Maria Moscara - Giorgio Mattei

Un tempo "piccolo"?

La consulenza psichiatrica a orientamento psicoanalitico

Collana **I territori della Psiche**
diretta da *Doriano Fasoli*

Board Scientifico: *Alberto Angelini, Andrea Baldassarro, Nicoletta Bonanome, Carla Busato Barbaglio, Nelly Cappelli, Giuseppina Castiglia, Domenico Chianese, Cristiano Cimino, Rita Corsa, Antonio Di Ciaccia, Riccardo Galiani, Roberta Guarnieri, Lucio Russo, Marcello Turno*

Alpes Italia srl - Via G. Gatteschi 23 - 00162 Roma
tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright
Alpes Italia srl - Via G. Gatteschi, 23 – 00162 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2025

Maria Moscara, Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Specialista in Criminologia Clinica e Psichiatria Forense. Psicoterapeuta. Psicoanalista, Membro Ordinario della SPI ed IPA. Ha lavorato fino al pensionamento come Psichiatra nei Dipartimenti di Salute Mentale di alcune AUSL della Regione Emilia-Romagna. Ha pubblicato articoli scientifici su Riviste nazionali e internazionali, ha partecipato a libri collettanei nazionali e internazionali. Vive e lavora a Modena.

Giorgio Mattei, Medico Chirurgo, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Lavoro, Sviluppo e Innovazione. Ha pubblicato articoli scientifici su Riviste nazionali e internazionali e ha partecipato a libri collettanei internazionali.

In copertina: quadro *Una girandola di colori* di Gabriella Lo Cascio (2022).

Il volume è realizzato con il patrocinio dell'Associazione per la Ricerca in Psichiatria (A.R.Psy)

A.R.Psy
Associazione per la Ricerca in Psichiatria

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.
È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.
Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633
e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Ai pazienti
ai colleghi
agli studenti
e ai maestri
che abbiamo incontrato
con riconoscenza

Indice generale

Prefazione (*Rita Corsa*) VII

Elenco delle principali abbreviazioni utilizzate XI

Introduzione (*M. Moscara*) XIII

1. **Psichiatria di consultazione e collegamento: definizione e cenni storici** (*G. Mattei*) 1
   Sviluppo storico della psichiatria di consultazione e collegamento in Europa e Nord America 2
   La psichiatria di consultazione in Italia: dalla legge 180 al Dipartimento di Salute Mentale 8
2. **Consulenza psichiatrica e consultazione psicoanalitica: note storiche e terminologiche** (*G. Mattei*) 11
3. **"Katharina": un caso di consultazione ante-litteram** (*M. Moscara*) 13
4. **La Consultazione Psicoanalitica** (*M. Moscara*) 17
5. **I Centri di Consultazione e Terapie Psicoanalitiche (CCTP): dal Policlinico di Berlino ai giorni nostri** (*G. Mattei*) 21
   Il Policlinico psicoanalitico di Berlino 21
   I Centri di consultazione e terapie psicoanalitiche (CCTP) 25
6. **L'ambito psicosomatico** (*G. Mattei*) 29
   L'École Psychosomatique de Paris 29
   L'indagine psicosomatica di Marty, David e De M'Uzan 29
   Identikit del "paziente psicosomatico" 31
   Consultazione psicoanalitica e indicazioni alla psicoanalisi per Joyce McDougall 31
   La Signora A., un esempio di consultazione singola 33
7. **La consulenza psichiatrica: atto clinico complesso** (*M. Moscara*) 37
8. **Consulenza psichiatrica nell'Ospedale Generale** (*M. Moscara*) 43
   Il setting della consulenza psichiatrica nell'ospedale generale 43
   L'approccio psicoanalitico in Ospedale 44
   Le competenze in campo 47

9. Basi teoriche della Psicoterapia Focalizzata sul Transfert, TFP (*M. Moscara*) 55
Tecniche TFP utilizzate nella consulenza 57
Chiarificazione 58
Confrontazione 58
Neutralità tecnica 59
Riformulazione 60
Catamnesi 60
Finalità della consulenza psichiatrica in ospedale generale orientata psicoanaliticamente 61

10. Un esempio di consulenza psichiatrica orientata psicoanaliticamente in Ospedale Generale: la valutazione del paziente nell'iter trapiantologico epatico (*M. Moscara*) 65
Competenze..... 70
L'ottica psicodinamica: sfida possibile? 71

