

DALLA RIGIDITA' ALLA FLUIDITA': IL RACCONTO DI UNA ESPERIENZA DI SUPERVISIONE CON IL DOTTOR ANTONINO FERRO.

Elisabetta Giribaldi - Paolo Tirindelli

Paolo: Ci siamo trovati, in un'intervista videoregistrata, con la dottoressa Elisabetta Giribaldi; lo scopo è stato quello di cercare di capire la sua esperienza di formazione con lo psicoanalista Antonino Ferro. Abbiamo pensato che sarebbe stato possibile ricavare un articolo per la rivista *Caleidoscopio*, mantenendo comunque il carattere colloquiale dell'intervista.

A questo punto mi presento: sono Paolo Tirindelli, medico psichiatra in pensione. Ho lavorato nei Servizi di salute mentale prevalentemente in Emilia Romagna come psichiatra e psicoterapeuta. Darei ora la parola alla dottoressa Elisabetta.

Elisabetta: Grazie Paolo. La mia formazione come psicologa nasce all'Università degli Studi di Torino. Sapevo che lì c'era uno 'zoccolo' importante della psicoanalisi. Successivamente mi sono specializzata presso l'SPC che è la Scuola di Psicoterapia Comparata che teneva anche un biennio in psicodramma e gruppoanalisi. E infatti, è stata una delle mie grandi passioni, perché per molto tempo ho lavorato con gli adolescenti e in diversi Sert liguri. Successivamente mi sono avvicinata all'ambito del trauma e ho lavorato in "soccorso violenza domestica e sessuale" presso la clinica Mangiagalli di Milano andando avanti con un approccio più legato alla dimensione corporea e al modo in cui questa viene trattata in ambito psicoanalitico. Nelle vicissitudini di formazione, a Genova, abbiamo contattato diversi professionisti per farci fare supervisione come gruppo e fra questi il dottor Antonino Ferro. Il gruppo di supervisione è iniziato nel 2019 e poi arrivando il Covid nel 2020 l'esperienza si è conclusa.

Paolo: Come si svolgevano gli incontri?

Elisabetta: Abbiamo iniziato a vederci in gruppo. Eravamo dieci colleghi che mensilmente si recavano presso lo studio del dottor Ferro e in quei pomeriggi, a turno, portavamo degli stralci di sedute con pazienti con cui avevamo un po' più di difficoltà.

Paolo: Hai verificato dei cambiamenti?

Elisabetta: Per me è stato un grandissimo vantaggio, perché, almeno inizialmente, io ero più ancorata a quello che potremmo definire l'approccio teorico ortodosso in terapia psicoanalitica. Mi ricordo che una volta, in un mio eccesso d'interpretazione ansiosa, una paziente mi disse: "Ma dottoressa, perché ha interpretato l'aggressività nei miei confronti? Ma lei si mette sempre in mezzo

come il prezzemolo!". Ecco! Direi che Il dottor Ferro mi ha insegnato a 'non essere veramente sempre in mezzo come il prezzemolo'. Perché se io seguo troppo la componente teorica, poi mi perdo un po'; mentre se mi consento di stare, di sentire, di essere nel flusso del sognare in veglia, la mia fatica e la fatica del paziente creano un flusso di mutamento, di trasformazione.

Paolo: Come potresti definire questa esperienza di supervisione?

Elisabetta: Come dicevo, a turno portavamo degli stralci di sedute. Arrivavamo tutti da Genova, anche se io mi stavo stabilendo un po' di più a Milano. Interpretavamo a turno i ruoli di terapeuta e paziente. E quindi c'era una scrittura a due voci, con il dottor Ferro che, a fine lettura, ci dava degli spunti di riflessione insieme a lui.

Paolo: La ricordi come molto impegnativa?

Elisabetta: Nei primi incontri avevamo tutti un'ansia da prestazione pazzesca, e poi si è riusciti a dipanare quello che effettivamente è un sentirsi reciprocamente per sentire meglio il paziente.

Paolo: Cerchiamo di capire un po' di più l'impatto che ha avuto sulla tua formazione.

