FBF Sacco)  
Giovanni Migliarese (Vigevano)

Comitato Scientifico:  
Antonio Amatulli (Vimercate)  
Luisa Arosio (Voghera)  
Emi Bondi (Bergamo)  
Camilla Callegari (Bergamo)  
Carlo Fraticelli (Como)  
Massimo Clerici (Monza)  
Federico Durbano (Melzo)  
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)  
Gianmarco Giobbio (San Colombano)  
Antonio Magnani (Mantova)  
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)  
Carla Morganti (Milano Niguarda)  
Laura Novell (Bergamo)  
Mauro Percudani (Milano Niguarda)  
Massimo Rabboni (Bergamo)  
Matteo Rocchetti (Pavia)  
Pierluigi Politi (Pavia)  
Virginio Salvi (Crema)  
Gianluigi Tomaselli (Treviglio)  
Marco Toscano (Garbagnate)  
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)  
Simone Vender (Varese)  
Antonio Vita (Brescia)

Segreteria di Direzione:  
Silvia Paletta (ASST Lodi)  
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)  
Davide La Tegola (ASST Monza)

Art Director:  
Paperplane snc

Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori

### COMUNICAZIONE AI LETTORI

In relazione a quanto stabilisce la Legge 675/1996 si assicura che i dati (nome e cognome, qualifica, indirizzo) presenti nel nostro archivio sono utilizzati unicamente per l'invio di questo periodico e di altro materiale inerente alla nostra attività editoriale. Chi non fosse d'accordo o volesse comunicare variazioni ai dati in nostro possesso può contattare la redazione scrivendo a [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it).

### EDITORE:

Massimo Rabboni, c/o Dipartimento di Salute Mentale  
dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Piazza OMS,  
1 - 24127 Bergamo  
Tel. 035 26.63.66 - [info@psichiatriaoggi.it](mailto:info@psichiatriaoggi.it)  
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88  
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

Gli Operatori interessati a ricevere  
comunicazioni sulla pubblicazione  
del nuovo numero della rivista

## PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

### IN PRIMO PIANO

- 4 Quando lo psichiatra rifugge l'Agorà  
viene meno al suo dovere?  
di Cerveri G.

### SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 14 Budget di Salute - L'esperienza del  
DSMD di Franciacorta  
di Materzanini A.
- 21 La prima esperienza di co-programmazione  
dei servizi di Salute Mentale in ATS  
Città Metropolitana di Milano  
di Ferrari R., Arcidiacono E., Cauli G.,  
Fornoni C., Mancin R., Salari B.,  
Tosoni F. e Rolli F.
- 31 Progetto "Atrieu": un modello integrato  
per la gestione delle acuzie psichiatriche  
in età evolutiva presso l'Azienda Socio  
Sanitaria Territoriale Melegnano e  
Martesana  
di Di Fauci F., Zordan F., Gariboldi C.,  
Masseroni V., Montrasio C., Durbano F.  
e Gruppo Lavoro "Atrieu"
- 43 Metodo Snoezelen e stimolazione basale:  
un approccio innovativo nella gestione di  
pazienti neuropsichiatrici presso l'ASST  
Melegnano Martesana  
di Di Zordan F., Archetti S., Migliore V.,  
Uselli C., Cazzaniga V., Peschetola A.,  
Bagnaschi E., Buson N., Buonocore M.,  
Montrasio C., Giuliani E. e Durbano F.
- 57 La riabilitazione nella cura: psichiatria  
di consultazione e servizio di recupero e  
rieducazione funzionale  
di Berto E., Manzoni M.L., Marchetti M.,  
Del Romano E., Gazzani L. e Tonetti G.
- 64 Il tempo della psichiatria, il tempo della  
psicoanalisi  
di Di Lello C.
- 75 Oltre la crisi: un anno e mezzo di  
psicoeducazione in SPDC. Riflessioni su  
un'esperienza pilota  
di Dordoni A., Calento A., Paletta S.M.  
e Cerveri G.
- 80 Intervento di prevenzione del disagio  
giovanile nelle Scuole Secondarie  
Superiori del territorio del DSMD ASST  
Melegnano e Martesana  
di Sasso E., Carnevali S., Distefano A.,  
Giombelli A. F., Racioppi L., Giuliani E.  
O. e Durbano F.

- 90 Promozione delle Life Skills e  
prevenzione del disagio psichico negli  
adolescenti: un modello psico-educativo  
scolastico  
di Soffientini M., Parinisi L., Malgrati E.  
e Toscano M.

### CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 97 CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.  
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE  
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE  
L'infermiere musicoterapeuta sul  
territorio per la salute mentale  
di Capra G.
- 102 CONTRIBUTO AITERP  
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA  
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA  
AITeRP: una responsabilità  
tecnico-scientifica condivisa  
Intervista al presidente neo eletto come  
dialogo aperto, con chi scrive e con chi legge  
di Rossi L., Fossati E. e Scagliarini V.

### PSICHIATRIA NARRATIVA

- 108 Disperazione  
Un caso di cronaca  
di Grasso F.

### PSICHIATRIA FORENSE

- 111 Che piccola storia ignobile mi tocca  
raccontare  
di Marasco M.
- 115 La fine della vita e le persone con  
disturbo mentale: si può togliere la  
parola?  
di Amatulli A.

- 124 Un saluto ad Alberto Giannelli  
Fondatore della rivista Psichiatria Oggi  
di Mencacci C.

IN COPERTINA: Adolfo Wildt, Parsifal (Il puro folle), 1930  
Foto: © Paolobon140, CC BY-SA 4.0



# Il tempo della psichiatria, il tempo della psicoanalisi

Di Lello C.

Per parlare del tempo possiamo evocare Chronos, divinità celebrata nelle teogonie orfiche (7° secolo a.C.), nume del Tempo inteso come fluire inarrestabile e inesorabile della vita.

Si tratta dell'ancestrale antenato di un altro Chronos, corrispondente al Saturno latino, titano che castra il padre Urano e divorà i figli per scongiurare la propria detronizzazione: impresa che tuttavia riuscirà a compiere il suo ultimogenito Zeus, salvando se stesso e tutti i fratelli con la complicità della madre Rea.