11. La consulenza psichiatrica in ambito libero professionale (*M. Moscara*, *G. Mattei*) 77

12. L'impatto sulle risorse finanziarie della consulenza psichiatrica psicoanaliticamente orientata (*G. Mattei*)..... 81
La crescente attenzione nei riguardi dell'impatto sulle risorse finanziarie in sanità 82
Dati tratti da una analisi costo-efficacia 83

Conclusioni (*M. Moscara*) 87

Bibliografia 91

Prefazione

Non le darò un nome.
La malattia rappresenta, nel nostro peregrinare,
l'incognita permanente: una specie di oggetto invisibile
prima ancora che una forza ostile
(Carmelo Samonà, *Fratelli*, 1978).

La psichiatria italiana sta vivendo una fase storica connotata da povertà di modelli critici, da inerzia intellettuale e da una certa decadenza progettuale. Lo spegnimento, forse naturale, di quel fuoco di principi e di gesti che ha segnato l'epoca post-manicomiale pare aver costretto la pratica psichiatrica in uno spazio non illuminato dal pensiero, ma soffocato da un agire esasperato e talvolta caotico o, di converso, da una passività indolente e difensiva.

L'interruzione dello scambio dialitico tra psichiatria, fenomenologia e psicoanalisi ha contribuito all'impoverimento del registro critico della psichiatra istituzionale, condannata a rimanere schiacciata dal potente, monotonale, modello neurobiologico. Paiono insormontabili gli ostacoli che si frappongono e rendono quasi silenzioso il dialogo tra psichiatria e psicoanalisi, evidenziando la grave frizione tra le "scienze della natura e le scienze dello spirito" – per dirla con Dilthey (1894).

Sembra lontanissima l'epoca in cui Zapparoli rilevava che, riguardo l'aspetto professionale della psicoanalisi, "si è realizzata l'integrazione tra la funzione scientifica di ricerca erudita, l'uso del metodo clinico a scopo terapeutico e l'uso delle istituzioni come sede abituale in cui affrontare" le problematiche inerenti al disagio mentale (1988, p. 15).

La perdita da parte della scienza psichiatrica del fondamentale patrimonio teorico/clinico appartenente alla fenomenologia e alla psicoanalisi destina lo psichiatra "a depauperare l'orizzonte delle proprie attività e a dare spazio a pratiche inconsapevoli e semplicistiche, che riducono l'intervento clinico a schemi nosologici e operativi assai miseri" (Petrella, 2016, p. 302).

Il libro di Maria Moscara e Giorgio Mattei propone un recupero del discorso tra discipline affini, che possono intersecarsi per migliorare il servizio prestato all'individuo malato e, più in generale, alla sofferenza umana che invade le corsie ospedaliere e i vari luoghi di cura. Un'operazione ardita in quest'oggi, contraddistinto da un'"oscurità" nelle relazioni tra paziente e personale sanitario (Izzo, 2016).

Come ci rammenta Mattei, "la psichiatria di collegamento o di *liaison* ('connessione', in francese)" ha radici profondamente radicate nella storia della psichiatria post-manicomiale, sempre più tesa a implementare il lavoro dello psichiatra al di fuori delle mura nosocomiali, in rapporto con uno staff medico-chirurgico multidi-

sciplinare. È in questo assetto organizzativo che "lo psichiatra effettua le consulenze richieste ed è coinvolto stabilmente in gruppi clinici e discussioni di casi trattati" (Mattei, 2025, p. 14).

