

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis

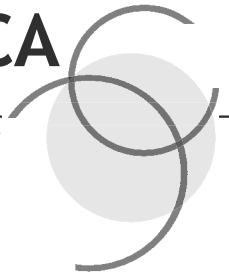
Non-commercial use only



RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis



Non-commercial use only

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi | *Journal of the Relationship in Psychoanalysis*

Periodico quadrimestrale fondato dalla *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Membro del *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*.

Quarterly journal founded by the *Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* (S.I.P.Re.)

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*

Direttore scientifico | *Editor-in-Chief*

Fabio Vanni

Comitato di Redazione | *Assistant Editors*

Attà Negri (Bergamo); Laura Corbelli (Repubblica di San Marino); Laura Polito (Parma); Silvia Papini (Milano).

Precedenti Direttori | *Former Editors-in-Chief*

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

Comitato Scientifico | *Editorial Board*

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

Redazione | *Editorial Staff*

Paola Granata, *Journal Manager*

Claudia Castellano, *Production Editor*

Tiziano Taccini, *Technical Support*

Pubblicato da | *Published by*

PAGEPress Publications

Via A. Cavagna Sangiuliani 5

27100 Pavia, Italy

Tel. +39.0382.1549020 – Fax. +39.0382.1727454

info@pagepress.org – www.pagepress.org

Abbonamento stampa cartacea per il 2022 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2022 (3 issues)*

Italy € 70,00

Other countries € 105,00

Il pagamento deve effettuarsi a PAGEPress Srl | *Payment must be addressed to PAGEPress Srl*

- **Bonifico bancario | *Bank Transfer***

Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 1, Pavia, Italy

IBAN: IT85Y0569611301000005086X83 - BIC: POSOIT22

- **Carta di credito | *PayPal; Credit Card***

pISSN: 1827-4625 | eISSN: 2037-7851

Stampa | *Printed by*

Press Up s.r.l., via E.Q. Visconti 90, 00193 Roma, Italy

Finito di stampare nel mese di agosto 2022 | *Printed in August 2022*

Autorizzazione del Tribunale di Milano n. 212, del 14 aprile 2010 - Quadrimestrale.

Direttore responsabile: dr. Camillo Porta.

Poste Italiane Spa - Sped. in Abb. Post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano.

Licensee ©2022 PAGEPress Srl, Pavia

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL		DIALOGUES ABOUT CARE RELATIONSHIPS	
Editorial	211	Lilia	371
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Ottavia Zerbi</i>	
Focus: Clinical practice on complexity		Commento al caso clinico: <i>Lilia</i>	379
Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni	215	▪ <i>Paolo Milanese</i>	
▪ <i>Corrado Pontalti, Fabio Vanni</i>		Commento al caso clinico: <i>Lilia</i>	383
Comment to: <i>Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni</i>	253	▪ <i>Simona Montali</i>	
▪ <i>Alessandro Ciardi</i>		Commento al caso clinico: <i>Lilia</i>	387
Comment to: <i>Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni</i>	265	▪ <i>Silvia Bertoli</i>	
▪ <i>Rita Cavaliere</i>		Replica al caso clinico: <i>Lilia</i>	391
Comment to: <i>Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni</i>	273	▪ <i>Ottavia Zerbi</i>	
▪ <i>Veronica Pasetti</i>		GLANCES	
Comment to: <i>Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni</i>	281	Commento al film: <i>Parenti serpenti</i>	395
▪ <i>Rita Verzari</i>		MARIO MONICELLI	
Reply to: <i>Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni</i>	289	▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Riccardo Strada, Enrico Vincenti</i>	
▪ <i>Corrado Pontalti</i>		LECTURES	
RESEARCHES		Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo	403
COVID-19: role of resilience on the psychological impact of lockdown in liver transplant transitional candidates and recipients	297	WILMA BUCCI	
▪ <i>Alessandra Merisio, Daniela Ravasio, Luisa Pasulo, Filippo Leonardi, Arianna Ghirardi, Paola Stroppa, Michela Guizzetti, Maria Grazia Lucà, Maria Simonetta Spada, Emi Bondi, Michele Colledan, Lorenzo D'Antiga, Stefano Fagioli</i>		▪ <i>Attà Negri, Rachele Mariani, Michela Di Trani</i>	
WRITINGS		L'inizio del mestiere impossibile. Esperienze di giovani psicoterapeuti	409
They killed Spider-Man. Birth, splendour and decline of a mythical phase of clinical psychopathology and psychotherapy. Is there still room for their scientific dignity? A complex connexionist proposal	331	SIMONE MASCHIETTO, SECONDO DONATO GIACOBBI	
▪ <i>Miriam Gandolfi</i>		▪ <i>Luigi Antonello Armando</i>	
		Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti	413
		SILVESTRO LECCE, FEDERICA BERTIN	
		▪ <i>Federico Buffagni, Sara Santi</i>	
		TRANSFORMATIONS	
		Villa Ester: una piccola esperienza trasformativa della convivenza, anche con gli adolescenti	419
		▪ <i>Fabio Vanni</i>	

INDICE

EDITORIALE		DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA	
Editoriale	213	Lilia	371
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Ottavia Zerbi</i>	
Focus: Clinica della complessità		Commento al caso clinico: Lilia	379
Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	233	▪ <i>Paolo Milanese</i>	
▪ <i>Corrado Pontalti, Fabio Vanni</i>		Commento al caso clinico: Lilia	383
Commento a: Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	259	▪ <i>Simona Montali</i>	
▪ <i>Alessandro Ciardi</i>		Commento al caso clinico: Lilia	387
Commento a: Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	269	▪ <i>Silvia Bertoli</i>	
▪ <i>Rita Cavalieri</i>		Replica al caso clinico: Lilia	391
Commento a: Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	277	▪ <i>Ottavia Zerbi</i>	
▪ <i>Veronica Pasetti</i>		SGUARDI	
Commento a: Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	285	Commento al film: Parenti serpenti	395
▪ <i>Rita Verzari</i>		MARIO MONICELLI	
Replica a: Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni	293	▪ <i>Mariacarmela Abbruzzese, Riccardo Strada, Enrico Vincenti</i>	
▪ <i>Corrado Pontalti</i>		LETTURE	
RICERCHE		Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo	403
COVID-19: ruolo della resilienza sull'impatto psicologico del lockdown nei candidati e nei riceventi del trapianto di fegato (adolescenti-giovani adulti)	313	WILMA BUCCI	
▪ <i>Alessandra Merisio, Daniela Ravasio, Luisa Pasulo, Filippo Leonardi, Arianna Ghirardi, Paola Stroppa, Michela Guizzetti, Maria Grazia Lucà, Maria Simonetta Spada, Emi Bondi, Michele Colledan, Lorenzo D'Antiga, Stefano Fagioli</i>		▪ <i>Atià Negri, Rachele Mariani, Michela Di Trani</i>	
SCRITTI		L'inizio del mestiere impossibile. Esperienze di giovani psicoterapeuti	409
Hanno ucciso l'Uomo Ragno. Nascita, splendore, declino di una fase mitica della psicopatologia clinica e della psicoterapia. C'è ancora margine per una loro dignità scientifica? Una proposta connessionista complessa	351	SIMONE MASCHIETTO, SECONDO DONATO GIACOBBI	
▪ <i>Miriam Gandolfi</i>		▪ <i>Luigi Antonello Armando</i>	
		Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti	413
		SILVESTRO LECCE, FEDERICA BERTIN	
		▪ <i>Federico Buffagni, Sara Santi</i>	
		TRASFORMAZIONI	
		Villa Ester: una piccola esperienza trasformativa della convivenza, anche con gli adolescenti	419
		▪ <i>Fabio Vanni</i>	

Editorial

*Fabio Vanni**

This Issue of *Ricerca Psicoanalitica* deals with clinical work on complexity. So too does the interview with Corrado Pontalti, the work by Miriam Gandolfi, and the discussion of a clinical case by Ottavia Zerbi.

Complexity means holding together, com-prehending, and today's clinical work is increasingly more about trying to hold together participants, perspectives and tools. Fortunately, we have gone beyond the protection of school fences, at least in most of the world of psychological care, and instead we are seeking, humbly and dialectically, the most effective forms of therapeutic intervention.

Pontalti, who will not forgive me for saying this, is one of the great masters of Italian psychotherapy. He has traversed this world critically and continues to do so through teaching and supervision. He does so through a dialogue that produces a culture of care, that carefully considers the evolution of the society in which we live and the operational variations consistent with the culture itself.

His experience and cultural evolution allow him to consider clinical settings as instruments of intervention and not as preconceived meetings of observation. Interviewing him was a real pleasure that I think is passed on to the reader through the preservation of a frank and direct style of communication, but also through the lucid vision that he proposes of working with children, adolescents and families.

Increasingly, psychological clinical work (and not only that in public services) needs to express itself in complex forms, not merely by including participants within the 'clinical system' and the 'system in treatment' or by using new technical measures, but also by drawing on analyses that place subjects on both sides of a deep, continuous focus on humans. The human 'subject' as we call it, and thus also of the subject's relationship networks, such as the familial, friendship, and peer ones. Clinical devices are a long

*Psychologist, psychotherapist, Director at AUSL Parma, RP Director, Scientific Director of 'Progetto Sum', Italy. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

way from universalistic asepsis. Instead, they are devices that lie deeply within the cultural and relational world in which we and our patients live.

The putting together of this Issue happened within a state of war in which we felt caught up in, and my personal experience is that the theme of ‘violence’ constantly presents itself in the clinical interactions that I live through and in the personal relationships that I experience. Realising this has given rise to the need to understand more about violence, and I believe that this is a useful and timely way forward.

We have urged the professional world around us to write about this and very soon we will look forward to proposing our thoughts on this topic to our readers. We therefore also take advantage here of encouraging them to do so. A scientific community, we think, should do this as we experience this moment in time.

This Issue contains a commentary about a film, three book presentations, the account of a counselling intervention in an organization, and also research work from an interdisciplinary team that once again delves into complexity within healthcare services, where psychological expertise is compenetrated with that of other disciplinary perspectives for a more caring approach toward the interests of human subjects; in this case, adolescents waiting for transplantation or who have already undergone a transplant.

Therefore, complexity in treatment, but also in scientific research, seems to us to be a necessary way of producing high-quality knowledge and therapeutic action.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 3 July 2022.

Accepted for publication: 5 July 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:704

doi:10.4081/rp.2022.704

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

Editoriale

*Fabio Vanni**

Questo numero di *Ricerca Psicoanalitica* è all'insegna della clinica della complessità. Lo è l'intervista a Corrado Pontalti, lo è il lavoro di Miriam Gandolfi, lo è la discussione del caso clinico di Ottavia Zerbi.

Complessità significa tenere insieme, comprendere, e la clinica di oggi è sempre più una clinica che cerca di tenere insieme attori, prospettive, strumenti. Siamo per fortuna oltre la difesa dei recinti di scuola, almeno per buona parte del mondo della cura psicologica, e siamo invece alla ricerca, umile e dialettica, delle forme più efficaci di intervento terapeutico.

Pontalti è, non me ne vorrà, uno dei grandi vecchi della psicoterapia italiana. Ha attraversato criticamente questo mondo, e continua a farlo con l'insegnamento e la supervisione, attraverso un dialogo che produce una cultura della cura che considera attentamente l'evolversi della società nella quale viviamo e le declinazioni operative coerenti con la cultura stessa.

La sua esperienza e la sua evoluzione culturale gli permettono di considerare gli assetti clinici come strumenti d'intervento e non come vertici aprioristici di osservazione. Intervistarlo è stato un piacere che credo si trasmetta al lettore attraverso la conservazione dello stile franco e diretto ma anche attraverso la lucida visione che propone del lavoro con i bambini, gli adolescenti, le famiglie.