Nonostante i due abbiano connotazioni ben diverse tra loro e a livello genealogico siano separati da svariate generazioni di dei, nel tramandarsi delle narrazioni mitiche finiscono per convergere tra loro a formare una sola entità: nel *De natura deorum* di Cicerone, ad esempio, l'uno è considerato semplicemente una "leggera variante" dell'altro: "quanto poi al nome *Saturno* deriva dal fatto che questo Dio è *saturato* di anni: la finzione che divorasse i suoi figli sta a simboleggiare che il tempo distrugge i giorni che passano e fa degli anni trascorsi il suo nutrimento senza mai saziarsi".

Dunque un dio, Chronos – rappresentante di una mentalità antecedente al fiorire delle città-stato dell'età classica e alla connessa nascita dello spirito democratico – arcaico, capace di atti crudeli: un padre tirannico, spietato fino all'infanticidio.

D'altronde, si sa che il tempo è tiranno.

Ed effettivamente in psichiatria, nell'attività clinica con le patologie mentali gravi, il tempo diviene spesso tirannico: la pressione esercitata da quel terrifico dittatore interno che è il Super Io (istanza del mondo psichico, ci dice la psicoanalisi, depositaria della funzione di giudizio e della critica di realtà) psicotico, infatti, ha il potere di

distorcere la velocità dei pensieri e delle azioni dei pazienti e dei curanti nella forma di folli accelerazioni o, al contrario, di devitalizzati rallentamenti.

Con l'aiuto di un assetto mentale psicoanaliticamente orientato, tuttavia, ovvero di una *forma mentis* che consenta al terapeuta "un'attenzione uniformemente sospesa ai propri processi interiori" (Parsons, 2007), il tempo psicologico dei pazienti e dei curanti nelle istituzioni e nei servizi psichiatrici può essere protetto dalle torsioni superegoiche e preservato nel suo ritmo e nel suo respiro naturale.

## IL SUPER IO PSICOTICO

Per approfondire l'argomento del Super Io nei disturbi mentali gravi attingerò ampiamente ad un interessante lavoro di Franco De Masi (1997) pubblicato in lingua inglese *sull'International Journal of Psychoanalysis*: "Intimidation at the helm: superego and hallucinations in the analytic treatment of a psychosis" ("Intimidazione al potere: Super Io e allucinazioni nel trattamento psicoanalitico di una psicosi").

Racconta De Masi (libera traduzione e selezione di brani): "M aveva sofferto di una grave crisi psicotica, per la quale era stato ricoverato per 2 mesi in ospedale e trattato con farmaci. Giunse da me all'età di 25 anni chiedendo un'analisi dopo due anni di psicoterapia avviati alla sua dimissione dall'ospedale. Sia lo psichiatra che lo aveva seguito durante questo periodo che il paziente stesso erano giunti alla conclusione che il lavoro psicoterapeutico non poteva procedere oltre. Nel prosieguo lo psichiatra continuò a gestire la terapia finché non fu più necessaria in una fase avanzata dell'analisi.

Il breakdown psicotico aveva portato il paziente a interrompere i suoi studi proprio quando stava per laurearsi in informatica, e a lasciare Milano, dove frequentava l'università, per ritornare nella sua città natale dai suoi genitori.

M era stato un bambino socievole alle scuole elementari e medie. Più alto e più forte dei suoi coetanei, non era tuttavia capace di difendersi quando veniva attaccato. Aveva paura della sua stessa violenza e riusciva a entrare

in conflitto solo quando la madre lo invitava a reagire. Fin dall'infanzia aveva manifestato ansia e paure, ad esempio che potesse esserci un diavolo nella sua stanza.

Ricordava di essere stato spesso punito a seguito di violente liti con la madre, e nel suo racconto le punizioni inflitte sembravano sproporzionate alla sua cattiveria. Ebbi l'impressione di una donna autoritaria e prepotente, provata dall'accudimento dei due figli e in difficoltà nell'affrontare soprattutto il temperamento impulsivo e ribelle di M, il più grande.

Alla scuola superiore M mostrò una precoce tendenza a rendersi indipendente e ad assumere posizioni polemiche contro professori e figure con ruoli di autorità. Aveva elaborato una elementare ideologia politica, in cui i capitalisti erano simili a genitori impegnati in una perpetua guerra con i loro figli, nella quale volevano accaparrarsi tutto e schiacciare il proletariato.

All'età di 18 anni, al momento di cominciare l'università M uscì di casa e si trasferì a Milano. Scelse Informatica sulla base della sua inclinazione per il pensiero astratto e per la matematica. Studente piuttosto brillante in passato, aveva però iniziato a ottenere mediocri risultati a causa della sua paura degli esami e di una certa disorganizzazione nello studio.

Un episodio aprì la strada alla crisi psicotica. A causa di una sbandata per un'altra giovane il paziente aveva interrotto una relazione che durava da anni – la più importante della sua vita – con una ragazza della stessa età.

Dopo aver saputo che la ex ragazza si era fidanzata, aveva tentato di ritornare con lei ma era stato violentemente e irreparabilmente respinto.

Divenne molto depresso e chiese aiuto ai genitori. Suo papà, un medico, lo inviò da uno psicologo specializzato in medicina psicosomatica, che non capì che cosa gli stava succedendo. Né la sua famiglia né i suoi amici compresero appieno il suo stato. Egli cercò di resistere con tutte le sue forze ma entrò in uno stato di disperazione sempre maggiore.

Il crollo culminò in un tentativo di suicidio: mentre era in vacanza, si gettò da un cavalcavia spinto dall'idea

delirante di essere abitato da un potere demoniaco che lo avrebbe reso totalmente distruttivo.

Percepiva altre presenze diaboliche, spesso sotto forma di animali come cani neri, mentre il mondo annunciava suicidi di massa attraverso il suono delle campane o gli spari di armi da fuoco. Sentiva di poter entrare telepaticamente nella mente delle altre persone e costringerle al suicidio; credendo di essere in contatto con Dio (forze divine terrorizzanti gli rivelavano verità catastrofiche), sentiva di essere sottoposto a un giudizio verso cui non c'era possibilità di appello.

L'analisi iniziò otto anni fa ed è tuttora [al momento della stesura dell'articolo] in corso a quattro sedute settimanali in setting analitico classico.

Circa un anno dopo l'inizio dell'analisi M corse a casa convinto che io avessi telefonato al padre per dirgli che l'analisi era fallita. Subito dopo mi telefonò da casa dicendomi che stava andando **troppo veloce**, e che voleva salvare il suo onore e gettarsi dalla finestra. Nella seduta successiva mi disse che era andato poi al ristorante dove il cameriere era stato **molto lento** nel portargli il conto. Ciò gli era apparso come un chiaro segnale che egli era considerato da tutti un fallimento totale.”