Elisabetta: Sì, nella libertà. Nella mia libertà di sentire, non di pensiero, ma di sentire, 'del sentire'. Ad esempio, un lavoro che ci faceva fare il dottor Ferro era proprio quello di invitarci a sognare quello che ci veniva narrato. Vivendolo come un sogno, noi in qualche modo ci distanziavamo da quello che era meramente il dato di realtà e la componente pura narrativa, ed entravamo in quello che poi si sviluppava come gioco dei personaggi. Chi sta sognando cosa? Cosa sta sognando il paziente? Io ci sono? In che termini ci sono? Quanto faccio parte di questo campo analitico nella narrazione come personaggio, e come personaggio cosa riesco a rendere?

Paolo: Uscivi da uno schema troppo rigido e prefissato ed entravi in un modo di stare insieme al paziente in modo più sensibile.

Elisabetta: Se posso aggiungere un aspetto che per me è stato utile, è il sentirmi, passami il termine, in alcuni momenti 'meno folle'. Nel senso che c'erano e ci sono dei momenti in cui, quando il paziente narra, a me vengono quelli che io definisco 'flash onirici'. Mi sembra che Ferro li chiami così. E io mi chiedevo e mi dicevo: "Ho un'allucinazione? Sto delirando? Cos'è quest'immagine che mi è arrivata?". In supervisione con Ferro ho capito l'importanza di questi 'flash'; io li definisco dei "pop-up". Se mi dà la possibilità di stare col paziente, essere in relazione e lasciar fluire questo campo d'energie, essi hanno sempre un legame con la narrazione sognata del paziente. A questo proposito ricordo che Ferro ci portò l'esempio di quando, durante una narrazione

con un paziente, gli era venuta in mente una nave nella bottiglia, quei modellini esposti. Era riuscito a non farsi traviare da questo 'flash onirico' e l'aveva poi utilizzato per darsi che effettivamente era un momento di difficoltà della loro analisi. Ecco, io i miei 'pop-up' adesso ce li ho più presenti e sicuramente sono più accogliente nei confronti dei miei 'flash', meno spaventata, perché capisco che arrivano proprio dal profondo, quasi una cosa 'dalla pancia'.

Paolo: Diciamo che prima di questa esperienza questi 'flash' potevi averli, però un po' ti spaventavano, oppure cercavi di limitarli o eliminarli. Dopo questa esperienza hai imparato a valorizzarli come elementi del rapporto per comprendere di più il paziente.

Elisabetta: Assolutamente sì. Ho imparato che i 'flash onirici' derivano proprio da questa costruzione, una costruzione a quattro mani. E poi, se ci sono anche più personaggi, a più mani del campo analitico. Finalmente posso dire che li valorizzo.

Paolo: Quindi l'esperienza che hai fatto nel training analitico precedente non ti forniva una sufficiente sicurezza nel lavoro con il paziente?

Elisabetta: Tieni presente che, se posso scherzare un po' sul mio percorso analitico che è stato decisamente impegnativo, io avevo una struttura super-egoica molto rigida. In analisi, fortunatamente, sono diventata rigorosa, ma con le supervisioni ho appreso maggiormente gli strumenti del lavoro. Forse mi sono lasciata poco libera nel mio percorso analitico ma non è accaduto con le supervisioni.

Paolo: Che differenza trovi rispetto ad altre esperienze di supervisione?

Elisabetta: Ne ho fatte altre. Quella col dottor Ferro è sicuramente più fluida, più libera, come un 'moto ondoso'. La cosa che mi ha sempre stupito è quando c'erano aspetti che non comprendevamo come gruppo: lui era capace di farci tantissimi esempi, ci faceva vedere i diversi stili interpretativi e questo posso dirti che a me è servito moltissimo.

Paolo: Un ripasso della psicoanalisi?