Sempre più la clinica psicologica, e non solo nei servizi pubblici, ha necessità di esprimersi in forme complesse, non solo includendo attori all'interno del 'sistema clinico' e del 'sistema in cura' o utilizzando nuovi accorgimenti tecnici, ma anche attingendo ad analisi che collochino i soggetti presenti sui due versanti all'interno di una profonda e continua messa a fuoco dell'umano, del 'soggetto' umano come usiamo dire, e quindi anche delle sue reti relazionali, come quelle familiari, amicali, peer. I dispositivi clinici sono assai lontani dall'asepsi universalistica, sono invece dispositivi che

*Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico 'Progetto Sum', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

stanno profondamente all'interno del mondo culturale e relazionale nel quale abitiamo noi ed i nostri pazienti.

La costruzione di questo numero si è mossa all'interno di uno stato di guerra nel quale ci siamo sentiti presi e la mia esperienza è stata che il tema 'violenza' si è continuamente *presentificato* nelle interazioni cliniche che vivo, nelle relazioni personali che esperisco. Accorgersene ha dato luogo all'esigenza di capire di più sulla violenza e credo che questa sia una strada utile e opportuna.

Abbiamo sollecitato il mondo professionale che ci circonda a scrivere su questo e contiamo di proporre a breve ai nostri lettori le riflessioni che ci perverranno e che approfittiamo anche di questa sede per sollecitare. Una comunità scientifica pensiamo debba fare anche questo in questo momento.

Questo numero contiene poi il commento di un film, tre presentazioni di libri, il resoconto di un'azione di consulenza ad un'organizzazione, ma anche un lavoro di ricerca prodotto da un'équipe interdisciplinare che ancora una volta ci racconta di una complessità all'interno di un servizio sanitario dove la competenza psicologica si compenetra con quella di altre prospettive disciplinari per una cura più attenta all'interesse dei soggetti umani, in questo caso adolescenti in attesa di trapianto o già trapiantati.

La complessità quindi nella cura ma anche nella ricerca scientifica ci pare sia una strada necessaria per produrre conoscenza e azione terapeutica di qualità.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 3 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 5 luglio 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:704

doi:10.4081/rp.2022.704

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

Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni¹

*Corrado Pontalti**, *Fabio Vanni***

ABSTRACT. – In this conversation we touch on issues that are currently at the heart of the debate on psychological therapy. From the stimuli generated by subjects and their relational profiles in the current request for consultations, it seems opportune to create an updated vision of the relations between the family and ‘Western’ society. Pontalti also puts forward options that he considers are an appropriate response to families’ demands for therapy at the present time. The conversation also includes education, forms of parenting, and the consequences that these theoretical and clinical options have on the training of psychotherapists today.

Key words: Clinical psychology; complexity; families; sociology; history.

Fabio Vanni: I am pleased to have this opportunity to talk to you, Corrado, whom I know as a person that represents a bridge between psychodynamic and systemic-complexological knowledge, and between theory and clinical complexity in humans, and I believe you can give us, here, today, food for thought which combines divergencies and correspondences. From what I have read and from what I know about you, your attention has always focused on real clinical experiences, and on more challenging situations, which, although more frequent in the public sector, are nevertheless present in therapy - unless they are consciously avoided - and may be found in various places and on various occasions.

Today’s meeting seems particularly promising given that the focus of the Journal

*Psychiatrist and group analyst. Retired Professor of Psychotherapy at the Policlinico Gemelli of the Catholic University of Rome. He was head of the Family Psychotherapy Service of the same Institute. Past President of C.O.I.R.A.G. and the Gruppoanalisi Laboratory. E-mail: corradopontalti@gmail.com

**Psychologist, psychotherapist, Director at AUSL Parma, RP Director, Scientific Director of ‘Progetto Sum’, Italy. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

¹ The conversation with Corrado Pontalti took place online on February 4, 2022, with Elisabetta Lepri - whom we thank – and who subsequently transcribed the recorded text, then reviewed by the participants, and finally translated into English.

is precisely how therapy acknowledges and allows for the complexities of human beings and their relationships - which may or may not be more complex than they used to be, but which are now certainly complex for various reasons.

So, I think this is an aspect that we can profitably discuss. Maybe you would like to say something about the theme that I have broadly outlined...

Corrado Pontalti: First of all, thank-you. Every exchange of ideas enriches us, even more so if it involves people who work in the public sector as you do, and which I do, although more indirectly now. It is always a precious opportunity.

Maybe you could set the ball rolling by giving me something tangible to work with - aside from the theory - that could also help us to think about some practical applications in clinical practice.

FV: Perhaps clinical practice could be our starting point.

Clinical practice has always offered, and still does offer important stimuli, the opportunity to understand what constitutes human beings, how they relate to others, how they feel around others, and also the forms of difficulty, discomfort, and suffering they experience today, forms which are in some respects very different from those of other periods. This solicitation has often been constructive but in the past, there have been forms of entrenchment in defense of theoretical models, in defense of perspectives, and even in defense of a technical order seen as somehow untouchable.

It's like saying: "Either you see things my way or you can go hang!" This is putting it rather bluntly.

As well as being unproductive for the discipline and the theory itself, in terms of knowledge, this attitude is ethically questionable.

Today, for various reasons, this is less common, or at least it is less evident, for reasons that may be quite un noble, in the sense that there is more competition nowadays and we need to stay in the market. However, there are many other reasons why this is less common, among these the fact that malaise was interpreted in many different ways during the 1900s, suggestions were put forward to find new ways of thinking about subjects and their relationships, and how to intervene therapeutically.

One of the meta models, or the underlying principles that are used to unite these different perspectives is that of complexity of thought, and therefore of systemic thinking; but also of group logic, which belongs to another type of tradition with affinities and functionality in reading the relational aspect of humans and it can, I think, provide a useful perspective.

Meanwhile, I wonder what your thoughts are on this.

CP: It seems to me that you have put your finger on a particularly significant aspect, that is, clinical practice as an means of opening up to broader vision, a very effective perspective in its simplicity.

A problematic situation comes to your attention and in some way speaks of

something; this something is what constituted a step forward in thinking from Freud onwards. The world did not begin with Freud, but I often think that Freud lived in a particular circumstance: in other words, in the Vienna of the time, a girl alone, a young girl, or a young woman in distress could leave the family and go to a doctor's surgery, is something that was unthinkable previously given the socio-anthropological constraints.

Freud was able to study the emergence of the individual construct in Western culture, which is simply the personal construct with citizenship rights.

You'll say that I am going back to the dark ages.

Aside from studying the thinking and history of the psychoanalytic movement, psychoanalysis historians have been my guide in approaching this aspect, which, in some ways, already represented a broader scenario than Freud's clinical narratives; clinical narratives that may be seen as the product of a certain period, an era, and, therefore of a culture, a society, a social class, of human groupings with precise codes existing in a particular historical period, and an event that can come to our attention.

There is little doubt that the strong sense of belonging to the traditional family of previous centuries would not have allowed for the possibility that a person, a female no less, could cross the boundary into a territory not under the control of Family codes.

But this story began with the Enlightenment, the French Revolution, and the struggle for votes for women.

I have always tried to understand whether therapy could also have arisen as the result of the contemporary world making therapy accessible.

If we wish to follow this line of reasoning, we should mention that Freud had access to the narration of these clinical stories, and in some way to the data, emerging in therapy, that sexual abuse took place within families, and to the symptomatic reactions to that abuse.

What was the problem? It was unthinkable that the Viennese bourgeoisie family could be challenged. Unable to explore the family tissue from within, Freud had the most brilliant and radical intuition of his career, and of all subsequent psychoanalysis, that is, the mind is in some way an operator of transformation, not simply a carbon copy of what happens.

Socio-anthropological signifiers made the family environment, in relation to family narratives, unexplorable. The signifiers changed during the course of world events, and after the Second World War movements arise in the United States, but quickly spread in Italy, too, called 'The World of Family Therapy.'

Then, one might ask, "How is it possible that the family came to the forefront, and, through therapy could make a contribution to analysis, intervene, and possibly provide inside knowledge?"

Keeping to this line of reasoning we can see that our profession and our knowledge convenes around the areas that a historically determined society deems to be fragile. In addition, in our collective imagination the Family has emerged as a place of fragility in the ensemble of socio-anthropological dynamics.

And here, in a way, is your appeal to complex thought: in complexity and multidimensionality as a whole, and in the discontinuity between the areas of a *Societas* and society, there is always a fragile residue, which through the ages, and even today, is consigned to the sacred, religious, shamanic dimension, that is, to the epistemology and management of agencies delegated to the confines between what is knowable and comprehensible, and what is considered disturbing and mysterious, or the bearer of Mystery.

Freud's girl was disturbing, the family came to be seen as disturbing after the Second World War in the West, and I stress in the West, because for 80% of human history it is not thought of as disturbing, not even today. We see this with migration and globalisation. In many areas of the world, in many populations, what those cultures call family is not perceived as fragile, but as the governing force of the codes of existence.

In our Western culture, after the Second World War, the family became a fragile institution for a number of reasons, and for two in particular.

Firstly, there was a progressively radical localisation. In 1948, when I was six years old, 80% of Italians lived in the country in an agricultural-farming-pastoral setting. This meant that 80% of the population had the support of a local community, the anthropological community, which acted as a safety net, and if Elisabeth remembers her grandparents' tales, they are descriptions of another world. So, talking about and talking with one's grandparents means that, despite one's youth, one is in a narrative where one's sense of existence is dependent on belonging to the local community, with its rituals, its traditions, its economy, its codes, its generational transmission of knowledge.

Thus, the solidity provided by localisation and consequently being anchored to a basically stable, self-contained world, ensured a certain representation of the family by the community.

Mobility and in Italy, internal migration from Sicily to Piedmont, from Veneto to Turin, from the Marche to Rome, this great reshuffle, which also occurred in other European nations, not only in Italy, deconstructed the security of the community and its customs which passed on the norms and internal rules of families. The family was not represented by a father, mother and child, the family was the community. As Lévi-Strauss taught us, marriage is a marriage of communities, not of a man and a woman, but of communities; the man and the woman are an *accidens*, so that the love theme was irrelevant: "A good girl, a good boy, a good worker, a good housewife, we have known the family for four generations..."

Social codes were very strong and clear; they have grown weak due to the nuclearization of the family community which from being a social community has turned into a relational community.

The family became fragile, lost and small; it became lost and small because it lacked its traditional codes of behaviour. Interestingly, what developed at this time?

Family Therapy, as it is commonly known, developed at about this time. But what interests me is that we approach clinical therapy because at an individual level,

or for an institution like the family, or in other areas - today it could be adolescence during COVID - they are perceived as the bearers of fragility, even though they were not formerly perceived as such. This fragility becomes disturbing, it concerns and worries Society.

If we take your idea, which I made a clumsy attempt at summarising, further, what presents itself to us is a limited request: it may be a patient, a parent, or two parents for a teenager. This can become an observatory. We can try to expand our positioning and understand the socio-anthropological background that it comes from and that it refers to.

I totally agree with you that clinical psychology is a great opportunity to open a window onto a period in history. Clinical psychology, however, risks a paradigmatic bias, in other words, we might isolate that request and think of it as specific to that person and that family, and fail to thematise the structural characteristics and difficulties which characterise a particular period, in a given place.

Therefore, that variety of approaches to which you allude has no place in a complexity paradigm, instead, it almost always manifests itself in the absoluteness of one's own interpretation and procedure. Complex thinking does not allow for an excessive variety of points of view, because if you multiply the viewpoints, you shatter the complexity paradigm; you generate a series of islands where each island is no longer in a representative relationship with the whole.