Vorrei soffermarmi su questo punto: nella prospettiva del presente lavoro si potrebbe pensare che M stesse dicendo che il tempo dell'analisi e dell'analista, quello del cameriere, fosse molto lento per le pretese del suo Super Io.

Infatti successivamente, riferisce De Masi, M precisò che gli era sembrato di andare **troppo veloce** nel senso che si sentiva spinto dalla frenesia di progredire, accorgendosi tuttavia al contempo dell'irrealizzabilità del compito e conseguentemente della sua inadeguatezza.

Il racconto prosegue: “Nei primi due anni dell'analisi, M tendeva a sentirsi odiato e disprezzato dalle persone (spesso tali percezioni si verificavano anche con me), tanto che evitava i contatti con i vicini, gli estranei e, successivamente, anche gli amici. Il paziente sentiva che le persone “leggevano” i suoi pensieri. Raccontò di

conversazioni tra gli avventori di un locale e la barista, in cui aveva percepito un commento da cui si deduceva che sapevano tutto su di lui e conoscevano i suoi pensieri.

In questa fase, tutte queste percezioni si organizzavano come allucinazioni uditive. Era come se M fosse diventato una entità negativa che viveva nella mente degli altri e di cui gli altri parlavano con disprezzo. Le allucinazioni sorgevano senza preavviso, attaccandolo con accuse sprezzanti e inducendolo a uno stato di terrore. Le “voci” lo assalivano in molte aree della sua personalità; per esempio, potevano improvvisamente chiamarlo “omosessuale” o attaccarlo definendolo “pazzo”.

Le “voci” a volte apparivano come un’attività denigratoria indiscriminata, un tentativo di distruggere la sua personalità. Quando era in preda a un attacco allucinatorio, il paziente mi ricordava Giobbe sopraffatto da un terrore senza colpa davanti a Dio.

Rimasi attento e vigile per un lungo periodo e mantenni la mente aperta ad ogni possibilità di aiutarlo o di portarlo a una maggiore comprensione di sé, fino a quando uno dei suoi rari sogni ci permise di riflettere insieme sulle sue allucinazioni e, per la prima volta, di separarci dal loro potere terrorizzante. A mio avviso, fu proprio questo atteggiamento di controtransfert che aiutò il paziente ad aprire uno spazio per pensare – qualcosa che fu possibile nel sogno.

Giunse una seduta in cui M mi raccontò di aver sognato di essere in un ospedale della marina che somigliava molto a un campo di concentramento o a un manicomio. C’erano altri detenuti, che sembravano tutte persone normali. Accanto a lui c’era un serial killer che lo spaventava. Il comandante del campo apparve e disse a Tony Curtis [per i più giovani: un attore statunitense degli anni ’60 – “A qualcuno piace caldo” con Marilyn Monroe – che interpretava personaggi abili, disinvolti e scanzonati], un compagno di prigionia, di stare zitto; Tony Curtis si afflosciò. M cercò di lasciare l’ospedale/campo di concentramento, salì su un autobus che non partì, e iniziò a vagare infine senza meta nella campagna.

Il paziente si identificò con Tony Curtis, un giovane brillante e ribelle.

Continuando l’analisi del sogno, gli feci notare che il comandante del campo, ordinando a Tony Curtis di stare zitto, stava cercando di mortificare le sue caratteristiche e annichilirne la personalità: egli alla fine appariva svuotato e completamente passivo. Gli dissi anche che l’ufficiale navale non solo non distingueva tra il giovane ribelle e l’assassino folle, ma prendeva di mira quest’ultimo.

Evidenziando che il comandante del campo, che rappresentava l’elemento distruttivo, stava attaccando gli aspetti vitali, gli mostrai che con questa figura stava rappresentando la pressione allucinatoria che lo tormentava e voleva annientare la sua personalità.

## LA PAZIENZA DI GIOBBE

Questo sogno, a cui tornammo molte volte in momenti significativi dell’analisi, rappresentava a mio avviso in modo esemplare il potere minaccioso del Super Io psicotico sulla sua intera personalità, e aprì la strada alla comprensione del terrore allucinatorio.

Il paziente era sopraffatto da un oggetto interno annientante divenuto una parte di sé: l’intimidazione e l’accusa allontanavano il paziente dalla curiosità, dalla consapevolezza del conflitto e dall’esplorazione della realtà psichica”.

Per De Masi il lavoro interpretativo sulla natura distruttiva del Super Io, divenuto possibile da quel momento, appare essere stato il motore dell’evoluzione terapeutica di M, consentendo all’ansia catastrofica e alla colpa (per lungo tempo proiettate su oggetti esterni e reintegrate sotto forma di allucinazioni) di essere gradualmente trasformate nella capacità di pensare al danno che si autoinfliggeva e nell’assunzione della propria responsabilità psichica.

A parere di chi scrive, invece, il cambiamento che ha potuto avere luogo nel mondo interno di M ha meno a che fare con l’attività interpretativa dell’analista, esplicitata verbalmente, e molto di più con altri fattori non inter-

pretativi (i “non interpretive mechanisms” del gruppo di Stern e degli altri bostoniani) che attengono all’aspetto pragmatico e metacomunicativo della relazione di cura, quel “qualcosa in più dell’interpretazione” (Stern et al., 1998) che si muove sul registro subsimbolico e procedurale della conoscenza intersoggettiva implicita, piuttosto che sul piano simbolico e dichiarativo.

Un registro non verbale di base nel quale la ricostruzione di un fondo psichico adeguato, “e quindi di una ipseità e di un senso di sé vivibili, si verifica in analisi, e in genere in tutti i tipi di trattamento, non tanto in base a ciò che l’analista o il curante *dice*, ma in base a ciò che l’analista *fa*” (Correale, 2005), e che nel resoconto della vicenda analitica di M si può ritrovare in questo passaggio, che riporto nuovamente: “rimasi attento e vigile per un lungo periodo e mantenni la mente aperta ad ogni possibilità di aiutarlo o di portarlo ad una maggiore comprensione di sé, **fino a quando** uno dei suoi rari sogni ci permise di riflettere insieme sulle sue allucinazioni [...]. A mio avviso, fu proprio questo atteggiamento di controtransfert che aiutò il paziente ad aprire uno spazio per pensare”.