La consulenza psichiatrica, impostata in senso psicoanalitico, accorda l'ascolto clinico del paziente con la ricerca della singolarità di ogni soggetto. Si tratta di un'ipotesi di lavoro polispecialistica, assolutamente necessaria per chi si trova a occuparsi del dolore psichico che accompagna l'afflizione del corpo. Come specifica Moscara, invero, "non è raro osservare contrapposizioni tra *psiche* e *soma* che il paziente vive in modo dicotomico e possono essere espresse o essere agite silenziosamente dai curanti", producendo "pericolosi cortocircuiti" tra l'ammalato e il sistema curante e/o tra i membri che operano all'interno di quest'ultimo. E continua spiegando che l'azione della consulenza psichiatrica a orientamento psicoanalitico può essere intesa come una "*funzione di messa a terra* e integrazione dei fenomeni scissionali", che possono stare alla base della conflittualità relazionale tra il curante e il paziente o tra le varie figure sanitarie. Il modello psicoanalitico accostato alla consulenza psichiatrica permette di "riconoscere i meccanismi difensivi prevalenti che si manifestano nella relazione" medico/paziente e rendere il malato "più consapevole delle proprie modalità di interagire" con l'ambiente ospedaliero. Può inoltre fornire ai curanti "una chiave di lettura sulle manifestazioni sintomatiche e/o comportamentali [del paziente]", offrire suggerimenti utili e fondati per facilitare "la costruzione, il mantenimento, la riparazione dell'alleanza di cura" e spingere i curanti a porre "attenzione alle emozioni specifiche che la relazione con quel paziente suscita e a come poterle mettere in circolo per arricchire l'ascolto" (Moscara, 2025, p. 11).

L'idea dei due autori, sostenuta da una raffinata prassi clinica, consente di riattivare la trasmissione di pensiero e competenze agli psichiatri e agli stessi psicoanalisti, pronti a provarsi nella complessa attività consulenziale. Un insegnamento prezioso, sorretto da precisi assunti teorici e da modalità tecniche articolate.

D'altronde, anche la vocazione della psicoanalisi, sin dalle sue origini, era di intima connessione con una dimensione curativa inter-specialistica, sia in area ospedaliera sia in quella territoriale – per usare un linguaggio odierno. Durante la prima guerra mondiale, Anton von Freund, il generoso mecenate ungherese che nel 1918 fu nominato "segretario generale dell'Associazione Psicoanalitica Internazionale", riuscì a raccogliere i denari per realizzare il suo sogno di "aiutare le masse con la psicoanalisi, di utilizzare le possibilità terapeutiche di questa scienza medica […] per alleviare la miseria nevrotica […] della popolazione" (Freud, 1920, p. 184). Il suo progetto, al tempo visionario, prevedeva la costituzione di un istituto privato a Budapest, dove anche i ceti sociali più poveri e disagiati avrebbero potuto accedere alla psicoanalisi senza alcun esborso. Egli lo considerava un dovere sociale della psicoanalisi, che rientrava a pieno titolo tra le responsabilità di cui essa doveva farsi carico, specialmente in un'epoca così travagliata come quella bellica e post-bellica. La morte prematura di von Freund, avvenuta nel 1920, stroncò questi piani socio-

sanitari, che furono però ripresi a Berlino da Max Eitingon al *Poliklinik* e da Ernst Simmel presso il *Sanatorium Schloss Tegel,* ma anche fuori dal vecchio continente (Zanda, 2022).

Ma già lo stesso Freud, nella sua relazione al V Congresso psicoanalitico internazionale, tenutosi a Budapest nel settembre 1918, proponeva l'applicazione della psicoanalisi in ambito nosocomiale e negli ambulatori medici, al fine di estendere tale precipuo strumento di cura a fasce sempre più ampie della cittadinanza. Freud auspicava che "[…] un giorno o l'altro la coscienza della società si desti e rammenti agli uomini che il povero ha diritto all'assistenza psicologica né più e né meno come ha diritto già ora all'intervento chirurgico che gli salverà la vita. […] Saranno allora create delle case di cura o degli ambulatori dove lavoreranno un certo numero di medici con preparazione psicoanalitica". E questo sarebbe stato "un traguardo a cui prima o dopo si dovrà arrivare" (1918, p. 27).