Increasingly, after the war, and after 1968 and all these great transformations, clinical psychology comes to treat each person with a mental issue or, more radically, with a psychopathological condition, has an autonomous level of mental organization signalled by the 'generic' paradigm, vulnerability-stress-trauma

The extent to which you associate the fragility of the personal with the fragility of the familial, the pathology equation and the intra-family cause of the pathology becomes a sort of final synthesis for which the family has been extracted from the social context, and has become a sort of nativity scene, a mother, a father and a child, and the destiny of the second generation is the consequence of how this mother and that father act with the child.

Complexity has become a despairing, increasingly refined simplification where one's destiny hinges on the mother-child relationship.

What do we conclude from the many therapeutic failures that we must overcome today?

We must, no matter what, free ourselves from the ontologising of the family as a fairy-tale entity: mother-father-child; we must totally abolish this still predominant representation that the dice are cast for good in the early mother-infant relationship. The first paradox is that scientific literature, sociology, and anthropology have, for forty years, been "searching for the Father-father".

Obviously, it is one thing to say the father is the third character to appear on stage, and this was fine for the anthropological organizations of Freud's time, or at the time where I was born. It was obvious that the world of men and the world of work took over at a certain point in life, but it was not a question of where the father

was, or the mother as we imagine her. So, then we search for the father: a pale father, a lost father, a father on the side-lines, father here, father there...

The disarticulation of the family from a community and from local ties is a past situation that we must take into account when attempting to change our paradigms.

In fact, if we limit to this micro-environment the community where the adventure of human existence, the formation of the human mind, and the growing person's sense of self is established, the complexity of the variables in the field collapses into an insignificant reductionism. In this configuration a sort of sacred mythical figuration emerges: mother-newborn-child, or, at most, the ontogenetic founding triad, mother-father-child (the mythemic ikona shows neither siblings nor grandparents).

It is the language itself that helps us understand how we reify the aetiology, 'the rigid family, the symbiotic family, the symbiotic mother, the absent father': the use of negative connotative adjectives means that in the face of the challenge that clinical practice poses in attempting to understand the world, the stratagem of using our know-how isolates the clinical scene from the world and we behave as if it were the world.

This led to coherent treatment plans: How do you proceduralise child psychoanalysis? Start by taking a child or teenager, you remove them from their pathogenic family, you have five sessions a week, you neither wish to see nor hear the parents, "Go to someone else for treatment." So, I uproot the child, who I believe is the bearer of the whole truth, not the present truth, but the essential truth of their existence, and it will be just me and the child, "You parents have problems - go and solve your problems somewhere else; your problems are the cause of your child's problems. I'm your child's therapist and you may not speak to me!"

We surely recognise this scenario since we are talking about the last thirty to forty years. It proved not to be very effective in child psychoanalysis; obviously, the disarticulation of an already small universe means that the therapeutic field is insufficient!

Therapeutic systems that operate in isolation are not a window onto society, and therefore to the historical period, nor to the sociological, anthropological and juridical characteristics of society. These are variables of the collective imagination that generate constraints to mental development, and act as structural signifiers. Religious systems, in every age, seek to define the form of the 'natural, God-given family'. It follows that the family is disarticulated by history, it is not conceived as the institution of a historically derived society. It is the complexity of a society that determines the tasks and horizons of the family. Therefore, the 'good family' configuration is historically defined, just as the representation of 'a good mother, a good father, a good relational field'.

We have little understanding of the transformation of social and psychic signifiers, because for the village societies it was clear that you could entrust a child to a mother, an aunt, a sister-in-law, an uncle and so on, it was determined. A girl of four or five would take some responsibility for a new baby, she would learn how to

take care of it; a seven or eight-year-old boy would learn how to take the sheep to pasture - this is the story of my own childhood - everything is clear and closely linked to the operational dimension of life.

What has happened in these forty years to arrive at a situation in which no-one is entrusted to do any operation or task and the only mandate is psychological well-being, the 'non trauma!'?

In 1989, the Universal Declaration formulated a new mantra 'In the child's best interests', which concerned the child's psychological dimension, it does not say "It is also in the best interests of the child to learn to plow the fields at ten'. If your five-year-old child washes the dishes, the Social Services intervene; I exaggerate, but not too much. These children, those a little older, then pre-teens, and teenagers, and young adults are never ready to take on responsibilities within the family, for the family, for the home. There is a classic scene, in the house of friends with children, or in my house with friends with children: the son, who is not exactly in nappies, says 'I am thirsty' and the adult sitting at the table gets up and brings him a drink: if I say: 'Excuse me but doesn't he have legs to go and get water?' They look at me as if I were an alien. They say 'Poor thing. He's tired'. Tired of what??

Listen to what people say... about the High school diploma): "Poor things, they have to do the second paper for their 'maturità'."

We need to ask ourselves why the pact that bound generations to the acquisition of the operational skills necessary for family life and the community has been broken. At the age of 6, I walked 3 km to get milk. Nowadays, can you imagine sending a child to the shop next-door to do the family shopping until the age of 18?

PV: it has become dangerous in the collective imagination.

CP: Yes, but why? It is the collective imagination that considers directives and the awareness of directives, so that it isn't that parent who thinks the child is inept; the parent senses danger because the entire collective imagination considers that it is dangerous. Obviously, this proceduralism becomes recursive. When I was a child, the collective imagination did not consider that my going somewhere was dangerous.

And why is it considered dangerous? Because of the profound changes in the family-society pact.

Up to the famous 1960s when people began leaving the countryside, the family was only a functional piece of the fabric of the village, the community.

Now, family and social settings are no longer a unit or attuned, they exist in discontinuity with an important hiatus. Once, the equifinality of the family and community setting was to make the child citizen effective and efficient in the local community, and from there to the supralocal communities.

No one was concerned that the child was serene, that he did not suffer, that he did not cry, that he did not protest. This emphasis on psychism was neither foreseen nor mentalised, nor manualised. Because psychism was the way you adapted to the community. Over the last 40-50 years, in the Western world, the Family mandate

has been to take care of the psychism of its few members. To a large extent, social education agencies (nurseries, kindergartens, middle and high schools) are also entrusted with this important focus. Let's also reflect on university constraints. You can be a university student forever without making any steady progress in your studies, whereas, in most universities in the world, if you do not progress you are expelled. Here another important question arises: How do we signify the phenomenon of adolescence; a new invention with respect to the construct of puberty. It is a true latency stage: together with complex and iridescent phenomenologies, it occupies the hiatus between the two settings.

Clinical psychology, therefore, would allow for continually evolving heuristic insights, unless it chose to isolate the phenomena, and to seek traumas and culprits.

FV: You are presenting a very interesting perspective because you go from the general, from the historical-cultural dimension of individuals to the experience of an individual.

This runs counter to what often happens, where we reason in reverse: we focus on the subject in much more general terms, we seek a broad model for the subject, and we endow considerable centrality to this option.

After all, the most famous therapy, therapy *par excellence*, is individual therapy. The couch is the butt of jokes, and best represents the collective imagination.

The prevailing idea is that contained inside human beings is a way of being in relationships which comes from their relational history, starting from your relationship with your mother and, depending on how that experience played out, certain difficulties, complications, or at least, some of the characteristics of your character formed.

This is the classic narrative, and it is as though therapy recycles this story, because if the essential element of the subjects' constitution is the mother - child (or caregiver-child) relationship, I, as therapist, propose a revisitation of the subjects' relationships, in other words, I will try to attempt to restore more adequately, some forms of relationality.

Of course, one could legitimately defend this perspective, that I have only outlined here, but I am more interested in understanding something that will help us better understand your way of thinking.

Your vision implies consequences, in the sense that it implies a form of intervention which you could maybe explain further, as I also recall some of the things you wrote. I really liked the concept of "chorality"; in one article you wrote that you didn't understand why, if this is functional, we are unable to approach therapy through different choralities or different interpersonal configurations, if this is practicable.

I'd like to know how you translate this vision clinically?

CP: Some scenes are stuck in my mind. It was maybe seven or eight years ago: in a clinic a young female intern specialising in psychoanalysis describes this clinical

practice scenario. She is working in this clinic and a serious case comes in, a fourteen-year-old girl, but she cannot understand the problem. I ask her what I think is an obvious question, "I'm sorry, but she can't have come alone ...?" And the reply: "No, her mother was there." And I say: "If you couldn't understand the girl you could have spoken to the mother, right?!" The girl looks at me and says: "But I'm not a family therapist."

So, the challenge presented by your initial stimulus is this: that it is not necessary to be a family therapist or have the technical-procedural equipment of an assault troop or marine raider to talk to a mom or dad. By this I want to point out that reflection you just made creates a confidence boundary so that whatever is beyond that boundary is the enemy and requires special instruments. In fact, what we are actually doing is addressing another human being; if you cannot understand what the daughter is saying then ask the mother and this will help you to make an initial evaluation.

PV: The main approaches to professional training still tend to teach a certain order: individual, family or group. Never or almost never are we trained to operate using different perspectives on treatment and even less a combination of them.

CP: Absolutely. I was teaching in an important school of phenomenological psychopathology, and although it was a phenomenological school, everyone was stuck in an individual mindset; the banality of being able to talk to the mother was shocking to them, and this was last Saturday. So it is still generally taught. The students look at you and say: "But if I'm being supervised and I say who I met I'd be lambasted!".

That's the way it is! Even today!

Another scenario I like describing took place in another Clinic - these themes are particularly relevant to us because we both deal with adolescents and you have always worked with them: a mother and daughter arrive at the centre and they say to the psychologist who receives them: "We have a communication problem." The psychologist tells her: "Very well, then. I will make you an appointment to see Dr. X on Friday, and you can see Dr. Y the following Tuesday." They look at her and say: "But you have totally misunderstood, our problem is communicating with one other." And they leave.

And we are not talking about the Dark Ages here, either.

FV: Yes, this seems to be the norm in psychotherapy training in our country. It is also interesting for our young colleague, Elisabetta, who is perhaps thinking about undertaking psychotherapy training. It is a criterion for selection.

Finding professional training that equips you to consider different ways of looking at humans and human relationships is no trivial matter. I must say that the single-structure model is less widespread in psychotherapy training for children and adolescents where working with the individual and the family seems more common.

However, the group approach remains less common as a training option. Your proposal means making a significant change in the way we think about consultations, at least, at the initial listening and analysis stage of the request for therapy and leads to a shared plan of intervention.

CP: The first stage of an encounter should be based on an awareness that the situation is totally unfamiliar to us and that the symptoms are so overstated that they are often misleading. The first encounters are the reification of the paradigm of complexity. This is even truer in adolescence where the symptomatic and existential precursors are organized, and where, if they are not 'healed', they pave the way for years of psychiatry and chronicisation. The stages of this fate are well-known: drugs, day centres, a series of therapeutic communities, and after 20, 30 years they end up in a long-stay clinic, or, if they are lucky, in a group/foster home.

Therefore, in this area we have a great responsibility. We really do have to think in terms of community, and in these times, the family community. And this calls for an alliance with the people who are part of that community to which, of course, our patient belongs. Founding that alliance is a radical part of the project, but we must change the way we see that community. If we think that the mother is schizophrenogenic or that the parents have sabotaged our splendid therapeutic pathway, we will fail to recognise the deep, personal knowledge that the parents can offer, and the fate of children and adolescents with severe psychopathologies, will be sealed.

FV: I'd like to examine this further. Could you share more of your thoughts? What method or criteria should guide a clinician skilled in using various therapeutic procedures in complex situations? Maybe in dealing with schools, communities, etc. How do you, personally, manage this aspect? What would you recommend? What do you think can be done? And how do we train our young colleagues?