Elisabetta: Passami questo termine: pragmatico. Nel senso: "Cosa rispondi tu? Ok, mettiamoci anche questa risposta, e quest'altra; come potrebbe viverlo il paziente? Come potrebbe sentirlo?" Questa è un'interpretazione classica, in cui c'è anche il discorso della asimmetria del rapporto. Forse la mia componente super-egoica mi dava l'idea di una 'simmetria un po' ansiogena'. In ambito di supervisione, però non solo con lui, anche con altri docenti da cui sono stata seguita, ho avuto maggiormente l'idea di responsabilità, che c'è, ma con la libertà del non spaventarsi, del lasciarsi andare contenendosi, in questa oscillazione del contenitore-contenuto. Io l'ho imparata lì. Il contenitore-

contenuto, ad esempio, è stato qualcosa che probabilmente c'era in me, però forse non l'avevo agganciato: questa oscillazione, tra il femminile e il maschile, l'interpretazione che penetra, che a volte però è esagerata, e l'interpretazione che, se è troppo contenitiva, non fa comprendere al paziente i propri aspetti distruttivi.

Paolo: Tutti questi elementi venivano analizzati in corso d'opera nel gruppo? Anche le differenze interpretative?

Elisabetta: L'interpretazione diventando rigida veniva un po', passami il termine, 'sputata dal paziente' e ti faceva capire che eri stato troppo evitante. Perché purtroppo, se c'è un discorso d'ansia che noi non avvertiamo e di conseguenza la risparmiamo al paziente, diventiamo schivi nella relazione. La cosa che a me serviva è che lui faceva vedere come erano le emozioni, le protoemozioni, gli elementi beta: come 'punte di spillo'; mi spiego: se per caso c'è un paziente che ti 'spara' spilli, devi tenerli per poi smussarli e far sì che diventino l'orlo di un pantalone e non arrivino a ferirti. Non so se riesco con questi miei movimenti figurativi a essere chiara.

Paolo: Sembra quasi una varietà di metafore molto fluide, insomma, che passano dall'una all'altra; potrebbe trattarsi di associazioni che il terapeuta ha rispetto al suo lavoro, con una certa libertà di sensazione, di emozione, superando in qualche modo i timori di provare questi affetti, reintroducendoli nel rapporto.

Elisabetta: Sì, hai detto una cosa importante. Non spaventiamoci della nostra risposta, del nostro mondo emotivo. La libertà l'ho sentita lì, anche perché si giocava. Mi ricordo ancora una volta che aveva detto: "Ma sì, ragazzi, non vi preoccupate, vi può anche dire Pippo, Pluto, Paperino, e io starò qua". Oppure quando per farci capire gli elementi persecutori di una paziente ci aveva invitato a guardare il film *Bastardi senza gloria*.

Paolo: Un suggerimento, insomma...

Elisabetta: Sì. Allora capisci che tutto quello che ti viene in mente e che richiama il tuo movimento, o in analisi che emerge, se ti dai la possibilità di fermarti, accoglierlo e non 'spararlo' addosso al paziente, può essere utilizzato anche per dirti: "Ok, questa cosa qua ce l'ho in mente, adesso non gliela dico, magari la dirò in futuro", perché la mente del paziente non è ancora in grado di accettarla, di accoglierla, né di comprenderla.

Paolo: E il dottor Ferro come interveniva sul gruppo?

Elisabetta: Il gruppo attirava l'attenzione su quello che il collega o la sottoscritta portava in supervisione, e poi Ferro faceva circolare le idee di tutti sul gruppo. Lui faceva questo tipo di riflessione, vediamo se riesco a rendere

l'idea: "Vedete come in questo campo, ad esempio, il gruppo si è spaccato in due? Perché alcuni di voi sono in fase difensiva-protettiva del paziente, mentre altri sono in fase un po' più accusatoria. Vedete come questa mente scissa del paziente sta prendendo campo nella divisione del gruppo?".

Paolo: Questo mi pare interessante: il passaggio che lui prende in considerazione tra l'aspetto individuale e l'aspetto gruppal. Improvvisamente qualcosa di individuale può diventare vissuto a livello di gruppo, creando ad esempio delle scissioni oppure delle ricomposizioni. Quindi c'è la possibilità di passare da un livello all'altro e viceversa.