In queste righe De Masi sta parlando del “setting” mentale psicoanalitico e della sua sostanziale differenza con l’approccio psichiatrico che, peraltro comprensibilmente, si sarebbe precipitato ad affrontare e auspicabilmente risolvere nel più breve tempo possibile, velocemente, senza indugio, il problema delle allucinazioni (come lo stesso analista, psichiatra di formazione, in un altro passo qui non riportato confessa di essersi sentito inizialmente spinto a fare): più avanti tornerò diffusamente sul tema.

Restiamo nel mondo di M con un ultimo passaggio dell’appassionato lavoro di De Masi: “il Vecchio Testamento narra di come il ricco, fortunato e felice Giobbe si trovi improvvisamente su un cumulo di sterco. Perde tutta la sua ricchezza, le sue greggi vengono distrutte, i suoi figli uccisi e il suo corpo è coperto di piaghe.

Egli a quel punto si ribella al suo destino e protesta la sua innocenza davanti a Dio. Tuttavia, la risposta che

riceve è disturbante. Cieco di rabbia e protervo nel suo diritto di disporre delle sue creature come meglio crede, Dio si scaglia adirato e sprezzante contro Giobbe per il solo fatto di avere osato chiedere spiegazioni sul comportamento divino. Di fronte a questo Dio arrogante e narcisisticamente suscettibile, Giobbe appare come una persona disperata ma devota: la violenza delle sue parole contro Dio è dettata più dall’esaasperazione che dalla ribellione. Tutto si placerebbe in lui se potesse solo comprendere il legame tra il peccato e la punizione.

La storia di Giobbe può essere, a mio avviso, compresa come la descrizione di una relazione tra l’Io e il Super Io psicotico nel corso di un crollo psicotico, in cui il protagonista, come il mio paziente, si trova estromesso dallo stato di benessere e gettato su un cumulo di sterco, alla mercé di una voce accusatoria distruttiva.

Il Super Io psicotico ha maggiori somiglianze con il Dio di Giobbe che con il Dio primitivo di Abramo; anche se quest’ultimo esige sacrifici umani per offese o trasgressioni, almeno rende esplicito il legame tra crimine e punizione. Il paziente psicotico somiglia di più a Giobbe: deve affrontare un mondo minaccioso che vuole annientarlo, terrorizzarlo e soggiogarlo, piuttosto che farlo sentire in colpa”.

Già Freud, peraltro, aveva intuito che gli effetti di un’istanza superegoica troppo severa si ripercuotono non solo sulle funzioni psichiche ma anche su quelle cognitive del soggetto, che a causa di ciò non riesce a sviluppare sufficiente consapevolezza di sé e a “mentalizzare”.

Ad esempio ne “L’Io e l’Es” (1922) egli sottolinea come il senso di colpa inconscio, quello alimentato da un Super Io patologico, sia muto e non venga percepito dal paziente, di modo che egli “non si sente colpevole, si sente semplicemente ammalato”.

“Il Dio di Giobbe”, conclude De Masi, “esige la sottomissione senza nemmeno consentirgli di comprendere la ragione della rabbia e la natura del peccato: il paziente in questa fase deve quindi affrontare non tanto il senso di colpa quanto il terrore”.

Per sostenere il compito, si potrebbe aggiungere, occorre non avere fretta e valersi di molta pazienza: quella di Giobbe, appunto.

Mi sono soffermato così a lungo sul Super Io perché, nonostante la sua centralità nella genesi della sofferenza psichica, la sua esplorazione come oggetto primario e specifico dell'indagine psicoanalitica appare essersi spenta (rimossa?) negli ultimi decenni.

Eppure Freud in numerose occasioni si era occupato del problema del citato "senso di colpa inconscio", giungendo a definirlo, in un passaggio non sempre adeguatamente considerato nonostante la sua rilevanza, "l'ambito di lavoro preferito per la psicoanalisi" (1933).

Ed è Strachey a scrivere nel 1934 forse il più famoso e ancora oggi citato lavoro psicoanalitico, a parte gli scritti freudiani, in cui approfondendo il tema dell'"interpretazione mutativa" sostiene con particolare chiarezza come la finalità terapeutica dell'analisi consista in ultima analisi in una modificazione del Super Io.

Secondo Strachey il Super Io "crudele", origine primaria della sofferenza psichica, può essere trasformato grazie al ciclo ripetuto di proiezioni sull'analista, legate alle dinamiche transferali, e di successive reintroiezioni in forma bonificata.

L'esperienza emotiva vissuta dal paziente nella relazione con l'analista ha pertanto la finalità di portare nel corso della terapia alla interiorizzazione di un oggetto superegoico più "mite" ("mild super-ego", dice Strachey), indulgente e amorevole: una sorta di buon padre (o madre) di famiglia che soppianta gradualmente un dispotico padre (o madre) padrone.

## CURVATURE DEL TEMPO IN PSICHIATRIA

Giunti a questo punto dovrebbe essere più facile penetrare il mistero di situazioni in cui il tempo accelera vertiginosamente, come nelle fughe senza respiro dello stato maniacale, o nella brutalità, perentorietà e istantaneità di certe manifestazioni verbali o comportamentali dei pazienti con patologie psichiatriche gravi.

Se il Super Io è paragonabile al despota di un popolo, se si può parlare di "Super Io nazista", nei casi citati è come se la sua polizia segreta compisse a ripetizione blitz fulminei, facendo fretta ai suoi prigionieri – "schnell!, schnell!" urlavano le SS alle loro vittime mentre le spingevano di corsa sui treni per Auschwitz – pena la fucilazione.

Oppure comprendere fenomeni opposti di collasso temporale fino alla stasi, come la sintomatologia negativa, la catatonia, l'inibizione psicomotoria, la "glaciazione" psichica (come ci ricorda il bel libro "Glaciazioni" di Salomon Resnik, 2001), caratteristici certamente dello stato melanconico, ma più in generale posti, come ci invita a considerare Correale (2002), alla base della dimensione psicotica tout court: sorta di "malattia unica" (Pichon Rivière, 1971) dal cui tronco si dipartono poi tutte le diverse possibili ramificazioni sintomatologiche.

In queste situazioni l'annichilimento non è più angosciosamente temuto, ha semplicemente già avuto luogo: sotto la persecutoria minaccia della punizione superegoica non si può far altro che utilizzare la strategia difensiva adottata in natura da alcune specie animali (il più noto è l'opossum), ovvero trattenere il fiato il più a lungo possibile, immobilizzarsi e fermare ogni manifestazione vitale in una condizione di morte (psichica) apparente.