Un augurio, quello freudiano, che nel Novecento si è gradualmente realizzato, dando vita a una molteplicità di esperienze di psicoanalisi introdotta in diversi contesti sanitari, anche nel nostro Paese. La cultura psicoanalitica si è diffusa e ha attecchito nella medicina psichiatrica nazionale, per poi progressivamente spegnersi, oscurata dai modelli bio-farmacologici, che paiono più idonei a fronteggiare le provocazioni cliniche della modernità. Va tuttavia considerato che tali modelli, magari efficaci nel silenziare il sintomo, tendono nel contempo a tacitare la comprensione delle emozioni che inevitabilmente nascono nella relazione di cura, nell'incontro tra il malato e il medico, nel rapporto tra due esseri umani, l'uno dolente e bisognoso e, l'altro, portatore di un sapere che può lenire la sofferenza. Queste dinamiche relazionali, innescate dall'interazione tra medico e paziente, abbisognano di strumenti per essere capite e vanno inserite nell'orbita interpretativa assicurata dallo strumento psicoanalitico. Nella pratica clinica, inoltre, il curante si trova inconsapevolmente a tentare di oggettivare nel campo terapeutico un individuo che è di converso definito e segnato da una "soggettività primordiale" (Green, 1973, p. 24). Adoperando altri termini, il medico omogenizza la singolarità del paziente a una generale standardizzazione, diagnostica, tassonomica e farmacologica. Moscara e Mattei ci dimostrano come la consultazione psichiatrica di matrice psicoanalitica possa collocare nella linea del mutamento tale oggettivizzazione standardizzata del paziente, garantendo il passaggio dalla cura del "sospetto" alla cura del "rispetto", per parafrasare la nota massima di Nissim Momigliano (2001).

Tornando a come si è iniziato, accennando alle fatiche evolutive della psichiatria contemporanea, vien da pensare che, quando un'area epistemica diventa debole e insufficiente, il soccorso vada ricercato in altri campi d'indagine. In maniera paradossale, alogica e controintuitiva, si ritiene che le provocatorie e perturbanti teorie dell'estetica ci possano indicare un percorso. Il filosofo Mario Perniola ne *L'arte e la sua ombra* (2000) si interroga sulla possibilità dell'esistenza di un'identità forte e di una forma di grandezza nell'arte corrente. Molti ne dubitano: "l'arte e la filosofia si

trovano entrambe esposte al pericolo della banalizzazione, dell'omogeneizzazione, se non della trivialità". Perniola sposta allora il *focus* sul concetto di "resto" che, a suo avviso, sarebbe l'unica soluzione perseguibile per cercare di contrastare tali calamità. Forse anche l'"arte psichiatrica" potrebbe far sua l'indicazione del filosofo, cioè quella di giocarsi la carta del "resto". Si tratta dell'idea che "sussista nell'arte come nella filosofia [e, con una certa temerarietà, noi aggiungeremmo pure nell'arte psichiatrica] qualcosa di irriducibile ai processi di normalizzazione e di standardizzazione in atto nella società" e nelle scienze attuali. Mutuando ancora il filosofo, desideriamo annotare che "resto" è connesso alla parola latina *restus* (da *sto*), che rimanda ai concetti di fermezza, di stabilità e di resistenza: "Sotto questo aspetto il resto dell'arte sarebbe ciò che nell'esperienza artistica si oppone e resiste all'omogeneizzazione, al conformismo, ai processi di produzione di consenso massificato, […], e più in generale alle tendenze a ridurre la grandezza e la dignità dell'arte" (Perniola, 2000, pp. 94-101). Ci piace pensare che tali ipotesi teoriche possano essere trasdotte e trovare senso anche nel territorio occupato dall'odierna psichiatria, che sembra smarrita e priva di una casa identitaria in cui riparare e rianimarsi. Forse è proprio intorno a questo "resto" che anche i medici della psiche debbono soffermarsi ed esercitare, nel tentativo estremo di arginare quel tragico processo di omologazione dell'arte psichiatrica, privata della polifonia di voci e di teorie che l'hanno arricchita alla fine del secolo breve. E per provare a contrastare il pericoloso risucchio verso orizzonti post-umani e neuro-cibernetici. L'eco di quel che resta della fenomenologia e della psicoanalisi va fatta nuovamente risuonare nel lavoro psichiatrico e nella formazione delle giovani menti che dovranno confrontarsi con il male psichico. Questo libro è un "resto", che risuona di un'arte senza ombre.