Elisabetta: Pensa che una volta erano emerse le 'immagini di belve feroci' e mi ricordo che poi fra di noi avevamo riflettuto su come una parte del gruppo si era spaventata. Uno di noi aveva riferito un'esperienza traumatica vissuta al circo da un paziente; una tigre aveva aggredito il domatore. Alcuni di noi avevano percepito la paura di questa tigre e la riflessione era: l'aspetto tigre, il personaggio tigre di questo paziente, quanto ha spaventato la vostra collega? E voi? Infatti poi avevamo riflettuto su come alcuni di noi avevano sentito poco l'aspetto 'tigre' della narrazione, che era il personaggio del paziente, mentre la terapeuta era rimasta paralizzata dall'aggressività 'tigre' del paziente.

Paolo: Qualche altro esempio?

Elisabetta: Un esempio che fa spesso è quello di un 'flash' onirico, quando aveva proposto l'aumento di tariffa a un paziente e il paziente aveva detto che 'si sentiva spennato come una gallina'. Quello era stato un modo che Ferro aveva utilizzato per spiegarci ciò che per lui sono i pittogrammi, lo 'step' successivo delle protoemozioni, lo sviluppo delle protoemozioni.

Paolo: Aveva comunicato il pittogramma al paziente, oppure se l'era tenuto per sé?

Elisabetta: Lui aveva riso e gli aveva rimandato, appunto, che questo suo modo di figurarsi aveva proprio reso bene l'idea di come stava vivendo questo incremento economico. Avevano parlato effettivamente del costo dell'analisi, ma poi quello poco importava, perché era la parte pragmatica. Ferro non pone mai l'attenzione su ciò che è reale, perché il reale diventa sognato. Questo dà la possibilità di far emergere ciò che viene fuori dal mondo inconscio dell'analista e del paziente. Infatti mi ricordo che diceva sempre: "Chiedetevi, quando raccontano i dati di realtà: di che sogno sta parlando? Qual è il suo sogno?". Mentre per un sogno notturno l'interpretazione a volte 'la prendi e a volte non la prendi', sulla narrazione, nel sogno diurno, c'è la possibilità di far venir fuori con la mente dell'analista e la collaborazione del paziente ciò che un paziente effettivamente non riesce ancora a digerire. Infatti, un altro aspetto che mi viene in mente è che ci parlava spesso di questa possibilità di 'cucinare' con il

paziente. Ci sono tutti gli ingredienti, ognuno di noi mette insieme qualche piatto che però sia effettivamente commestibile e che non avveleni nessuno!

Paolo: Esperimenti in cucina, insomma! Ti sei sempre trovata d'accordo con lui oppure ci sono stati momenti in cui hai avvertito dei contrasti?

Elisabetta: All'inizio ho fatto molta fatica perché prima avevo lavorato anche nell'ambito del trauma. Il trauma è monolitico, ti arriva 'come un treno'. Quindi, ad esempio, in un lavoro fatto in un servizio d'emergenza, non è che posso trattare il marito abusante come un personaggio; non ci sta! E allora ho fatto proprio fatica a cercare di rimanere di più nel sogno. All'inizio dicevo: "Ma no, è impossibile, è un dato di realtà troppo invadente, non è possibile. Se uno ha forato una ruota, ha forato una ruota". E invece poi, poco per volta, ho capito, ho sentito che è vero: molte volte il paziente con la foratura della ruota forse ci dice che 'dobbiamo sporcarci un po' più le mani e, visto che siamo fermi, dobbiamo cambiare la ruota insieme'. Ammetto che per me ogni tanto il dato di realtà è seduttivo, mettiamola così.

Paolo: È anche rassicurante, in un certo senso. Ti chiedo quindi: lui sostiene che il suo metodo vale anche nel caso di interventi di crisi, oppure lì si ferma il sogno e la realtà subentra in maniera pesante?