Naturalmente, come ci si può aspettare dal paradigma psicoanalitico dell'identificazione proiettiva, e dalla "simulazione incarnata" che può essere considerata, per il tramite dei neuroni specchio, il suo substrato neurofisiologico, il tempo incombente e persecutorio o, al contrario, abbandonato a se stesso e dimenticato tende a riprodursi anche nelle équipe che entrano in contatto con l'utenza psichiatrica.

Come dice il proverbio, "noia e nervi son due cose anche troppo contagiose".

Da qui fenomeni come l'"iperstimolazione confondente" di cui parla Correale (1991) a proposito dei reparti ospedalieri di psichiatria, ma rintracciabile in ogni parte di un servizio di salute mentale, in cui "ogni



membro dell'èquipe viene in larga misura bombardato di richieste contemporanee e molteplici, consistenti nella soddisfazione di piccoli bisogni – sigarette, informazioni – o in richieste di colloqui e chiarimenti o francamente in violente prese di posizione”.

Chi scrive illustrava in un precedente contributo (Di Lello, 2013) la parossistica frenesia di una riunione di èquipe in un CPS: “Il gruppo sobbalza incessantemente, è agitato da singulti, come attraversato da una corrente elettrica che produce una scarica in punti sempre diversi, animato da un moto perpetuo.

Mentre alcuni parlano di un paziente, altri bisbigliano tra loro a coppie, o consultano il cellulare, o prestano attenzione ora alla discussione e ora al giornale sotto i loro occhi, o scrivono ricette di farmaci, o fanno annotazioni sull'agenda, oppure ancora escono dalla stanza per andare a vedere chi ha suonato alla porta d'ingresso.

Ma soprattutto è continuamente scosso dalle telefonate.

Non soltanto da quelle che numerosi operatori ricevono sui loro rispettivi telefonini personali, segnalate spesso da rumorose suonerie.

Ma, ancor di più, da quelle che giungono senza sosta al CPS anche nell'orario della riunione, da parte di pazienti, di colleghi, di altri servizi, e che per disposizioni superiori non possono essere lasciate senza risposta.

La conseguenza è un ricevitore cordless che dieci, venti, trenta volte passa di mano in mano, disegnando semicerchi, parabole, ellissi tutto intorno al tavolo, o tracciando diagonali secche che lo intersecano in superficie giusto sotto il naso di chi parla o di chi ascolta, interrompendo di continuo la linea della narrazione, cioè il filo del discorso, e imponendone continui e non impeccabili riannodamenti.

I racconti clinici si fanno così frammentari, si fatica poi a riprendere da dove si era stati interrotti, e comunque spesso si prosegue per qualche tempo a parlare con alcuni operatori del contenuto della telefonata appena conclusa, quasi in contemporanea con la ripresa del pensiero precedente con gli altri operatori che stavano ascoltando.

La corrente di ogni racconto viene così continuamente frazionata dall'immissione improvvisa di nuovi affluenti, producendo una moltiplicazione di rami secondari, una irregolarità del flusso che da laminare diviene turbolento, un continuo tumulto della superficie delle storie”.

E quando, all'opposto, il tempo mentale si arresta e il suo cuore smette di palpitare la psichiatria porta i suoi operatori a sviluppare fenomeni come l'“ipertrofia della memoria” (Correale, 1996), in cui predomina “la presenza, nelle istituzioni, di ricordi collettivi, che sembrano per così dire, consolidati e irrigiditi, al punto d'aver perso la possibilità di sprigionare significati o di subire modificazioni o interpretazioni alternative. Si tratta quasi sempre di eventi relazionali, verificatisi spesso in un passato lontano, che vengono raccontati in modo sempre uguale e ripetitivo, quasi come portati a dimostrazione di un assunto di un'affermazione, di cui devono fungere da prova”.

In tali situazioni un fatale “abbiamo sempre fatto così” ha la capacità di ibernare ogni pensiero nuovo e ogni progetto vitale su un dato paziente.

Per non parlare della noia che permea in ogni angolo le strutture residenziali psichiatriche, come raccontavo anni fa (Di Lello, 1999): “il congelamento che lo psicotico tenta di attuare su ogni suo moto interiore – mozione interna, cioè è-mozione – si riverbera naturalmente sulla sua percezione del tempo, che viene vissuto da lui e da chi è in stretto contatto con lui, a volte semplicemente come fermo, altre volte come ripetitivo.

Fermo è quasi sempre il tempo di Silvana, per la quale appunto «il tempo non passa mai»: come dice Resnik (1986) «modo tipico per evitare la separazione dello spazio e del tempo è la pietrificazione, come nella catatonia, oppure lo svuotamento da ogni vissuto: [il tempo vissuto] è, in questo caso, un tempo schiacciato, paralizzato, devitalizzato, cioè svuotato di vita e di ogni sentimento: rimasto un «pieno di vuoto»». Ripetitivo è spesso il tempo della Comunità Protetta, scandito da momenti monotoni e sempre uguali a se stessi che si

perpetuano anche quando si sono impoveriti di senso.

Un tempo circolare, insomma che si differenzia da quello progettuale, tipico di un movimento che si dirige verso l'autonomia e l'individuale espressione di sé: «nel ciclo» afferma Umberto Galimberti (1997) «non c'è rimpianto e non c'è attesa... la temporalità che esprime è la pura e semplice regolarità del ciclo, dove nulla può accadere che non sia già accaduto e nulla può avvenire se non con-formandosi al già avvenuto. Nel tempo ciclico non c'è futuro che non sia la pura e semplice ripresa del passato che il presente ribadisce. Non c'è nulla da attendere se non ciò che deve ritornare».

### **METODO PSICOANALITICO, CAPACITÀ NEGATIVA E RÉVERIE IN PSICHIATRIA**

Alla luce delle curvature del tempo da cui è pervasa la psichiatria ad opera del tirannico Super Io che la condiziona, è possibile ricorrere alla psicoanalisi per attingere e recuperare una temporalità più naturale?

È possibile immaginare di applicare non tanto una tecnica (come abbiamo visto fare nel caso presentato da Franco De Masi, che oggi, a quasi trent'anni di distanza, non sembra più né praticabile né indicato) quanto un metodo psicoanaliticamente orientato al lavoro della cura nelle istituzioni psichiatriche? E adottare con questo metodo anche un assetto mentale, un atteggiamento umano, e in definitiva un punto di vista etico improntato alla democrazia, alla tolleranza e alla pazienza?