CP: Let's start with complexity. We need to be skilled in the configurations that I have put forward, and to bear in mind that School, as an educational institution, is affected by the same transformations as that of the collective imagination. Every difficulty in adolescence in the educational field results in a diagnosis of SLD (and, with rare exceptions, the battery of tests are self-fulfilling prophecies) which leads to the creation of personalised and facilitated training programmes that take the child through school to university. The clear message here is that to follow a normal educational path would be traumatic for these students because of their fragility. This year, I was struck by the fact that, for the High school diploma, headmasters wrote a letter in favour of a single written test and not the usual two; they claimed that two tests would be too anxiety-inducing, given the lockdown.

These considerations derive from a historically determined collective imagination which establishes harmony between institutions that represent the child and adolescent as fundamentally fragile and instantly injurable.

I acknowledge that the 7, 12, and 15-year-olds are not the ones who call you or the Social Services, it is always a parent who acts as mediator, exactly as is the case,

in my experience, with adults. Even with very complex conditions, even in adolescence, or with young adults, it is not the patient who calls, it is always the caregiver, someone in the adult-parental world.

So, precisely because I know that I know nothing, the first thing I say is "Please come and help me understand the situation." They say, "But my son/daughter wants to come!" And I say "I am very happy to hear it. However, it would be good for us to meet and get to know each other. You can give me wider perspective." So I try to firm up the picture because I am convinced that they have knowledge that I do not have: they know things, they will know them in their way, but they know things that I do not know. Therefore, concerning complexity is also the fact that complexity - as stated by Ceruti - is accompanied by the fact that you are constantly on the edge of something unknown that you are going to explore.

I would suggest and recommend that you start with a framework, and you can only get the framework from older people, from the generation that witnessed the birth of the generation I am going to talk to; it is not the search for a narrative truth, it is simply that I need their help to get a rough idea of what the situation is.

It is important to make these assumptions because if parents are questioned as bearers of knowledge that you do not have, they are unlikely to feel threatened. It is different if you say to them "I am going to start with you." or "After three or four sessions with your child I will meet and get to know you, the parents." The message is very different: "What will our child have said about us?" Of course, they would be critical, otherwise they wouldn't be teenagers?!

They are, like all parents, condemned. It is the collective imagination which we spoke of before which entrusts to them the soul of the next generation, as if they were God: you are the *maieuti* of this child, so every failure is seen critically on the part of society and causes guilt on the parents' part. It is commonplace for parents who feel judged, to react by tearing their clothes or by attacking the interlocutor because they have been attacked or because they fear being attacked. It is a commonplace consequence of their relationship with the world of psychology.

If, on the other hand, the parents are my first port of call, I immediately convey the message: "We have a problem that we must tackle it together, and you know more than me." It goes without saying that they know more than me; they have lived with the child for seven, fourteen, sixteen, seventeen years ... whether they know the child well, or badly is based on how I want to interpret this knowledge, but they still have it. I may not be able to help thinking "You are wrong. I can tell you what is right." The implicit message is very powerful: "You are wrong. I know how mothers should behave; I know how fathers should behave." Just think, parenting courses are generally conducted by young psychologists. One day an intelligent lady asked: "Excuse me, Doctor, how many children do you have?" And she replied, "None." And the lady said: "Well, how the hell can you tell us how to be parents?!" I am obviously being trivial. I know that courses, and group work can be very important for sharing problems and methodologies. But my job here is to point out the implicit codes that can sabotage therapeutic work.

You need to play your cards right at the first meeting, because although they arrive together it is usual to tell the lady to wait in the waiting room, or suggest she go for a coffee while you talk to her child, or “Well, you came together so you can come in for ten minutes, but then please leave so that I can talk to your child.”; the negotiation, or the way we organise this first meeting - on the threshold - determines the fate of therapy.

I have no idea how they imagined the meeting; so, I cannot decide... I hope this gives you some idea about the first organizational move.

FV: I do it differently. I say, “Who would like to come ...?” And I dedicate the first part, the first meeting, but sometimes more, to whoever would like ...

CP: Yes, that’s a possibility. It is certainly different from saying yes to one, and you don’t want the others, but based on the general reflections we made before, I would be concerned about communicating a message of competence. I don’t know what group dynamic might unconsciously be activated in a family group at the words “Who would like to ...?” I don’t know if the one who comes is the designated spokesperson, or if the one who comes will lead me in the wrong direction; I don’t know where this “Who would like to ...?” will take me and this is worrying because I find myself, through saying, “Who would like to” having to deal with a group dynamic, maybe a contingent one, but one whose composition I am ignorant of. This is just a reflection on what you said about how you act.

FV: It seems to me that what you are saying is also very relevant to another matter, in other words, our therapeutic work. If you think about psychoanalysis, it began with adults, even though the Freud’s hysterical patients were little more than adolescents, and sometimes truly adolescents, but to all intents and purposes at that time were considered adults. Further, psychoanalysis began with the Freudian idea of reconstructing, through therapy, a history of the child with all the complications, even epistemic, that this involved.

For a long time, it seems to me, the psychotherapy clinic has had that kind of image: something that concerns two people - basically adult to adult, while recent decades have seen a reversal for which, although there is still a demand on the part of forty and fifty-year-olds, there has been a sharp increase in the demand for child and adolescent therapy also for the reasons you mention: a representation of the fragility of childhood and adolescence determines the fragility itself. The fact is, however, that there is a huge demand for that age group, which is supported by schools for many reasons, including delegation. On the face of it, the object of the demand is the child or adolescent, but it is more complex than that, and if I understand you correctly, should be dealt with in terms of complexity, and definitely not by instantly unpacking the demand as this would be reductionist and a simplification of the complex which would lead to a considerable and decisive loss of information.

CP: I totally agree, and I apologise for the coarse way in which I treated points which deserve a more in-depth analysis. Society's mandate is that we must not cause young sapiens any psychological damage. It is a negative mandate about what you have failed to do for his well-being, and the parents' question is: "Yes, but what shall we do?". The fact is that we no longer have access to the stratified, sedimented, automatic knowledge that was passed down in those conservative villages and local communities. If we, as practicing psychologists, are aware of this 'not knowing', the paradigm turns full circle. "You don't know, I don't know, we need to find the solution together, but no one has it *a priori*". The educational commonplace of families, schools, the community, of the new generations has gone. It was an educational commonplace for my teacher to rap my knuckles with the ruler if I wrote badly, and no one thought it was traumatic, and if the teacher did not do that, she was a bad teacher; if I got four (out of ten) in Greek, my problem would not be that I only got four, but "Oh no! What will my father say?". And my father reprimanded me, not the school, as is the case today.

This consistency acted as an anchor for symbolic and procedural knowledge. I have no nostalgia for that time except as a memory of my life. I study how the codes of signification change with the times; I assume that knowledge must change; I have learned from many, too many of my clinical failures, that procedures are not predetermined, but determined by the individual situation and clinical setting. Thinking in terms of complexity is a painful discipline; it takes time and skilled masters. Our perception is more often not of complexity but of confusion and bewilderment. The most spontaneous simplification is the identification of a linear cause, which in psychological terms translates as a search for parental deficits, and this is amplified, sometimes paradoxically, into a search for the trauma construct. It is emblematic that on lifelong learning sites, webinars with the word 'trauma' in them are very frequent (almost 90%) - and so are the corresponding therapeutic techniques! Everything has become a trauma. As a referee I read this from an article: "In the patient's home people spoke too loudly. TRAUMA! Therefore, the therapist must speak softly." Well done. Article rejected.

Today, the least desynchronisation between the mother and the child is enough to generate trauma: the child looks at her expectantly and the mother looks guiltily away; she is not synchronised ... (these threads are repetitive, like mantras, and appear in much scientific (?) writing which is easily available today.? What about having synchronisation workouts! What can I say?!

It is interesting to talk to young mothers who have been thoroughly indoctrinated. They say, "Me and my baby, we must live in a bubble for months." Live in a bubble ... skin to skin, with milk, in a bubble!

Okay, live in a bubble, if you want!

PV: In this case the therapist takes on a different role...

CP: Of course! Teenagers' parents say: "Professor, give us the answer." I say,

“Excuse me, I don’t have a clue what to do with my own teenage children to be honest, and you expect me to know what to do with yours?!” All I know is that we can try to figure this out together, together with you, and with him, finding where the tangles are that block our search. This is why I am unable to propose an *a priori* therapeutic plan. I begin by exploring, and then I decide whether the situation is conducive to working regularly with the adolescent because he is mature, shows some initiative, can act autonomously, can manage pocket money *etc.*, and from time-to-time talk to the parents. If construction of fragility and ‘spoon-feeding’ are characteristics of the family story and are ingrained, I will need to work with them to weaken the intensity of their caregiving, so they can process the fact that setting a teenager tasks and limits does not mean not loving the child, and neither is it a trauma. I’ll say, “What about getting the boy to make his own bed?” Male or female. They say, “But he won’t do it.” And I say, “Ok then, leave it unmade.” And they say, “Oh no! I can’t do that. Poor thing.” The idea that everything is a trauma deprives the child of the skills to manage routine tasks of daily life, and the family’s corporate life. Tell me, how many colleagues do you know who investigate psychic trauma rather than how the family business is run, *e.g.* who washes the dishes, who sets and clears the table, who loads the washing machine, who loads the dishwasher, who goes to the shops to buy ham, and who goes to the bank to pay the bills. It is not on the cards for the zero to 20 generation. You have to work with them for a long time to change their codes of caregiving and substitution because you have to go against the collective imagination.

I say to trainees: “Go to any supermarket, you’ll find moms with children, dads with children, grandparents with children, you may find 22 or 25-year-old adults, but you’ll see no-one in the 12 to 20 age range shopping alone. A simple sociological observation. And if you tell a teenager to go, then the supermarket becomes a jungle in the teenager’s mind and he gets lost in an authentic sense of dissociation.”

Of course, this dimension isn’t “I know what you must do.” but rather “I need you to help me build a method.” So that you can see your child as not so fragile, and able to complete tasks, and thrive with less caregiving.

FV: But what I also think is important is that as a therapist I need to be equipped to offer different solutions, use different approaches, and not have just one string to my bow...

CP: And also to use different formats - it may be right to see the patient alone as a rule, but something might come up that suggests that the father and mother differ in some way. There may be a dimension that concerns the patient’s relationship with the mother more than with the father. In that case we will arrange to have some sessions with the mother, and then we will have one altogether. It is important to hear you two siblings... how many breakthroughs have happened just by bringing siblings together? In general, the configuration is father-mother-son/daughter, the other children are kept out of the picture, or are included necessarily in family therapy. Here it’s “Everyone come along.”

However, we need to investigate what can be generated from this intersecting, and we can only do that by exploring. Clearer scenes will emerge and we can attempt to simplify them a little by interacting with a subset of complexity. Since it is mobile, and not isolated, or bound to *a priori* procedures, it comes under complexity. If I isolate it and make it into a “We will always meet like this” it cannot come under complexity. With the complexity paradigm in mind, I can activate a sub-dimension of complexity, but only if, at the same time, I have access to the other dimensions, otherwise I isolate it.

I work a lot with young people in training, psychiatrists and psychotherapists, and I say, “Watch the language you use.” During training when we discuss adult patients, even those with no particular psychopathological problems but only the stress of human existence, a colleague comes and says: “I have a lady in therapy whose husband...” “and out pours a stream of contemptible things about her husband, and the colleague says, “The lady’s husband is...” “and makes a list and uses the verb ‘to be’; then I say, “Excuse me, but have you met the husband?” she says “No, I’ve never seen him”. “So why use the verb ‘to be’? The only thing you are entitled to say is that the lady depicts her husband like this”. In language, the husband becomes the ontologizing construct “is”.

Therefore, working with teenagers without meetings and a non-episodic acquaintance with parents, the risk of such reification is inevitable. Three paradigmatic planes are in collusion: the relational conflict of the adolescent, his physiological epistemological radicalisation, the therapists’ prejudices about parenting. You can easily imagine the consequence of this on the effectiveness of therapy.