Elisabetta: Come dici tu, ti arriva il trauma. Magari sei in un Pronto soccorso e arriva una situazione traumatica, e quindi come fai? Quando sei al Pronto soccorso la situazione traumatica va gestita anche con un certo interventismo. Ma se questa situazione traumatica arriva nello spazio analitico, allora dobbiamo fare un passo indietro e veramente rientrare in una sorta di sogno. Ricordo che durante un convegno aveva fatto l'esempio di un paziente che portava una bruciatura; si era bruciato assieme alla moglie con dei fuochi d'artificio; c'era stata effettivamente una bruciatura. Aveva visto questo paziente insieme alla moglie e in quel caso si era manifestata una sorta di 'bruciatura della coppia', di fuoco di coppia, perché quando litigavano, litigavano in maniera molto 'infuocata'. Credo che ci sia una differenza fra quella che è una psicologia dell'emergenza rispetto a un'emergenza in analisi.

Paolo: Quindi in definitiva un'esperienza che ti ha consentito di apprendere e sperimentare diversi elementi dell'analisi.

Elisabetta: Sì, pensavo anche alla paura del sintomo. Io sono sempre stata molto preoccupata a proposito di alcuni sintomi. E invece la riflessione sul fatto che anche lì il sintomo è un mancato sogno, mi ha aperto di nuovo un altro spazio riflessivo. Quando un paziente mi arriva con una problematica ed è tutto centrato, arroccato su quel sintomo, cosa si può fare per cercare in qualche modo di toglierlo da questo monolite? Il gruppo era d'aiuto. Io amo molto lavorare con

i gruppi; il gruppo dei colleghi genovesi consentiva un ritrovarmi, un ritrovarci, uno stare insieme per confrontarci, per poter sviluppare il sogno del paziente.

Paolo: Parliamo di 'neutralità analitica'. Ferro ha sostenuto che la neutralità analitica, cioè 'l'analista specchio', "suscita incredulità" (Ferro, 2017). Sei d'accordo con questa affermazione?

Elisabetta: Concordo, perché in certi momenti è proprio impossibile, secondo me, essere neutrali, se neutrale vuol dire non avere aspettative sul funzionamento del paziente. Ma nella scelta di che tipo di sogni avallare col paziente, come facciamo a essere neutrali? Comunque, inconsciamente, inconsapevolmente, una scelta noi la attiviamo.

Paolo: Quindi è così che si supera la neutralità, inevitabilmente, perché nella relazione siamo portati a condividere delle scelte con il paziente. Questo ci porta in qualche modo a fare delle scelte, non è che possiamo essere lì monolitici a fare da specchio e a dare interpretazioni. Allora l'interpretazione che cosa diventa in questa chiave?

Elisabetta: Secondo me si apre un ventaglio di opportunità: se ti dai la possibilità di 'stare' con il paziente, riesci a comprendere se interpretare, se andare più sul mondo interno, o se effettivamente attivare una funzione di contenimento, ad esempio, degli elementi beta di un paziente che te li 'spara' tutti addosso. Quello che secondo me è importante è darsi un tempo di riflessione, di pensiero, perché è anche vero che in alcuni momenti il paziente 'spara', e l'interpretazione dà l'idea di 'toglierti un po' le castagne dal fuoco'. Magari ci sono delle cose che devi tenere per te, che in quel momento il paziente non può reggere, se lo spaventi scappa.

Paolo: Come fa l'analista ad avvertire che è entrato in uno stato di *Rêverie*? C'è proprio un passaggio? Una discontinuità, una specie di gradino che l'analista sente nel momento in cui entra in *rêverie* con il paziente, oppure è un fatto che accade fin dall'inizio della seduta?

Elisabetta: Sarebbe bello avere la *rêverie* di 45 minuti, anche se molto stancante! No, va e viene, io sento il movimento oscillatorio. Sento proprio l'oscillazione, mi avvicino e mi allontano. Vedo i personaggi di quello che mi sta raccontando, è il momento di *rêverie*: personaggi in cerca d'autore, e poi dove li piazzi? Come posso farli vedere al paziente? Per me non è sempre presente, va e viene. E quando sento dentro di me i movimenti emotivi del paziente, avverto che a volte sono il soggetto, a volte l'oggetto di un'identificazione proiettiva. Arriva soprattutto con certi pazienti più gravi. Dico "mamma mia, la *rêverie*, c'è il meccanismo di difesa... con calma, stà male". Non so se questo sia un 'cognitivizzare' o razionalizzare ciò che invece sento proprio crescermi dentro come una sorta di *rêverie* immaginata.