Di certo, un approccio psicoanalitico ha dalla sua più di un vantaggio.

Come dice Bolognini (2002), gli psicoanalisti «anzitutto, banalmente, di solito non interrompono i discorsi altrui».

E poi «non si precipitano a dare dei consigli, come fanno invece il 90% delle persone di fronte a una comunicazione problematica; assaporano l'atmosfera che si crea nell'incontro, la registrano con cura e riflettono su di essa, mentre i più cercano reattivamente di modificarla pretendendo di sostituirla immediatamente con un'altra ritenuta migliore; cercano di mantenere operante il «pen-

sare» assieme al «sentire», mantenendo collegamenti e instaurando nessi tra cose apparentemente lontane e dissociate; non si vergognano del contatto con sensazioni, pensieri e fantasie di ogni genere che possono attraversarli in seduta (appunto, «*homo sum, nihil umani mihi alienum puto*») confidando di poterli utilizzare per dare poi un senso alle cose; hanno un ricordo sufficiente della loro infanzia e adolescenza, e un'immagine di sé poco idealizzata ma piuttosto robusta e definita, per cui possono reggere alle distorsioni proiettive dei pazienti; siccome sanno di sbagliare, purtroppo piuttosto di frequente, sanno di solito chiedere scusa; sono puntuali; hanno una certa capacità di immaginazione, e riescono un pò alla volta a rappresentarsi le cose di cui i pazienti parlano; e, *last but not least*, hanno il senso della complessità della vita mentale».

Questa disposizione mentale sembra corrispondere a ciò che Bion (1970) chiama «capacità negativa»: cioè l'attitudine del terapeuta a permanere in una situazione di sospensione e di attesa, di fronte ai dubbi o agli interrogativi che egli incontra nel suo sforzo di comprensione dell'inconscio, senza precipitarsi a dare risposte.

La locuzione «negative capability» è ripresa dal poeta romantico John Keats, che in una lettera del 1817 ai fratelli George e Thomas elogia la capacità di alcuni grandi della letteratura – e di Shakespeare in modo particolare – di rappresentare i loro personaggi «senza lasciarsi andare a un'agitata ricerca di fatti e di ragioni», e astenendosi da certezze e giudizi morali.

Egli riteneva infatti che i grandi uomini (specialmente i poeti, che egli considerava per certi aspetti le anime più elevate) avessero la dote di accettare i dubbi, le complessità e le contraddizioni dell'esistenza umana senza trovare facili soluzioni, nella convinzione che scopo dell'arte non fosse, come invece per la scienza, risolvere i problemi, ma piuttosto esplorarli senza cercare risposte.

Lo stesso Bion utilizzò un aforisma del filosofo Blanchot per affermare un principio simile: «la réponse c'est la malheur de la question».

L'esercizio della capacità negativa è una caratteristica distintiva del metodo psicoanalitico, e trova per certi aspetti i suoi antecedenti nell'accorgimento dell'"astinenza" (Freud, 1918), e nell'indicazione correlata di accecarsi artificialmente e pazientemente "per poter dirigere tutta la luce su un punto oscuro" (Freud, 1916).

Analogamente Bion raccomanda lungo tutto il corso della sua opera l'assunzione di uno stato mentale sospeso in una condizione "senza memoria e senza desiderio" o, più realisticamente, di "opacizzazione" (Bion, 1970) della memoria e del desiderio.

Tutto ciò non vuol dire che una risposta a un certo punto non vada trovata: l'importante è che non sia precipitosa, e che venga basata sul riscontro di più di un indizio a sostegno della sua attendibilità, accettando per tutto il tempo necessario di non capire.

La capacità negativa è un esercizio mentale, un allenamento dell'apparato per pensare i pensieri, in cui l'analista si indirizza verso un'attitudine esplorativa e di apertura fiduciosa (il "fattore F" di Bion) verso l'ignoto.

Nella concezione bioniana, dunque, l'analista – e nel nostro discorso anche il terapeuta di formazione psicodinamica al di fuori del setting psicoanalitico classico – "deve resistere ad ogni tentativo di afferrarsi a ciò che sa, al fine di realizzare uno stato mentale analogo a quello della posizione schizoparanoide. Per indicare questo stato ho coniato il termine «pazienza», proprio per distinguerlo dalla posizione schizoparanoide. La «pazienza» deve essere esercitata «senza agitarsi dietro i fatti e le ragioni» fino a che si sviluppi uno schema" (Bion, 1970).

Quando tale "schema" prende infine forma nella mente dell'analista, alla "pazienza" – richiesta necessariamente dal perturbante clima emotivo schizoparanoide – subentra uno stato mentale di "sicurezza", che corrisponde invece al sentimento caratteristico della dimensione depressiva.

L'esperienza della continua oscillazione binoculare tra queste due fasi emotive – anziché dello statico sostare nell'una

o nell'altra – fornisce al terapeuta, dice ancora Bion (1970), "un indice del fatto che si sta realizzando un buon lavoro".

L'elemento che dà coerenza a tutti i dati che egli, sorretto dalla sua "capacità negativa", è andato via via raccogliendo pazientemente, e che gli consente infine di organizzarli in uno schema intellegibile e significativo, prende per Bion il nome di "fatto scelto".

"Un nuovo risultato, per avere qualche valore, deve unire tra loro elementi noti da tempo ma fino a quel momento slegati ed apparentemente estranei l'uno all'altro ed introdurre improvvisamente l'ordine là dove regna il disordine.

Ecco allora che ad un tratto ci accorgiamo del posto che ogni singolo elemento occupa nell'insieme. Come i nostri sensi, così la nostra mente è talmente fragile che si perderebbe nei complicati meandri del mondo se non vi fosse armonia in tale complessità [...]. I soli fatti degni di attenzione sono quelli che apportano ordine in questa complessità, rendendola in tal modo accessibile [...]. Per illustrare ciò che lo psicoanalista deve provare durante il processo di sintesi, io usai l'espressione fatto scelto; per evidenziare questo fatto si ricorre al nome di quell'elemento che sembra legare insieme elementi apparsi sino a quel momento privi di nesso" (Bion, 1962).

Si tratta, nell'ovvia impossibilità di pervenire alla verità psichica ultima, di essere sufficientemente perspicace e capace di formulare supposizioni il più possibile accurate, sapendo prendere la mira e cogliendo per quanto possibile nel segno.