I remember a colleague saying “At one point, based also on the discussions we had had, I decided to meet the mother of this 16-year-old boy who had quite a challenging psychopathology. I was worried and a little intimidated. The boy had been very convincing and I imagined I was to face a terrible woman who might attack and insult me. I was shocked to meet an unassuming, apologetic lady, who was instantly collaborative and grateful. She corresponded not at all to the description I was given!”

FV: It’s the colleague’s surprise that is surprising, right?

CP: You understand the power of reification so not knowing exposes you to these risks.

It is not “We always have to be all together”, but let’s get to know each other - the fact is this is your son, and you are the narrators of this son, your history, and the story your son was born into, you are the connecting bridges.

Then we’ll figure out how to shed light on the tangles that complicate the story, we’ll figure them out together, we’ll find solutions, not aetiologies.

FV: It seems you are pointing out need for a broader declination of the clinical perspective, the capacity to navigate in different directions.

CP: In education, one has to train the minds of those who are advancing towards becoming professionals, to settle on complexity and not on reassuring reductionism, because younger people are much more flexible; when you propose this ‘method’ it is more fascinating, more complex, and less reassuring than saying that sessions lasts 45 minutes, you see only the patient, there is no meeting with parents, or the meeting takes place all together.

The mind, meanwhile, starts to adjust to this complexity because, basically it is human discourse with humans. To be humane means that you recognise the components of a family group as people and not functions. This awareness must be our mind-set and must translate into procedure.

Generally speaking, this is how I make sense of the situation and define the organisation of therapeutic areas, to understand which direction to go in and how to proceed. I have one or two sessions with the couple, at least two or three sessions with the mother alone, and with the father alone, to build up the parts of the whole picture, to partially understand, because when you meet them alone you meet the person, whereas if you meet them together, you meet them as functions. I meet you as the father of, or the mother of, and I explore the parental function, the maternal function, but I know nothing about the person. I try to understand how they function as parents, but not who they are as individuals, or what sort of people they are, or what their life story is.

Therefore, in the first phase, individualising interviews can have an important heuristic force.

It is usually the mothers who come and when you say that you would also like to talk to the father, they say, “No, my husband doesn’t believe in these things, he would never come.” Or “We are separated, he doesn’t care.” Whatever reason the female gives, it is no use asking, “The father won’t come”.

The conversation comes to a halt there, then I say, “I’ll call him.” One of the advantages of requiring the informed consent of both parents is that both parents need to come.

I call the father, and say, Dear father of X, I need you to come in so that I can help your daughter. Not: You need my help. But: I need your help.”

You know, when you skip the wife’s/mother’s mediation and go directly to the father, they always come! Therefore, involving them as people and not as functions is very powerful and you achieve this by creating a space that is not therapy but a let’s get to know each other. You are Giovanni, you are not the father of (function). I need to get to know Giovanni, and Giovanni get to know me, just as two people relating to each other before I consider his ‘function’.

So, the effort for me is to see all the actors in the field as people, not as functions, not as figures (the mother figure, the father figure, the parental function! Does the language resonate?).

When you read the clinical reports of colleagues, you always find the term ‘figure’, mother figure, father figure. The expert will tell me how the parental function was exercised, we create groups to increase our competence, but people are reduced to functions.

The younger ones among us require this demanding approach; first side-tracked, then set in motion, it becomes progressively clear to them that this initial, disorienting effort makes subsequent clinical work simpler, clearer and more effective. Managing, as a method, this initial complexity, allows one to decide how to formulate mobile therapeutic fields for sub-units of a complex configuration. Otherwise, as often happens in real clinical therapy, unexpected variables impose themselves, question us, and force us to complexify the field. If the therapist is not well attuned to the way of thinking and the relative management of complexity, he will become disoriented and frightened like the boy who goes down to the supermarket to buy mozzarella for the first time in his life.

FV: I am pleased to hear you say that because I have always maintained that people who are used to making an effort and to thinking on a more complex level, as indeed adolescents and children stimulate us to do, later, the simpler situations can be easier to deal with.

CP: That's because you know where to find the links, the sense codes, and the signification matrices which are, by definition, spatialised, not within the individual, but within the intergenerational family community. This lapidary statement is even truer for children, and difficult adolescents who are unable to tell their own story except in fragmented, chaotic episodes (which may lead to a dangerous misdiagnosis). If you get used to operating on this level, then work becomes more comprehensible, and easier moment by moment; it takes some effort to become attuned, but later, as you progress through therapy, you will find yourself in a favourable position as the numbers check out much more easily and there is no paranoia about the world beyond your therapeutic space.

FV: I feel that we have covered several issues - would you like to add anything to conclude?

CP: What I really want to put across, as I said before, is that thinking of parenting as fragile, is not the fragility of that particular parent, therefore, helping parents to be less permeable to the reactions of their children is a major task today, where we tend to have to deal very much with fragility, as well as psychopathology, drugs, and so on.

What has happened with COVID and lockdown? If we look at the semantics of language, it is the semantics of fragility: those who shut themselves in their homes, those who no longer want to go out, those who ...” Goodness me! What a trauma it has been, it's robbed me of two years of my life”. We transfer this sense of collusion with fragility to the fragility of parenting, whereas in fact, it is a fragility of the family due to this social dispersion.

Ultimately, it is difficult to know who a child is the son or daughter of, because at nine months the child already attends a nursery and enters another level of parenting. Transiting between various institutions poses a problem for parenting, not for the parents, but for the question: “Which parenting forms the mind of a child, a

pre-adolescent, and an adolescent in the development of self, today?” The point is that that kind of ‘parenting’ does not create a sense of belonging to that superordinate system that we call community. This reflection can help explain why groups of friends in pre-adolescence and adolescence with their oaths of seclusion and loyalty that we know well, have such power. The nature of these modalities can determine a progressive and evolving life path, or paralysis and marginalisation.

I would summarize what we have said like this:

The weakening of the safeguards that the social community once supplied to the family means that young people are undergoing a dystopic transition. The experience and security deriving from the cohesion of community and family that formed the mind, is realised in adolescence in the peer community. It becomes a new experience which has little or no continuity with the first. An *ex novo* that can be an evolution of destiny, or a pathological destiny of belonging but with a very strong identity of self. This structural hiatus between different kinds of community needs to be examined. At the moment it is simply a proposition that requires further research. I believe it is important. It may be precisely within this hiatus that the lives of so many adolescents and young adults slow down or grind to a halt.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 15 May 2022.

Accepted for publication: 15 May 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:666

doi:10.4081/rp.2022.666

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

Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni¹

*Corrado Pontalti**, *Fabio Vanni***

SOMMARIO. – Nella conversazione presente vengono toccati alcuni temi che oggi sono al centro del dibattito sulla cura psicologica. A partire dagli stimoli che vengono posti in essere dai soggetti e dalle loro configurazioni relazionali nella contemporaneità delle domande di consultazione si propone l'opportunità di inserirle in una visione attualizzata della relazione fra famiglia e società 'occidentale'. Pontalti propone poi alcune opzioni che ritiene opportune per dare risposta a questa forma della domanda di cura, particolarmente presente nelle famiglie attuali. La conversazione si estende però anche ad alcune tematiche educative, alle forme della genitorialità e alle conseguenze che queste opzioni teoriche e cliniche hanno sulla formazione degli psicoterapeuti oggi.

Parole chiave: Psicologia clinica; complessità; famiglie; sociologia; storia.

Fabio Vanni: Mi fa davvero molto piacere avere questa opportunità di dialogo con te Corrado che sento e conosco come una persona che può incarnare un ponte fra saperi di matrice psicomodinamica e sistemico-complexologica e fra teoria e clinica della complessità dell'umano e dunque fornire qui oggi un'occasione di riflessione che tenga insieme differenze e vicinanza. Nelle cose che ho letto e che conosco di te, c'è sempre stata una costante attenzione al confronto con la clinica reale e con le situazioni un po' più difficili, che sono più presenti forse nell'ambito dei servizi pubblici, ma che comunque sono presenti nel mondo della cura, se non vengono evitate, e che si possono incontrare in tanti luoghi e in tante occasioni.

*Psichiatra e gruppoanalista. Professore a riposo di Psicoterapia nell'istituto di Psichiatria del Policlinico Gemelli, Università Cattolica, Roma. È stato primario del Servizio di Psicoterapia Familiare dello stesso Istituto. Past President della C.O.I.R.A.G. e del Laboratorio di Gruppoanalisi. E-mail: corradopontalti@gmail.com

**Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico 'Progetto Sum', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

¹ Il dialogo con Corrado Pontalti è avvenuto online il 4 febbraio 2022 in presenza di Elisabetta Lepri - che ringraziamo - che successivamente ha trascritto il testo registrato, poi rivisto dai partecipanti ed infine tradotto in inglese.

E quindi l'incontro di oggi mi sembra promettente, perché dedichiamo il focus della rivista proprio a quest'idea, a come si può pensare la clinica che tenga conto delle complessità sia dell'essere umano che delle sue configurazioni relazionali, non so se dire oggi più complesse di ieri, ma certo oggi piuttosto complesse per tante ragioni.

Quindi, mi sembra possa valer la pena di ragionare insieme a te su questo campo. Non so se ti fa piacere dire qualcosa su questo tema genericamente enunciato intanto...

Corrado Pontalti: Intanto grazie, perché ogni scambio è sempre una ricchezza, ancor più se è un dialogo con chi lavora ancora attivamente nei Servizi come fai tu, cosa che io faccio più indirettamente adesso. Sicuramente è sempre un arricchimento prezioso.

Direi che se magari mi dai tu uno stimolo per renderla in qualche modo più concreta al di là delle teorizzazioni, qualcosa che possa anche aiutare a pensare a traduzioni operative nel lavoro clinico.

FV: Forse un punto di avvio del nostro discorso potrebbe essere questo: partire dalla clinica.

Mi sembra che la clinica abbia sempre offerto, e offra anche oggi, degli stimoli importanti, di possibilità di comprendere sia come è fatto l'essere umano, come si relaziona, come sta insieme agli altri, sia anche quali sono le forme di difficoltà, disagio, sofferenza che il soggetto umano vive oggi, in forme per certi aspetti molto diverse da altre epoche storiche. Queste sollecitazioni sono state prese spesso in senso costruttivo ma ci sono state anche in passato delle forme di arroccamento nel difendere modelli teorici, nel difendere prospettive, e addirittura nel difendere assetti tecnici in qualche modo ritenuti intoccabili.

Un po' come dire: <O stai dentro al mio modo di vedere le cose o vai da qualche altra parte!>, lo dico un po' brutalmente.

Ora, questo, oltre ad essere ben poco produttivo in termini di conoscenza, per le discipline e la teoria stessa, è discutibile anche sul piano etico, indubbiamente.

Forse oggi per molte ragioni questo succede meno, o mi sembra meno evidente, magari per ragioni a volte assai poco nobili, nel senso che magari c'è più concorrenza e serve stare sul mercato. Tuttavia, ci sono tante ragioni per cui questa cosa avviene un po' meno, fra queste metterei in evidenza il fatto che esistono molte chiavi di lettura del malessere che si sono presentate nel corso del '900, proponendo differenti modi di pensare al soggetto, alle sue relazioni e quindi all'intervento terapeutico.

Uno dei meta modelli, delle logiche che può essere utilizzata per mettere insieme queste differenti prospettive è quella del pensiero della complessità, e quindi del pensiero sistemico; ma anche la logica gruppale, che appartiene

ad un altro tipo di tradizione, ha delle affinità e una funzionalità nel leggere la relazionalità interumana e può credo fornirci uno sguardo utile.