Paolo: Quelli che tu chiami movimenti di oscillazione: l'avvicinamento potrebbe essere il momento in cui avverti la *rêverie* e il distanziamento una riflessione che tu fai su questa *rêverie*.

Elisabetta: A volte la riflessione, se va bene. A volte, però, è anche un riconoscere che magari il paziente mi ha messo dentro troppi suoi aspetti violenti e mi fermo un attimo. Lo so perché con alcune patologie è molto faticoso. Per fare un esempio, con alcuni pazienti puoi ballare i balli latino-americani, con altri il tango, con altri il valzer, e con altri ancora non riesci neanche a ballare perché non hanno nemmeno il senso del ritmo. Devi proprio entrare nel ritmo del paziente per poi tentare poco per volta di insegnargli anche balli nuovi, che poi a loro possono anche non piacere, però l'importante è che in qualche modo si diano altre possibilità.

Paolo: Secondo te il paziente sente che cos'è una *rêverie*, entra nella *rêverie*, o è un concetto che maneggia solamente il terapeuta?

Elisabetta: Secondo me lo maneggia anche il paziente. A volte spesso non è consapevole, poi però capisci che era lì con te a costruire questa *rêverie*. Mi ricordo una volta, a fine analisi, un paziente che mi aveva detto: "Dottorressa, tantissime volte so di averla fatta impazzire, ma la ringrazio perché ha retto per me". Secondo me, lui se n'è reso conto in alcuni momenti, era in *rêverie* con me, ma non aveva proprio il linguaggio per potermelo dire.

Paolo: Per lui, imparare a sognare potrebbe essere un fine della terapia? Fare in modo che il paziente impari a sognare sui suoi sintomi, sul suo mondo, potrebbe essere una finalità?

Elisabetta: Assolutamente sì, è la bellissima finalità dell'analisi!

Paolo: E le parole? C'è posto per una verbalizzazione?

Elisabetta: Le parole in quanto tali fanno sognare, se queste parole avessero un'eco, consentirebbero di sognare. Perché, secondo me l'eco raggiunge il profondo e, raggiungendo il profondo, fa emergere nuovi sogni. Sì, quest'immagine dell'eco è proprio bella, perché poi l'eco in qualche modo riconduce a quella che è la nascita della tua voce che va via via in espansione.

Paolo: A questo punto, per te e diciamo anche per Ferro, che cos'è realmente il campo? Come si potrebbe definire?

Elisabetta: Mi ricordo che Ferro si era un po' distanziato dai primi teorici del campo come i Baranger che parlavano di una zona cieca del campo: il "bastione". Dalla zona cieca, io esco fuori, vedo il bastione da esterno del campo e ho la possibilità con il lavoro analitico di distruggere e di trasformare questo bastione fino a che non se ne creerà un altro su cui si lavorerà. E' un processo

continuo. I Baranger si collocano in oscillazione dentro-fuori dal campo, mentre Ferro non esce mai dal campo, è sempre lì.

Paolo: Quindi tutto quello che è vissuto è creato nel campo.

Elisabetta: Ed è in continuo movimento. Non si distrugge. Ci sono inoltre dei blocchi del campo, assolutamente, però non c'è questo aspetto iper-strutturato che deve essere distrutto per dar luogo a nuovi bastioni; c'è sempre una fluidità, una co-costruzione continua, un po' come le onde del mare.

Paolo: Veniva in mente anche a me. Quindi, secondo te, quest'idea del campo, che poi sembrerebbe analogo ad un 'campo bioniano', percorso da onde su cui viaggiano elementi beta che poi si trasformano in alfa, tu lo vedresti come un cambiamento paradigmatico rispetto, per esempio, alla psicoanalisi freudiana più classica?

Elisabetta: Quello sì. Vedo meno staticità, è più la possibilità di avere dei mutamenti nel qui e ora. Perché se la mente dell'analista funziona proprio come griglia alfa, attiva la funzione alfa che trasforma gli elementi beta del paziente e avvengono dei cambiamenti emotivi a volte assai rapidi.