Rita Corsa

Elenco delle principali abbreviazioni utilizzate nel testo

AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CCTP	Centro di Consultazione e Terapie Psicoanalitiche
CIM	Centro di Igiene Mentale
CSM	Centro di Salute Mentale
DSM	Dipartimento di Salute Mentale
MG	Medicina Generale
MMG	Medico di Medicina Generale
PS	Pronto Soccorso
SSM	Servizio Salute Mentale
SERDP	Sevizio Dipendenze Patologiche
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
TFP	Terapia Focalizzata sul Transfert

– *Si sieda qua. Mi descriva come è questo stato di 'mancanza di fiato'.*
S. Freud, *Katharina*

"[…] *Rotolai in salita come fossi magico*
E toccai la terra rimanendo in bilico
Mi feci albero per oscillare
Trasformai lo sguardo per mirare altrove […]"
F. Califano, A. Laurenti, A. Gaudino, *Un tempo piccolo*

Introduzione

(M. Moscara)

L'interesse per la consulenza in ambito psichiatrico è nato agli inizi della Scuola di Specializzazione in Psichiatria[1,2], successivamente si è intrecciato con l'interesse per la consultazione psicoanalitica a partire dagli stimoli sull'estensione del metodo provenienti dall'International Psychoanalytic Association (IPA) e della Società Psicoanalitica Italiana (SPI), in particolare relativamente al concetto di *outreach*[3].

Interesse e curiosità per una tipologia di intervento in un certo senso *periferico* sia per la clinica psichiatrica che per la psicoanalisi e pure in un certo senso *ineludibile* per ogni professionista in quanto la *consulenza* rappresenta, in psichiatria, il *primo atto* nell'incontrare il paziente per poter porre l'indicazione per gli interventi più opportuni e per progettare l'invio o il trattamento più idoneo (Benedetti et al., 1996). L'atteggiamento *da consultazione* informa anche il primo colloquio psicoanalitico tanto che avvenga con un analista scelto dal paziente, tanto che avvenga in un ambito istituzionale come può accadere quando l'incontro avvenga per conto dei Centri di Consultazione (Semi, 1985; Bolognini, 2006; Racalbuto, 2010; La Scala, 2018).

Atto clinico che, con l'esperienza sul campo, ha iniziato a prendere forma come *intervento ossimorico* da più punti di vista*;* la consulenza psichiatrica come la consultazione psicoanalitica enfatizza l'*hic et nunc* dell'incontro tra paziente e clinico, illumina le motivazioni che ne sono alla base, nella consapevolezza che, nella maggior parte delle volte, si concluderà con un solo incontro clinico. La consulenza psichiatrica in contesti istituzionali, per esempio in Ospedale Generale o al Centro di Salute Mentale (CSM), è un intervento che, al pari di altre consulenze specialistiche, è prevalentemente richiesto da un altro medico che ha in cura il paziente; la richiesta parte dai *bisogni* del paziente che il curante *coglie* e che non sempre sono avvertiti come tali dal paziente a cui la propone. Per dare una esemplificazione, sin troppo

1 Uno dei Direttori della Scuola di Specializzazione era stato uno psicoanalista (Giorgio Zanocco); l'approccio psicoanalitico ha continuato ad essere coltivato nella Scuola di Specializzazione con insegnamenti di matrice psicodinamica e la supervisione psicoanalitica nei reparti a direzione universitaria che coinvolgeva l'équipe multidisciplinare e i medici in formazione specialistica.

2 Tra i docenti della Scuola di Specializzazione ricordiamo: Luigi Boccanegra, Francesco Pozzi, Cesare Secchi, Ugo Uguzzoni e tra i supervisori Filippo Marinelli e Giuseppe Riefolo. Negli anni Ottanta alcuni medici ospedalieri fecero una formazione di gruppo con Armando J. Bauleo e con Salomon Resnik e tenevano regolarmente gruppi terapeutici nei reparti per pazienti acuti. Negli anni fu avviato il Servizio di Consulenza Psichiatrica e Psicosomatica.

3 "Quello dell'Outreach è come vari altri [compiti], prezioso nel senso che si occupa delle relazioni con l'esterno con l'obbiettivo di raggiungere e interessare alla psicoanalisi professionisti della salute mentale, studenti universitari, medici e non, i media; investendo cioè in qualcosa che ci si aspetta diffonda e possa continuare a mantenere vivo l'interesse per la psicoanalisi nel panorama delle cura e della cultura in generale" (Marino, 2012). Relativamente alle attività di *outreach* promosse dalla Società Psicoanalitica Italiana si rimanda al seguente link: https://www.spiweb.it/chi-siamo/organizzazioni-internazionali/fep-federazione-europea-di-psicoanalisi/psychoanalysis-and-the-university-committee/