Ti chiedevo intanto che pensieri ti vengono in mente a partire da questo tipo di sollecitazioni.

CP: Mi sembra che metti a fuoco uno degli aspetti più significativi, cioè la clinica come apertura, prospettiva molto efficace nella sua semplicità.

Una situazione problematica arriva alla tua osservazione e in qualche modo parla di qualcosa; questo qualcosa è ciò che ha aperto il pensiero da Freud in là. Il mondo non è nato con Freud, però penso spesso che in qualche modo Freud si sia trovato in una congiuntura particolare, cioè il fatto che, nella Vienna di quegli anni, una singola ragazza, una fanciulla, una giovane donna con disagio, potesse uscire dal suo famigliare ed arrivare ad uno studio medico, il che sarebbe stato impensabile precedentemente, dati i vincoli socio-antropologici.

Poteva confrontarsi, Freud, con l'emersione nella cultura occidentale, del costruito di individuo, che poi è costruito persona ma con diritto di cittadinanza.

Tu dirai che la prendo da molto lontano, siamo finiti alle guerre puniche.

Al di là di entrare nel pensiero e nella storia del movimento psicoanalitico, però sono sempre stato aiutato da storici della psicoanalisi a cogliere questo aspetto, che in qualche modo era già una scena più ampia rispetto alle narrazioni cliniche di Freud, una clinica che può essere letta come portato di una storia, di un'epoca, quindi di una cultura, di una società, di una classe sociale, di raggruppamenti umani esistenti con codici precisi dentro un'epoca storica, e l'emersione di un evento che può accedere alla nostra osservazione.

Perché è indubbio che la forza dell'appartenenza al mondo tradizionale familiare di tutti i secoli precedenti, non avrebbe mai permesso questa possibilità, cioè che una persona, per di più di sesso femminile, transitasse in un altro territorio, non controllato dai codici di senso del Famigliare.

Però questa era una storia iniziata, se vogliamo, dall'Illuminismo, dalla Rivoluzione Francese, dalla lotta per poter votare delle donne.

Ho sempre cercato di capire come lo spazio clinico fosse anche un portato del mondo contemporaneo nel rendere accessibile lo spazio clinico stesso.

Se vogliamo seguire questo tipo di ragionamento, si evidenzia che Freud aveva accesso alla narrazione di queste storie cliniche, e in qualche modo al dato, emergente in terapia, che all'interno delle famiglie avvenissero degli abusi sessuali, e alle reazioni sintomatiche agli abusi stessi.

Qual era il problema? È che era impensabile che venisse messa in discussione la famiglia borghese di Vienna; nell'impossibilità di esplorare dall'interno i tessuti familiari, Freud ha avuto l'intuizione in assoluto più geniale e radicale del suo percorso, e poi di tutta la psicoanalisi successiva,

cioè che la mente, in qualche modo, è un operatore di trasformazione, non è solo una copia carbone di quello che accade.

I significanti socio-antropologici rendevano non esplorabile il mondo familiare in riferimento alle narrazioni familiari. Cambiano i significanti nell'andare delle vicissitudini storiche, e dopo la Seconda guerra mondiale, iniziano i movimenti, dagli Stati Uniti, ma rapidamente anche in Italia, che poi sono chiamati <mondo della Terapia Familiare>.

Allora uno si chiede: <ma come è possibile che la famiglia venga in primo piano, che tramite la clinica venga sulla scena come possibilità di un pensiero, come possibilità di un intervento, come possibilità di una conoscenza dall'interno?>.

Sempre seguendo questo ragionamento, possiamo comprendere che la nostra professione, i nostri saperi sono convocati sulle aree che un sociale storicamente dato, coglie come fragili. E nell'immaginario collettivo la Famiglia è emersa come il luogo della fragilità nel concerto delle dinamiche socio-antropologiche.

E qui c'è, in qualche modo, il tuo appello al pensiero complesso: nell'insieme della complessità e della multidimensionalità, della discontinuità tra gli ambiti di una *Societas*, di una società, c'è sempre un residuo fragile, che nelle epoche, e anche oggi, era delegato alla dimensione sacra, religiosa, sciamanica, cioè alla epistemologia e gestione di agenzie deputate al confine tra ciò che è conoscibile, comprensibile, e ciò che si presenta come perturbante, misterioso, cioè come portatore di Mistero.

La giovinetta di Freud era perturbante, la famiglia è emersa come perturbante dopo la Seconda Guerra Mondiale nello scenario occidentale, e sottolineo occidentale, perché non è perturbante nell'altro 80% della storia umana, nemmeno oggi, e lo vediamo negli incontri con le migrazioni, con le globalizzazioni. In tante altre aree del mondo, in tante altre popolazioni, ciò che in quelle culture viene chiamato famiglia, non è percepita come fragile, è ancora percepita come la forza normativa dei codici dell'esistenza.

Nella nostra cultura occidentale, dopo la Seconda guerra mondiale, la famiglia è diventata l'istituzione fragile, per una serie di motivi; almeno due sono sicuramente fondamentali.

Uno è il cambiamento progressivamente radicale delle localizzazioni: in Italia fino al '48, l'80% della popolazione italiana, io a quell'epoca avevo già sei anni, viveva ancora nei mondi agricolo-contadini-pastorali; vuole dire che l'80% della popolazione aveva come garanzia di riferimento la comunità del paese, la comunità antropologica, e sicuramente, se ritorna ai racconti dei nonni, anche Elisabetta ricorda che un altro mondo veniva raccontato. E allora parlare dei e con i nonni significa che, nonostante la giovane età, ti ritrovi in una narrazione in cui il sentimento dell'esistenza era dato dall'appartenenza ad una comunità locale, con i suoi riti, con le sue tradizioni, con le sue economie, con i suoi codici, con le sue trasmissioni generazionali.

Quindi, la forza che garantiva la localizzazione, e quindi l'ancoraggio ad un mondo sostanzialmente stabile a sé stesso, era anche garante di un certo tipo di rappresentazione del familiare da parte della comunità.

La mobilitazione e, rimanendo in Italia, la migrazione interna, i passaggi dalla Sicilia al Piemonte, dal Veneto a Torino, dalle Marche a Roma, questo grande rimescolamento, e così in tutte le nazioni europee, non solo in Italia, ha decostruito la garanzia data dalla comunità di riferimento e dai riti che tramandavano le norme, le regole interne del familiare. Il familiare non era mai rappresentato da padre, madre e bambino, il familiare era una comunità. Come Lévi-Strauss ci ha insegnato, il matrimonio è matrimonio tra le comunità, non è tra un uomo e una donna, è tra le comunità; l'uomo e la donna sono un *accidens*, per cui poi il tema dell'amore era totalmente irrilevante: <una brava ragazza, un bravo ragazzo, un buon lavoratore, una brava massaia, conosciamo la sua famiglia da quattro generazioni...>.

I codici di garanzia erano estremamente forti, chiari; si sono progressivamente indeboliti per la nuclearizzazione della comunità familiare che da comunità sociale diventa comunità relazionale.

La famiglia si trova ad essere fragile perché smarrita, perché piccola; diventa piccola, smarrita, è fuori dai codici di tradizione e, guarda caso, cosa nasce in parallelo?

Nasce quella che poi chiamiamo più o meno genericamente Terapia Familiare; ma quello che mi preme in questa riflessione è che noi entriamo nella clinica perché in qualche modo, una dimensione di persona o una dimensione istituyente come può essere la famiglia, o qualche altra area, adesso può essere l'adolescenza al tempo del COVID, viene percepita come portatrice di una fragilità prima non percepita come tale. E tale fragilità diviene perturbante, inquieta e preoccupa la Società.

Se vogliamo estremizzare il tuo stimolo, che sto provando a riassumere malamente, è che di fatto noi veniamo in contatto con una domanda circoscritta, che può essere un paziente o un genitore, o due genitori, rispetto a un adolescente. Questo si pone, quindi, come campo osservazionale. Dobbiamo cercare di ampliare il nostro posizionamento e comprendere quale sia lo scenario socio-antropologico nel quale è inserito e del quale parla.

La clinica è, come hai detto, e sono totalmente d'accordo, un'enorme opportunità per aprire su un'epoca storica. La clinica è tuttavia a rischio di un bias paradigmatico, cioè che noi isoliamo questa domanda e la pensiamo particolare di quella persona e di quella famiglia, e non tematizziamo le caratteristiche strutturali e le faticosità caratterizzanti un'epoca storica, in un luogo dato.

Quindi, quella molteplicità di approcci a cui tu fai riferimento, non si articola dentro un paradigma della complessità, ma si sostanzia, quasi sempre, in un'assolutezza della propria lettura e della propria procedura. Il pensiero complesso non permette un'eccessiva molteplicità di punti di vista,

perché se moltiplichiamo i punti di vista, frantumiamo il paradigma della complessità, generiamo una serie di isole, ognuna delle quali non ha più rapporto rappresentativo con l'insieme.

Dopo la guerra ci si trova sempre di più, dopo il '68, dopo tutte queste grandi trasformazioni, che la clinica assume la prospettiva che ogni persona portatrice di disagio o, più radicalmente, di psicopatologia, ha una sua dimensione autonoma di organizzazione mentale segnata dal paradigma <generico> della vulnerabilità-stress-trauma.

Allora, nella misura in cui connessi la fragilità del personale alla fragilità del familiare, l'equazione patologia e causa intra-familiare della patologia diventa una sorta di sintesi finale per la quale la famiglia è stata estratta dal contesto sociale, ed è diventata una sorta di presepio, una madre, un padre e un bambino, e i destini della vita della seconda generazione sono dovuti a come questa madre e questo padre si pongono rispetto al bambino.

La complessità è diventata una disperante semplificazione sempre più raffinata, è diventata che il destino si gioca nel rapporto madre-bambino.

Qual è il punto dei tanti fallimenti terapeutici che oggi dobbiamo riuscire a superare?

È che dobbiamo assolutamente uscire da questa ontologizzazione della famiglia come entità mitica madre-padre-bambino, dobbiamo assolutamente uscire da questa rappresentazione che invece è imperante ancora, che i giochi sono, in maniera totalizzante, entro le relazioni precoci madre-neonato. Il primo paradosso è che la letteratura scientifica, la sociologia, l'antropologia, da quarant'anni sono <alla ricerca del Padre-padre>.

Allora è chiaro che, un conto è dire il padre è il terzo in scena, e questo andava bene per le organizzazioni antropologiche all'epoca di Freud o all'epoca in cui sono nato io. Era ovvio che il mondo degli uomini e il mondo del lavoro subentravano a un certo momento della vita, ma non era un problema di dove è il padre, o della madre come la concepiamo noi. Ecco che si va alla ricerca del padre: padre pallido, padre perduto, padre periferico, padre qui, padre lì...

Questa disarticolazione della famiglia dal campo comunitario di un'appartenenza locale, è una realtà storica di cui dobbiamo tenere conto per provare a modificare i nostri paradigmi.

Infatti, delimitando a questa micro-ambientazione la comunità nella quale si istituisce l'avventura dell'esistere umano, della formazione della mente umana, del senso di sé della persona in crescita, la complessità delle variabili in campo collassa in un riduzionismo insignificante. In tale configurazione emerge una sorta di figurazione mitica sacra: madre-neonato-bambino, o, al massimo la triade fondativa ontogenetica madre-padre-bambino (l'ikona mitemica non prevede nemmeno i fratelli, i nonni).

Proprio il linguaggio ci aiuta a capire come noi reifichiamo la dimensione eziologica, <la famiglia rigida, la famiglia simbiotica, la madre simbiotica,

il padre assente>: usiamo un linguaggio che è sempre accompagnato da aggettivazioni connotative negative; vuol dire che il gioco dei nostri saperi, di fronte alla sfida che la clinica pone per conoscere il mondo, isola la nostra scena clinica dal mondo e ci giochiamo come se fosse il mondo.