Paolo: Rispetto alla teoria delle relazioni oggettuali (la classica kleiniana o winnicottiana), vedi anche lì delle differenze o dei cambiamenti?

Elisabetta: Mi sembra che si viva meno la componente delle "posizioni" (schizo-paranoide e depressiva). Anche un altro autore, Ogden, parlava di tre modalità mentali: autistica, schizo-paranoide e depressiva. Ferro concorda col fatto che ognuno di noi abbia sempre queste tre modalità di utilizzo della mente. Quindi non è tanto uno scalare evolutivo. Ognuno di noi ha dei nuclei che a volte funzionano in maniera autistica (se sono più sensoriali ed epidermici), a volte più schizo-paranoide (se sono sul bianco o nero), a volte invece più depressivi (se hanno la possibilità di vedere qualche sfumatura di grigio). Ognuno di noi può essere, in alcuni momenti della vita, in una fase o nell'altra.

Paolo: Un'estrema mobilità.

Elisabetta: Io l'ho intesa così.

Paolo: Dunque, c'è qualcosa che non ti ho chiesto e di cui avresti voluto parlare?

Elisabetta: No, direi di no. Più che altro evidenzierei l'importanza di attraversare diverse esperienze di supervisione con diverse menti. Ognuno ha il proprio campo interno e, offrendotelo, crea con te analista un campo del tutto nuovo.

BIBLIOGRAFIA

FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'Analisi*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

FERRO, A. (2007), *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

FERRO, A. (2017), *Pensieri di uno psicoanalista irriverente*, a cura di Luca Nicoli, Milano,

Raffaello Cortina Editore.

Parole Chiave: Analisi classica- analisi bioniana, rigidità-fluidità, sogno-realtà, gioco-fantasia, gruppo-Individuo, *reverie* – campo relazionale.

Keywords: Classical analysis - Bionian analysis, rigidity-fluidity, dream-reality, play-fantasy, group-individual, *reverie* - relational field.

RIASSUNTO

Raccontare un'esperienza di super-visione con il dottor A. Ferro. E' questo il tema dell'intervista che la dottoressa E. Giribaldi ha rilasciato alla nostra rivista *Caleidoscopio*. La finalità di questa esperienza di supervisione sembra essere quella di acquisire un nuovo metodo di lavoro come psicoanalisti e psicoterapeuti. La proverbiale rigidità dello psicoanalista agli inizi della sua carriera come ostentata aderenza ai canoni classici dell'analisi può a poco a poco trasformarsi in una maggiore fluidità sia nella comprensione, sia negli interventi; la realtà può farsi da parte e lasciare spazio al sogno, un sognare assieme al paziente in uno stato di *reverie*; il gioco e la fantasia liberano il desiderio; la parola può farsi metafora e la condivisione dei contenuti apre ad una dimensione di gruppo che elabora le angosce del terapeuta e lo sostiene nei momenti più difficili. Questi sono solo alcuni degli elementi che la protagonista dell'intervista ha rivelato: un'esperienza di super-visione che ha cambiato il suo approccio al paziente e fa intravedere una nuova idea del 'fare' analisi basata sull'idea di un 'campo interrelazionale'.

ABSTRACT

Relating an experience of supervision with Dr A. Ferro is what the interview that Dr. E. Giribaldi gave to our journal *Caleidoscopio* is about. The purpose of this supervisory experience has been to acquire a new working method as

psychoanalysts and psychotherapists. The proverbial inflexibility of psychoanalysts at the beginning of their career, expressed as a display of stubborn adherence to the classical canons of analysis, can gradually be transformed into greater flexibility both in understanding and in interventions: reality can step aside and make room for dreaming with the patient in a state of *reverie*; play and fantasy free desire; words can become metaphors, and the sharing of contents opens up a group dimension that processes the therapist's anxiety and supports them in the most difficult moments. These are only some of the elements revealed by Dr Giribaldi: an experience of supervision that changed her approach to patients and hints at a new idea of 'doing' analysis based on the concept of "interrelational-field".