riduttiva, basti pensare ai disturbi d'ansia che si esprimono con sintomi somatici o con manifestazioni neurovegetative che il paziente collega ad un disturbo somatico; la richiesta di consulenza psichiatrica *sposta l'asse dell'attenzione* e può suscitare una gamma di vissuti molto ampia che può andare dalla *mancanza di attenzione, al rifiuto, alla svalutazione,* più raramente al *sollievo "… il dottore pensa che non ho niente…".* La richiesta di consulenza viene così ad assumere una finalità diagnostica differenziale, ma può trasformarsi da atto più squisitamente tecnico in *un'occasione* per *accostarsi* all'esperienza soggettiva del paziente rispetto ai sintomi, al vissuto di allarme e al dolore psichico che li accompagnano e un'occasione per perlustrare la disponibilità ad avviare il percorso terapeutico più opportuno e al contempo più *accettabile* per il paziente (Bologna et al., 1996).

In queste condizioni la consulenza inizia in qualche modo in salita e richiede che il consulente co-costruisca con ogni paziente lo spazio per l'ascolto e il linguaggio alla base dell'alleanza di lavoro: è necessario utilizzare un linguaggio che permetta al paziente di esprimere la propria sofferenza con le proprie modalità, consapevoli della percezione di fragilità che si accompagna alla sofferenza ad espressività somatica.

Le circostanze in cui nasce la richiesta di consulenza enfatizza la necessità, per lo psichiatra, di curare i presupposti per co-costruire una precoce alleanza col paziente, per consentire il processo diagnostico differenziale e individuare il/i percorso/i di cura più indicato/i e possibile/i rispetto alla disponibilità, alla motivazione del paziente, alla fase del ciclo di vita che sta vivendo, alle risorse interne e di contesto disponibili.

L'ottica psicoanalitica gioca una funzione specifica nell'integrare le competenze che consentano allo psichiatra di effettuare una valutazione psicopatologica, dell'organizzazione di personalità (Kernberg, 1987) e al contempo di accostarsi con delicatezza alla storia del paziente, all'evoluzione delle difficoltà personali, relazionali, ai bisogni della fase del ciclo di vita con cui si sta confrontando (Gislon, 2005), quanto alle resistenze e ai meccanismi difensivi (Sacerdoti, 1971)

In questo testo approfondiamo il tema della consulenza psichiatrica in ospedale generale effettuata con un approccio psicoanalitico, mantenendo uno sguardo sui punti di contatto con la consultazione psicoanalitica. Per quanto riguarda la natura del materiale clinico presentato, specifichiamo che, per ragioni di *privacy*, abbiamo preferito evitare di descrivere casi reali, dal momento che anche eventuali e necessarie modifiche non avrebbero garantito una sufficiente tutela. Si tratta quindi di esemplificazioni che nascono dalla sintesi di diversi casi clinici che abbiamo incontrato nel corso degli anni, non di singoli casi specifici. Riteniamo che questo approccio, pur avendo ovvi limiti, garantisca maggiormente la riservatezza dei pazienti.

La consulenza in ospedale avviene in un setting complesso (Moscara, 2022), può rappresentare un'occasione in cui tentare di ricomporre e integrare, in qualche misura, alcune antinomie che si osservano durante un ricovero in situazioni cliniche complesse; a puro titolo di esempio pensiamo al rischio di contrapposizione tra

l'agire di diversi curanti (per es. tra Medico di Medicina Generale, MMG, e medici del reparto in cui il paziente è ricoverato o tra specialisti ambulatoriali e medici del reparto, ecc.) in cui il paziente rischia di essere coinvolto in questioni riguardanti la prescrizione di indagini diagnostiche complesse e/o invasive; non così rare inoltre sono le situazioni *conflittuali* inerenti alla prescrizione di farmaci, quando sia già presente una poli-farmacoterapia con gli effetti collaterali correlati e le interazioni reciproche tra i farmaci, non prive di rischio.

Durante un ricovero in ospedale generale l'attenzione prioritaria dei curanti e dello stesso paziente è sulla sofferenza del corpo per le manifestazioni di una malattia acuta o riacutizzata, con la finalità prevalente della ricomposizione del problema emergente o più acuto; il paziente si confronta con la paura, l'angoscia per il presente e il futuro; la presenza di sintomi somatici polarizza l'attenzione e il linguaggio del paziente; passa in secondo piano la gestione di medio-lungo periodo di malattie croniche, degli effetti collaterali dei farmaci che si possono manifestare nel tempo; condizioni che possono essere alla base di *una tensione conflittuale* che ha le sue radici nella specificità di breve periodo della medicina ospedaliera, rispetto agli obiettivi di medio-lungo periodo della medicina generale e di comunità.