E questo ovviamente ha organizzato, coerentemente, i progetti terapeutici: come si proceduralizza la psicoanalisi infantile? Si parte prendendo un bambino, un adolescente, lo isola dalla famiglia patogena, 5 sedute alla settimana, i genitori non si vogliono ne vedere ne sentire, <andate a farvi curare da qualcun altro>; quindi sradico il bambino, penso che sia portatore di tutta la verità, non la verità attuale, la verità sostanziale del suo esistere, e me la vedo io con lui, <voi genitori siete pieni di problemi, andate a risolverli da qualche altra parte, perché sono i vostri problemi che causano i problemi del bambino. Con me, terapeuta di tuo figlio, non devi parlare!>.

Questa prospettiva ci è ben nota, dato che parliamo dei nostri ultimi 30/40 anni, e di fatto ha determinato una bassissima efficacia della psicoanalisi infantile, perché ovviamente si disarticola un universo già piccolo e i campi terapeutici risultano troppo poveri!

I sistemi terapeutici che si isolano non sono quindi una porta sulla società e quindi sull'epoca storica, sulle caratteristiche sociologiche, antropologiche, giuridiche della società. Sono queste variabili dell'immaginario collettivo che generano i vincoli alla costruzione del mentale, che si pongono quali significanti strutturali. I sistemi religiosi, in ogni epoca, cercano di definire la forma della <famiglia naturale, data da un Dio>. Ne consegue che la famiglia è disarticolata dalla storia, non è concepita come una istituzione di una società storicamente data. È la complessità di una società che determina i compiti, gli orizzonti affidati alla famiglia. Quindi la configurazione di <buona famiglia> è storicamente definita, così come la rappresentazione di <una buona madre, di un buon padre, di un buon campo relazionale>.

Su queste trasformazioni dei significanti sociali e psichici abbiamo poche conoscenze, perché ovviamente la società in un paese aveva ben chiaro che potevi affidare un bambino a una madre, a una zia, a una cognata, a uno zio e così via, era definito. Una bambina, a 4-5 anni, teneva la nuova neonata, imparava ad accudirla, un ragazzino di 7-8 anni impara a portare le pecore al pascolo - parlo della storia della mia infanzia - è tutto chiarissimo e tutto molto legato alle dimensioni operative della vita.

Che succede in quarant'anni in cui di operativo e di compiti non ne viene affidato nessuno e l'unico mandato è il benessere psicologico, il <non trauma!>?

La dichiarazione universale del 1989 formula un nuovo mantra "il maggior bene per il bambino", parla della sua dimensione psicologica, non dice <il miglior bene del bambino è anche imparare ad arare i campi a 10 anni>. Se fai lavare i piatti a un bambino di 5 anni intervengono i Servizi Sociali; in parte esagero, ma mica tanto. Questi bambini piccoli, un po' più

grandicelli, e poi preadolescenti, e poi adolescenti, e poi giovani adulti non sono mai pronti ad assumere compiti gestionali entro la famiglia, per la famiglia, per la casa. Vi è una scena paradigmatica, in ogni casa di amici con figli, o amici con figli a casa mia: il figlio, anche non propriamente in fasce dice <ho sete> e l'adulto che è tavola si alza e gli porta da bere: se propongo: <scusa ma non ha le gambe per andare a prendersi l'acqua?> mi guardano come se fossi un alieno, <poverino, è stanco>, ma stanco di cosa??

Ascoltiamo il linguaggio, ... riguardo la maturità: <poveretti, devono fare la seconda prova alla maturità>.

Quello che bisogna chiedersi è come mai si sia rotto il patto che vincolava le generazioni all'acquisizione di competenze operative necessarie per la vita della famiglia e della comunità. Io, a sei anni facevo 3 km per prendere il latte. È oggi pensabile mandare sotto casa un figlio a fare la spesa per la famiglia almeno fino ai 18 anni?

FV: è diventato pericolosissimo nell'immaginario collettivo.

CP: Sì, ma perché? È l'immaginario collettivo che organizza mandati e coscienza dei mandati, per cui non è quel genitore che ritiene incompetente il figlio; il genitore prova un sentimento di pericolosità perché l'insieme dell'immaginario collettivo lo organizza come pericoloso. Ovviamente tale processualità diventa ricorsiva. A quella mia età l'immaginario collettivo non costituiva il mio andare come pericoloso.

E perché lo organizza pericoloso? Per i profondi cambiamenti nel patto tra famiglia e società.

Fino ai famosi anni '60, in cui si è incominciato ad andar via dalle campagne, la famiglia non era che un tassello funzionale del tessuto del paese, della comunità.

Adesso, famiglia ed ambientazioni sociali non hanno più nessuna unitarietà e sintonizzazione, si pongono in discontinuità con uno iato importante. L'equifinalità tra ambientazione familiare e ambientazione comunitaria era quella di rendere l'infans cittadino efficace ed efficiente per la comunità locale, e tramite la comunità locale per le comunità sovra-locali.

Non interessava a nessuno che fosse sereno, che non soffrisse, che non piangesse, che non protestasse; questa enfasi sullo psichismo non era proprio né prevista né mentalizzata, né manualizzata. Perché lo psichismo era il come sei adeguato nella comunità. Negli ultimi 40-50 anni, nel mondo occidentale, al Familiare è imposto il mandato di accudire allo psichismo dei suoi pochi componenti. In buona parte, anche alle agenzie sociali di educazione (nidi, asili, scuole medie e superiori) viene affidata questa forte attenzione. Riflettiamo anche sui vincoli universitari. Si può rimanere universitari a vita, anche senza progressione regolare negli studi, laddove, in quasi tutte le università del mondo, se non procedi vieni espulso. Qui si pone un ulteriore

forte interrogativo: come significhiamo il fenomeno adolescenza, che è una nuova invenzione rispetto al costruito pubertà. È una sorta di vera età della latenza: occupa, con fenomenologie complesse e cangianti, lo iato tra le due ambientazioni.

La clinica, quindi, ci permetterebbe comprensioni euristiche in continua evoluzione, a patto che non si chiuda nell'isolare i fenomeni, a ricercare traumi e colpevoli.

FV: Tu stai portando una prospettiva molto interessante perché stai guardando dal generale, dall'ampiezza storico-culturale nella quale sono inserite le persone, al vissuto, all'esperienza della persona stessa.

Questo è, in effetti, molto in controtendenza con ciò che spesso avviene, dove invece si fa un ragionamento opposto, si mette a fuoco il soggetto in termini molto più generali, si cerca un modello generale del soggetto, e si dà a questa opzione una forte centralità.

In fondo, la terapia più famosa, quella per antonomasia, è la terapia individuale, il divano delle barzellette è quello che rappresenta meglio l'immaginario collettivo.

L'idea prevalente è quella che dentro all'essere umano sia contenuto un modo di stare nelle sue relazioni, derivante da una sua storia relazionale, a partire da quella con la famosa mamma e che, a seconda di come è stata vissuta quella vicenda, poi si verificano certe difficoltà, problematicità, o almeno si strutturano determinate caratteristiche del carattere.

Questa è un po' la narrazione classica da questo punto di vista, ed è anche come se la forma della terapia ricalcasse questa storia, perché se l'elemento fondamentale della costituzione del soggetto è nel rapporto con la mamma, o con il caregiver, io terapeuta propongo una sorta di rivisitazione del rapporto con esso, cioè faccio un'operazione con la quale cerco di ripristinare, in maniera più adeguata, alcune forme di relazionalità.

Si potrebbe certo legittimamente difendere questa prospettiva che ho qui solo schematizzato ma mi interessa di più capire qualcos'altro che aiuta a comprendere meglio il tuo pensiero.

Questa visione che proponi implica delle conseguenze, nel senso che implica anche un pensiero sulla forma di intervento che mi piacerebbe tu esplicitassi meglio, perché ho in mente anche delle cose che hai scritto; mi era piaciuto molto un concetto che era quello di "coralità"; in un tuo articolo avevi scritto che non riuscivi a capire come mai non si riesca a considerare di passare nella clinica attraverso diverse coralità, diverse configurazioni interpersonali, se questo è funzionale.

Mi piacerebbe capire un po' meglio da te come tradurresti in termini più clinici questa visione che hai portato.

CP: Ho sempre in mente delle scene: in un consultorio, una giovane

specializzanda, parlo di 7, 8 anni fa, iscritta a una scuola psicoanalitica, racconta questa scena clinica; lei lavora in questo consultorio e le arriva una quattordicenne grave, della quale non capisce niente; io le faccio una domanda, per me banale, e le dico: <scusa ma non sarà venuta da sola...> e lei risponde: <no, c'era la mamma> ed io: <se tu non ci capivi niente magari chiedevi anche alla mamma, no?!> questa mi guarda e dice: <ma io non sono una terapeuta familiare.>

Allora, la sfida del tuo stimolo iniziale è che per parlare con una mamma o con un papà non occorre essere terapeuti familiari, quindi con un'attrezzatura tecnico-procedurale da truppe d'assalto, da incursori della marina. Per dire come la riflessione che hai appena formulato crea il confine di confidenza dentro aree in cui tutto ciò che è fuori è nemico e richiede un'attrezzatura particolare. In verità parliamo sempre con un essere umano, se non capisci niente della figlia ti rivolgi alla madre che ti aiuterà verso prime ipotesi di comprensione.

FV: Gli approcci formativi principali tuttora sono orientati ad insegnare un assetto: individuale, familiare o gruppale. Mai o quasi mai si forma alla pratica di diverse prospettive di trattamento e men che meno alla combinazione di esse.

CP: Assolutamente. Stavo facendo lezione in una Scuola importante di psicopatologia fenomenologica, e tutti erano, nonostante la scuola fenomenologica, incardinati sul setting individuale; la banale possibilità di parlare con la madre era altrettanto sconvolgente, e parlo di sabato scorso, a proposito di cosa viene ancora insegnato in maniera normativa; perché poi gli specializzandi ti guardano e dicono: <ma se io vado in supervisione e racconto chi ho incontrato mi cazziano!>.

È così! Ancora oggi!

L'altra scenetta che mi diverte sempre raccontare, in un altro consultorio, quindi parlo proprio di temi che ci accomunano a noi che ci occupiamo di età evolutiva, perché tu ci lavori da sempre: arrivano madre e figlia al consultorio e alla psicologa che fa l'accoglienza dicono: <abbiamo un problema di dialogo tra di noi> allora la psicologa le dice: <benissimo, allora lei prenderà appuntamento con la dottoressa X venerdì e tu avrai colloquio con la dottoressa Y martedì dopo>, quelle la guardano e le dicono: <ma lei non ha capito niente, abbiamo problemi di dialogo tra di noi.> e se ne sono andate.

E anche qui non parlo delle guerre puniche.

FV: Sì questo mi pare la norma della formazione in psicoterapia nel nostro paese. Credo sia anche molto interessante per una giovane collega come Elisabetta che sta magari pensando ad una formazione per sé. Diventa un criterio di selezione.

Perché in effetti, poter pensare a una formazione che invece ti allena quanto meno a pensare che ci sono vari modi di guardare all'umano e alle relazioni umane è già un criterio tutt'altro che banale da considerare. Devo dire che mi pare meno diffuso questo modello mono assetto quando parliamo di formazione alla psicoterapia con bambini o adolescenti dove prendere in considerazione almeno il lavoro sul singolo e sulla famiglia mi pare più comune. Il gruppo rimane però qui meno frequentato come opzione formativa. Questa tua proposta richiede inoltre di dare uno spazio significativo e assai differente al tema della consultazione ovvero a quel primo momento di ascolto e lettura della domanda di cura che porta poi a definire un progetto d'intervento condiviso.