La perspicacia, qualità essenziale di ogni *techne* e pertanto anche del metodo psicoanalitico, è denominata in greco antico *eu-stochia*, dove *eu* sta per "buono" e *stochos* sta per "bersaglio": e il mirino con cui puntare il bersaglio è per l'appunto il fatto scelto.

Senza dimenticare che è difficile fare centro ad ogni tentativo: l'importante è provarci, consapevoli di non avere altra possibilità che "tirare a indovinare" con la massima sagacia possibile.

Non per nulla il termine *erraten* (trad. it.: "indovinare", appunto), generalmente poco considerato dai commentatori di Freud, ricorre nel lessico freudiano con



insospettabile frequenza, e “si riferisce all’enigma che si deve identificare e risolvere.

Nel campo della ricerca freudiana, che ha per oggetto soprattutto i processi inconsci, non si può fare altrimenti che indovinare, perché ciò che è nascosto dalla rimozione non può essere individuato tramite deduzione logica a partire dagli atti coscienti dell’analizzando. Per quanto concerne questo “indovinare” Freud ha sovente respinto i rimproveri circa l’arbitrarietà e la mancanza di scientificità del suo metodo” (Vassalli, 2004).

La capacità del terapeuta di formulare supposizioni accurate è dunque connessa alla sua abilità di cogliere tutti gli indizi che il paziente dissemina nel campo analitico, e tra questi prima di tutto i vissuti controtransferali, che sono spesso i più significativi e affidabili. Piuttosto che saltare a conclusioni confortanti ma sommarie e frettolose, la mente psicoanaliticamente educata ha insomma bisogno di integrare lentamente quanto gli è stato portato dal paziente.

Al contrario, per Ferro (2002), “la presenza nell’analista di un’ideologia fondata su preconcetti paralizza ciò che Bion (1970), citando Keats, chiama «capacità negativa» [...] ed evidenza nelle comunicazioni del paziente solo ciò che le teoria preferita dell’analista riconosce.

Ritengo che sia impossibile realizzare un lavoro analitico sul Super Io o sull’Io ideale in mancanza della capacità di *réverie* dell’analista”.

Dove per “*réverie*” – termine francese che può essere tradotto con “fantasticherie”, utilizzato in psicoanalisi soprattutto da Winnicott e da Bion – si intende uno stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli elementi psichici comunicati, verbalmente e non, da un interlocutore con cui è presente un legame affettivo.

La funzione di *réverie* è primariamente esercitata dalla madre nei confronti del bambino, di cui è suo compito immaginare e riconoscere i bisogni, e per analogia anche dal terapeuta nei confronti del paziente, grazie alla capacità di accogliere gli stati mentali di quest’ultimo generando rappresentazioni spontanee da cui possono scaturire forme adeguate di comprensione e interpretazione.

Solo la “cultura delle *réverie*”, conclude Ferro, produce “cambiamento, ascolto libero da pregiudizi e democrazia”, a differenza del suo opposto – la “cultura dell’evacuazione” – che genera, “sopraffazione, tirannia e distruzione”.

## GRUPPO COME AGORÀ DEMOCRATICA

Da ultimo, occorre sottolineare che l’assetto mentale psicoanalitico ha la possibilità di mitigare i parossismi o, al contrario, i cedimenti del ritmo temporale caratteristici della psichiatria in modo particolarmente incisivo quando viene declinato in un setting gruppale.

Il gruppo è infatti un contesto molto efficace, e per Correale (2001) spesso preferibile, non soltanto per gli interventi psicoterapeutici o riabilitativi sulle patologie mentali gravi, ma anche per la manutenzione psichica delle équipe multiprofessionali che realizzano questi interventi.

Ciò naturalmente a patto che chi guida il gruppo, sia esso terapeutico o istituzionale, posseda l’attitudine a dirigerlo con i giusti tempi, disponendo “di quello che potremmo chiamare un lento entusiasmo, una fiducia cioè nella scoperta graduale dell’ignoto e al tempo stesso una lentezza pacata che permetta che tutto avvenga con sufficiente «aria intorno» per poter essere elaborato, capito e apprezzato” (Correale, 1991).

In queste condizioni la cornice gruppale tutela l’atteggiamento mentale sia dei pazienti che dei curanti dal rischio di essere spinto inavvertitamente verso comportamenti sbrigativi, categorici, normativi, perentori e in definitiva antidemocratici.

Un po’ come il secondo scafo di un catamarano, infatti, spesso il gruppo fa da bilanciere e conferisce stabilità alla rotta, preservando ogni suo membro dall’imboccare direzioni avventate (cioè letteralmente “trascinate dal vento”) che metterebbero la barca a rischio di scuffiare, o comunque di prendere false rotte.

Nel gruppo terapeutico, in particolare, come opportunamente sottolineato da Claudio Neri (2021), dopo un certo periodo di tempo gli analizzati stessi acquisiscono la capacità di astenersi dal dare risposte premature e dal

ricorrere a slogan e frasi fatte, sviluppando una disposizione nuova all'ascolto e all'attesa.

Il setting gruppale, dunque, sembra poter beneficiare di un'atmosfera meno definitoria, categorica e totalitaria di quella che può caratterizzare la situazione duale, grazie alla ricchezza della dialettica "democratica" attiva al suo interno: ciò consente di praticare più agevolmente la "messa in epochè" (Di Lello, 2000) – il ragionevole dubbio sulle conoscenze che si danno per acquisite e scontate – tanto cara agli antichi scettici e a Husserl, e recuperata da Bion, come si è già detto, nel concetto di "capacità negativa".

Baluardo democratico capace di proteggere e accogliere elementi psichici messi fuori legge dalla tirannide supergoica, con la sua capiente curvatura lo spazio gruppale può essere concepito (Di Lello, 2009) come una riedizione adattata ai giorni nostri dell'antica *agorà* greca, il luogo della democrazia per antonomasia, la piazza della *pòlis* ove i cittadini si riunivano in assemblea per discutere dei problemi della comunità e decidere collegialmente delle leggi.

La valenza democratica di uno spazio come l'agorà, aperto alle riunioni di gruppo, è indirettamente confermata dalla sua assenza nell'urbanistica dei centri del Vicino Oriente e in quelli micenei, in cui la parola del sovrano non poteva essere messa in discussione, e non erano contemplati luoghi pubblici di confronto e scambio di idee.

Per Aristotele, in una frase a lui attribuita, "solo una mente *educata* può capire un pensiero senza la necessità di accettarlo": un'"educazione" che l'agorà del contenitore gruppale può fornire talora anche più efficacemente del contesto privato della relazione individuale.