Non è raro osservare anche contrapposizioni tra *psiche* e *soma* che il paziente vive in modo dicotomico e possono essere espresse o essere agite silenziosamente dai curanti con il rischio di produrre pericolosi cortocircuiti per il paziente e lo stesso sistema curante coltivando conflittualità col paziente e tra curanti. La funzione della consulenza psichiatrica e della *liaison* in ospedale generale può essere pensata come una *funzione di messa a terra* e integrazione dei fenomeni scissionali che possono essere alla base dei comportamenti di contrapposizione tra curanti o tra il paziente e una parte del sistema curante e non ultimo favorire l'integrazione intrapsichica per il paziente.

Riconoscere i meccanismi difensivi prevalenti che si manifestano nella relazione di cura può aiutare il paziente ad essere più consapevole delle proprie modalità di interagire con i curanti, può fornire ai curanti una chiave di lettura sulle manifestazioni sintomatiche e/o comportamentali e per dare suggerimenti fondati per favorire la costruzione, il mantenimento, la riparazione dell'alleanza di cura (Moscara e Bergonzini, 2021; Hersh et al., 2025) per favorire nei curanti l'attenzione alle emozioni specifiche che la relazione con quel paziente suscita e a come poterle mettere in circolo per arricchire l'ascolto.

Il curante che ha richiesto la consulenza va tenuto nella mente della coppia paziente-consulente come *primum movens,* presenza che richiama alla necessità di costruire una relazione di cura che è al servizio di un progetto di cura più complesso (Balint, 1957; Moscara, 2022).

L'inviante svolge un ruolo fattivo e al contempo fantasmatico nella consulenza sia che si tratti del MMG, sia che si tratti di un medico ospedaliero o di un altro specialista curante; presenza che fornisce un *limite* alla coppia al lavoro (di solito

l'inviante pone un quesito allo psichiatra-consulente) e rappresenta un *terzo* interno fantasmatico con cui misurarsi (Marion, 1997; Bonfiglio Senise et al., 2005).

Per fare qualche esemplificazione di minima il MMG o uno specialista può inviare un paziente al termine di un lungo percorso diagnostico-differenziale in cui non è stato possibile individuare una patologia somatica che dia ragione del malessere manifestato; la consulenza psichiatrica può rappresentare la prima occasione per un ascolto psico-somatico alla maniera di Winnicott (1966); un ascolto che accoglie, senza fermarsi ai contenuti verbali, un ascolto che non ricerca, sotto la pressione del poco tempo disponibile, risposte semplicistiche che il paziente può avere già udito più volte; tenta di avere un ascolto ricettivo, aperto ad accogliere l'unicità e la drammaticità dell'esperienza di vivere il proprio corpo come estraneo, in quanto malato e dolente, a fare spazio ai correlati vissuti di rabbia, di vergogna di marca narcisistica per la perdita dell'antica efficienza, per la non padronanza rispetto al proprio presente e futuro; vissuti che talora sono presenti sulla *scena* della consulenza nella forma primitiva ed *indifferenziata* di un pensiero operatorio (Marty et al., 1963). Ascolto *concavo* (Bolognini, 2006) disponibile ad accogliere la sorpresa o il disappunto per la richiesta di consulenza, ancor più quando si svolge in ospedale, luogo deputato alla diagnostica delle patologie somatiche gravi o invalidanti; luogo di cura in cui il paziente non si *aspetta* di fare una consulenza psichiatrica; antinomia tra attesa e offerta che si presenta spesso come uno stretto crinale in cui costruire una qualche forma di alleanza che può contenere dei germogli di potenziale trasformazione.

La consulenza è un intervento per definizione ossimorico per quanto riguarda il tempo a disposizione, apparentemente "piccolo": è costituito perlopiù da un unico incontro, mentre si pone molteplici obiettivi; la cultura e la formazione psicoanalitica portano a pensare a incontri clinici che si dispiegano in un arco temporale ampio anche se Sigmund Freud ci ha offerto con il caso di Katharina (Breuer e Freud, 1892-1895) la testimonianza di come si possa mettere a frutto anche un solo incontro clinico.

Tempo limitato, elemento strutturale, che richiama la dicotomia tra aspettative ideali e possibile svalutazione del non poter fare nulla e richiede una cornice definita per il paziente, riconoscibile per il contesto in cui si svolge (in un reparto medico, in un reparto chirurgico, in un Pronto Soccorso (PS), ecc.), cornice che affonda le sue radici in alcuni elementi strutturali semplici e riconoscibili e soprattutto nel setting interno del clinico (Racalbuto, 2010).

Il tempo breve a disposizione della consulenza pone immediatamente la questione del come dare avvio, come sviluppare e al contempo come concludere la relazione che si avvia; si pone quindi la questione del come e quanto costruire un legame di alleanza e di cura e come prospettare al paziente e prospettarsi "il tempo della separazione" (Mangini et al., 2001), necessaria dal punto di vista dell'organizzazione dell'intervento clinico, delle tecniche utilizzabili e dei fondamenti teorici con cui poter pensare a questo intervento tanto puntiforme, quanto significativo in alcuni momenti della vita e della cura di una persona.

Nell'esperienza di molti anni di consulenza psichiatrica e di alcuni anni di consultazione psicoanalitica, la teoria psicoanalitica ha rappresentato una fonte di ispirazione e un faro per la tecnica con cui condurre il colloquio (Sullivan, 1967; Bleger, 1985; Semi, 1985; Kernberg, 1987; Leichsenring et al., 2023). La teoria ha permesso di allargare la base di sicurezza quando l'incontro clinico presentava elementi di perturbazione di natura psicopatologica, relazionale, di problematici addentellati sociali e di contesto dove la consulenza si svolgeva. Teoria che ha rappresentato una *base sicura* che permette *variazioni sul tema* con il fine di avvicinarsi, nella misura possibile, all'esperienza che il paziente vive e a come l'esperienza soggettiva condiziona l'esperienza di cura; base sicura teorica e tecnica che consente di non perdere di vista *il quantum* di variazione messa in campo e di poter *tornare al campo base* al momento opportuno.

Fuor di metafora i costrutti teorici psicoanalitici permettono di leggere i fenomeni che si dipanano nell'incontro di consulenza (fenomeni consci), intra-vedendo la complessità sottostante (aspetti preconsci e inconsci) in cui ci si è imbattuti continuando a porci delle domande su quanto osservato fuori e dentro di noi e soprattutto su quanto non ancora emerso. La teoria può permettere di continuare a "formulare degli interrogativi" (Semi, 2014) senza l'urgenza di riparare rapidamente nel *recinto* difensivo di un già conosciuto. Non possiamo ignorare l'economia *narcisistica* dell'assetto di lavoro del consulente che si misura con un alto numero di relazioni il cui *destino* naturale è di estinguersi favorendo la costruzione, il rafforzamento o la *riparazione* della relazione con i medici che hanno in cura il paziente, in quanto il consulente coltiva l'obiettivo che il paziente e il sistema curante trovino il modo per perseguire il compito di cura primario. Setting non così lontano dalla consultazione psicoanalitica svolta in un ambito istituzionale che, pur potendo avvalersi di un tempo lievemente più dilatato, ha la finalità di effettuare una valutazione e un invio, svolgendo la funzione del *traghettatore* (Bolognini, 2006) che richiede allo psicoanalista-consulente al contempo generosità nell'ascolto e neutralità per permettere, quando indicato, un *invio* ad un altro clinico in un altro tempo, in un altro spazio.

L'invio anche in questo caso tiene in conto dei bisogni del paziente, delle sue risorse intrapsichiche e relazionali; durante la consultazione psicoanalitica può maturare un invio verso una psicoterapia orientata psicoanaliticamente o un'analisi o è possibile orientare il paziente ad altri approcci di cura con l'attenzione ai vissuti, alle aspettative e a non ferire il fragile equilibrio narcisistico di una persona sofferente.

La consulenza psichiatrica a orientamento psicoanalitico e la consultazione psicoanalitica sono interventi clinici che hanno le radici nella teoria e nel metodo psicoanalitico nella piena consapevolezza di quanto sia necessario discostarsene; radici teoriche che possono fungere da *terzo* nella relazione col paziente e quando necessario col contesto, radici che soprattutto ci permettono di continuare a pensare.