Non è un caso se nell'"Oresteia" di Eschilo è proprio sulla scena dell'agorà che viene celebrata la transizione da una legge primitiva, crudele e vendicativa (impersonata dalle Erinni, divinità ctonie che esprimono una mentalità arcaica antecedente al fiorire delle città-stato dell'età classica) ad una norma tollerante, comprensiva e, appunto, democratica (di cui si fa portavoce Atena,

dea della ragione e rappresentante del nuovo pantheon olimpico) che risparmiò la vita a Oreste nonostante si fosse macchiato dell'assassinio di sua madre Clitemnestra.

Nella situazione gruppale – che riguardi le attività terapeutiche dei pazienti oppure le riunioni cliniche dei curanti – le emozioni, le fantasie, i pensieri procedono a strappi, ondeggiando, come al rallentatore, oppure attardandosi in un gioco di riverberi.

Non corrono verso il traguardo con le falcate ampie e rette del nobile levriero, si inoltrano nel bosco come un gruppo sparpagliato ed esitante ma cooperativo di segugi, all'insegna di quel proverbio africano che dice: "Se vuoi fare presto vai da solo. Se vuoi andare lontano vai con gli altri".

---

#### AFFERENZA DELL'AUTORE

Consulente già Responsabile UOS ASST Santi Paolo e Carlo,  
Presidio San Carlo  
Società Psicoanalitica Italiana (SPI)  
Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG)

#### CORRISPONDENZA

[claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it](mailto:claudio.dilello@asst-santipaolocarlo.it)

## BIBLIOGRAFIA

1. Parsons M. (2007). *Raiding the inarticulate: the internal analytic setting and listening beyond countertransference*. Int. J. Psychoanal. 88: 1441-1456.
2. De Masi F. (1997). *Intimidation at the helm: superego and hallucinations in the analytic treatment of a psychosis*. Int. J. of Psychoanal. 78: 561-576.
3. Stern D., Sander L., Nahum J., Harrison A., Lyons-Ruth K., Morgan A., Bruschweiler-Stern N., Tronick E. (1998). *Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy: the "something more" than interpretation*. Int. J. of Psychoanal. 79: 903-921.
4. Correale A. (2005). *Borderline. Lo sfondo psichico naturale*. Borla, Roma.
5. Freud S. (1922a). *L'Io e l'Es*. OSF. Vol. 9. Boringhieri, Torino 1967-1984.
6. Freud S. (1933). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni)*. OSF. Vol. 11. Boringhieri, Torino 1967-1984.
7. Strachey J. (1934). *La natura dell'azione terapeutica della psicoanalisi*. Rivista di Psicoanalisi. 1974, 1: 92-126.
8. Resnik S. (2001). *Glaciazioni*. Bollati Boringhieri, Torino.
9. Correale A. (2002). *Il flusso associativo nel piccolo gruppo di psicotici cronici*. Rivista di Psicoanalisi. 2: 413-423.
10. Pichon Rivière E. (1971). *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale*. Lauretana, Loreto 1985.
11. Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla, Roma.
12. Di Lello C. (2013). *Senza rete: sfunti di riflessioni sulla psichiatria nei tempi post-moderni*. Koinos – Gruppo e Funzione Analitica (nuova serie), anno I n°1, giugno-dicembre.
13. Correale A. (1996). *L'ipertrofia della memoria come forma della patologia istituzionale*. In: Kaës R., Pinel J.-P., Kernberg O., Correale A., Diet E., Duez B. *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma 1998.
14. Di Lello C. (1999). *La relazione con gli psicotici e il contagio della noia*. Psichiatria Oggi. 2: 50-52.
15. Resnik S. (1986). *L'esperienza psicotica*. Boringhieri, Torino.
16. Galimberti U. (1997). *Gli equivoci dell'anima*. Feltrinelli, Milano.
17. Bolognini S. (2002). *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino.
18. Bion W. R. (1970). *Attenzione e interpretazione*. Armando, Roma 1973.
19. Freud S. (1918). *Vie della terapia psicoanalitica*. OSF. Vol. 9. Boringhieri, Torino 1967-1984.
20. Freud S. (1916). *Lettera a Lou Andreas Salomè del 25 maggio 1916*. In: Freud S., Andreas-Salomè L. (1912-1936). *Eros e conoscenza. Lettere tra Freud e Lou Andreas Salomè*. Bollati Boringhieri, Torino 1990.
21. Bion W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
22. Vassalli G. (2004). *La psicoanalisi nasce dallo spirito della "tecnica" greca*. Rivista di Psicoanalisi. 4: 961-991.
23. Ferro A. (2002). *Superego transformations through the analyst's capacity for reverie*. Psychoanalytic Quarterly. 71: 477-501.
24. Correale A. (2001). *Il gruppo in Psichiatria*. Borla, Roma.
25. Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Cortina, Milano.
26. Di Lello C. (2000). *Verità paranoica ed epoche gruppale*. Koinos. Gruppo e Funzione Analitica. 2: 107-111.
27. Di Lello C. (2009). *Mentalità arcaica della polis liquida, mentalità democratica dell'agorà gruppale*. Koinos. Gruppo e Funzione Analitica. 2: 108-117.



## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

**Lunghezza articoli:** da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

**Cartella:** Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:  
1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail [redazione@psichiatriaoggi.it](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it) in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Bernardo Dell'Osso  
Giovanni Migliarese

#### **Segretario:**

Virginio Salvi

#### **Vice-Segretario:**

Lara Malvini

#### **Tesoriere:**

Gianluigi Tomaselli

#### **Consiglieri eletti:**

Antonio Amatulli

Stefano Barlati

Giorgio Bianconi

Debora Bussolotti

Paolo Cacciani

Camilla Callegari

Annabella Di Giorgio

Federico Durbano

Gianmarco Giobbio

Alessandro Grecchi

Carla Morganti

Giovanna Molinari

Silvia Paletta

Gianpaolo Perna

Paolo Risaro

Caterina Viganò

#### **RAPPRESENTANTI**

##### **Sezione "Giovani Psichiatri":**

Laura Fusar Poli

Federico Grasso

#### **Membri di diritto:**

Emi Bondi

Massimo Clerici

Carlo Fraticelli

Giancarlo Cerveri

Claudio Mencacci

Mauro Percudani

Antonio Vita

#### **Consiglieri Permanenti:**

Giuseppe Biffi

Antonio Magnani

Massimo Rabboni

Simone Vender