CP: Le prime fasi di un incontro dovrebbero essere fondate sulla consapevolezza che la situazione ci è totalmente ignota e che i sintomi sono talmente sovradeterminati da risultare spesso fuorvianti. I primi incontri sono la reificazione del paradigma della complessità. Questo è ancora più vero nell'area dell'età evolutiva, area nella quale si organizzano i precursori sintomatologici ed esistenziali che potrebbero, se non <guariti> aprire la strada ai lunghi anni della psichiatrizzazione e cronicizzazione. Ci sono ben chiare le tappe di questo destino: farmaci, centri diurni, sequenze di comunità terapeutiche, passano 20, 30 anni, la vita finisce in un cronico, o, se si è fortunati, in una casa famiglia.

Quindi, grande è la responsabilità che ci interroga in questa nostra area. Dobbiamo veramente pensare in termini di comunità, e nella nostra epoca, di comunità familiare. E questo richiede una forte alleanza con le persone che abitano la comunità, della quale, ovviamente, fa parte il nostro paziente. Fondare tale alleanza è parte radicale del progetto, ma dobbiamo cambiare il nostro sguardo su tale comunità. Se penso che la mamma sia schizofrenogena oppure che sono i genitori che hanno sabotato il mio splendido cammino senza una loro conoscenza approfondita e personalizzante, i bambini e gli adolescenti a psicopatologia grave, hanno il destino segnato.

FV: Per andare più a fondo su questa cosa, ti chiedo un pensiero ulteriore. Quale può essere un modo, dei criteri da considerare da parte di un clinico che padroneggi diversi assetti terapeutici nel lavoro con situazioni complesse? Dove magari hai a che fare con scuole, comunità, *etc.* Come ti muovi tu in questo ambito? Cosa consiglieresti? Cosa pensi che si potrebbe fare? E quindi a cosa formare anche i giovani colleghi?

CP: Partendo dalla complessità. Dobbiamo poter padroneggiare le configurazioni che ho cercato di argomentare, e tenendo conto che anche la Scuola è attraversata, in quanto istituzione pedagogica, dalle stesse

trasformazioni significative dell'immaginario collettivo. Ogni faticosità in età evolutiva, nell'area scolastica, esita in diagnosi di DSA (e, tranne rare eccezioni, le batterie dei test sono profezie autoavverantesi) con costruzioni di piani formativi personalizzati e facilitanti che arrivano, oggi fino all'università. Il messaggio chiaro è che, per quello studente, il percorso normale è traumatizzante perché non possibile data la sua fragilità. Mi ha impressionato che, quest'anno, sulla costruzione delle prove di maturità, i presidi abbiano scritto una lettera in favore di una unica prova scritta e non di due, troppo ansiogene dato il lockdown.

Per queste considerazioni parlo di un immaginario collettivo storicamente determinato, perché fonda sintonie tra istituzioni che danno del bambino e adolescente una rappresentazione di fragilità costitutiva e di lesionabilità immediata.

Prendo atto che in questa nostra fascia di età non ti telefona, o non telefona al Servizio, il bambino di 7 anni o l'adolescente di 12 o la ragazzina di 15, c'è sempre un genitore che fa da mediazione, esattamente come, più avanti nella mia esperienza con l'età adulta, anche con patologie molto complesse, o dell'adolescenza, o di giovani adulti, non è il paziente che ti chiama, è sempre un caregiver, qualcuno del mondo degli adulti- genitoriale.

Allora, proprio perché io so di non sapere niente, la prima cosa che chiedo è <per favore, venite voi e aiutatemi a capire la situazione>, <ma mio figlio/a è disponibilissima a venire!>, <mi fa un piacere enorme, detto ciò preferisco che ci conosciamo noi, che voi mi aiutate ad avere uno scenario più ampio>, quindi cerco di definire, perché ne sono convinto, che loro hanno una competenza che io non ho: loro sanno, sapranno nelle loro maniere, ma sanno cose che io non so, quindi legato alla complessità è anche il fatto che la complessità, come dice appunto bene Ceruti, è accompagnata dal fatto che ti muovi continuamente sul confine di qualcosa di ignoto che vai ad esplorare.

Allora suggerisco, consiglio di partire dall'aver uno scenario, e lo scenario me lo possono solo dare le persone più vecchie, di una generazione che ha visto nascere la generazione di cui vado a parlare; poi, non vado alla ricerca di una verità narrativa, mi interessa che mi aiutino più o meno a capire dove mi trovo.

Partire da questi presupposti è importantissimo, perché i genitori interpellati come portatori di un sapere che io non ho, non si sentono minacciati: allora è diverso dire <incomincio da voi>, oppure <dopo che ho incontrato 3/4 volte vostro figlio voglio conoscere voi genitori>; il messaggio è profondamente diverso <che cosa avrà raccontato di noi?> sicuramente peste e corna, sennò che adolescente sarebbe?!

Quindi, vengono già, ovviamente come tutti i genitori, disperatamente colpevolizzati per questo immaginario di cui parlavamo prima, che ovviamente affida a loro, come fossero Dio, l'anima della generazione successiva: voi siete i maieuti di questo bambino, quindi ogni fallimento è

guardato come critica da parte del sociale e come colpa da parte dei genitori; poi, che un genitore che si sente comunque giudicato, reagisca stracciandosi le vesti o reagisca aggredendo l'interlocutore perché è stato a sua volta aggredito o perché teme di essere aggredito, fa parte banalmente delle conseguenze di quello che accade nella relazione con il mondo psi.

Se io, invece, parto da loro, subito, e ho una possibilità di veicolare il messaggio <abbiamo un problema che dobbiamo imparare a gestire insieme, e voi ne sapete più di me>, perché è ovvio che ne sanno più di me; è sette anni che stanno con questo bambino, quattordici, sedici, diciassette... lo sapranno bene, lo sapranno male, secondo come voglio leggere questo sapere, ma comunque ce l'hanno. Io non posso farne a meno pensando <voi sbagliate, vi dico io quella che è la cosa giusta>, perché poi questo messaggio implicito del <voi sbagliate, io so come deve essere una madre, so cosa deve essere un padre>, è potentissimo. Basti pensare ai corsi sulla genitorialità condotti in genere da giovani psicologhe. Un giorno una signora intelligente ha chiesto: <scusi dottoressa ma lei quanti figli ha?> e lei: <nessuno> e la signora: <e allora che cavolo viene a dirci a noi?!> Sto ovviamente banalizzando, i corsi, il lavoro in gruppo può essere importantissimo per accomunare problemi e metodologie. Ma il mio compito, qui, è segnalare i codici impliciti che possono sabotare il lavoro terapeutico.

I giochi li fai sulla soglia del primo incontro, perché nonostante arrivino insieme, l'abitudine è dire alla signora di attendere in sala d'attesa o di andare a prendere un caffè mentre io parlo con suo figlio, oppure: <siete venuti insieme, entri dieci minuti e poi per favore esca che io parlo con suo figlio>; la contrattazione, come vogliamo organizzare questo primo incontro, che è sulla soglia, determina il destino della terapia.

Io non so come loro se lo sono rappresentato questo incontro; quindi, non posso decidere io... non so se rendo l'idea sulla prima mossa organizzativa.

FV: Io faccio una cosa diversa, io dico 'venga chi vuole', e poi, di fatto, utilizzo tutta la prima parte, un primo incontro ma a volte anche di più, con chi vuole...

CP: Sì, è possibile. Cioè, sicuramente è diverso dal dire uno sì e gli altri non li voglio, però a me preme, in base a tutte le riflessioni generali che abbiamo fatto prima, assicurarmi un messaggio di competenza. Perché non so le attivazioni gruppali inconsce che si attivano nella gruppalità familiare dicendo <venga chi voglia>. Non so poi se chi viene è portatore designato, se viene invece quello che mi svia, non so cosa nasce da questo "chi vuole", e questo mi preoccupa perché mi trovo, attivato da me dicendo venga chi vuole, di fronte ad un portato di dinamica gruppale, anche contingente, che però io non so di che è fatta... è solo una riflessione su quello che tu hai detto sul come ti muovi.

FV: Mi sembra che stiamo dicendo una cosa molto interessante anche rispetto ad un'altra questione, cioè il lavoro terapeutico, se pensiamo alla psicoanalisi, nasce con persone adulte, anche se poi le isteriche freudiane erano poco più che adolescenti, a volte pienamente delle adolescenti, però, fondamentalmente per l'epoca di allora erano comunque delle adulte, e nasce con l'idea freudiana di ricostruire una storia del bambino a partire dalla clinica, con tutte le problematicità, anche epistemiche, che questa questione comporta.

Per molto tempo, mi sembra, la clinica psicoterapeutica ha avuto quel tipo di immagine: una questione a due adulto-adulto sostanzialmente, mentre, quello che sta avvenendo molto in questi ultimi decenni è un rovesciamento per cui, certo che ancora esiste la domanda che viene fatta dal quarantenne o cinquantenne, però c'è un forte aumento della domanda che arriva per e con bambini e adolescenti, forse anche per le cose che dici tu, perché c'è una rappresentazione di fragilità dell'infanzia e dell'adolescenza che poi determina la fragilità stessa, però di fatto c'è una domanda molto forte relativa a quell'epoca, che la scuola sostiene, per tante ragioni anche di delega, che diventa una domanda che magari ha per oggetto il bambino o l'adolescente, ma che è una domanda più complessa e che quindi, mi pare che tu dica, va trattata all'insegna della complessità, va trattata non certo spaccettando immediatamente la domanda, perché altrimenti faremmo un'operazione riduzionistica, di semplificazione del complesso con una perdita informativa notevole e spesso decisiva.

CP: Concordo pienamente, scusandomi per la grossolanità con cui ho provato a fissare alcune riflessioni su punti meritevoli di ben altri approfondimenti. Il mandato della nostra società è non danneggiare psicologicamente il piccolo della specie sapiens, è un mandato in negativo, su ciò che tu non hai fatto per il suo benessere; domanda del genitore: <si, ma cosa devo fare?>; in realtà è un sapere che nessuno di noi ha più, perché mancano i saperi stratificati, sedimentati e automatizzati in queste localizzazioni conservative che erano i paesi e le comunità locali. Se come operatori psi siamo consapevoli di questo accomunante <non sapere> il paradigma vira completamente. <Tu non sai, io non so. Dobbiamo cercare tutti insieme una soluzione, ma nessuno ce l'ha *a priori*>. È venuta meno quell'ovvietà pedagogica che era delle famiglie, della scuola, della comunità, delle nuove generazioni stesse. Era un'ovvietà pedagogica attesa che la mia maestra mi bacchettasse con il righello le dita se scrivevo male e nessuno lo percepiva come un trauma, e se la maestra non lo avesse fatto, sarebbe stata una cattiva maestra; se avessi preso 4 in greco, il mio problema non sarebbe stato che io ho preso 4, era <oddio che dirà a mio padre che ho preso 4 in greco!> e mio padre metteva me sotto accusa, non la scuola, come avviene adesso.

Questa coerenza ancorava ovviamente un sapere simbolico e procedurale. Non ho nessuna nostalgia di quell'allora, se non come memoria della mia vita. Studio come cambiano i codici di significazione al cambiare delle epoche; assumo che debbano cambiare i saperi; ho imparato da tanti, troppi miei fallimenti clinici, che le procedure non sono date, ma sono vincolate alle caratteristiche di ogni singola situazione e ambientazione clinica. Il pensare la complessità è una vera, dolorosa disciplina; richiede tempo e maestri. La percezione è più facilmente quella non della complessità ma della confusione e dello smarrimento. La semplificazione più spontanea è identificare causazioni lineari, che nel nostro sapere psi si traducono come ricerca di deficit genitoriali e come amplificazione, a volte paradossale, del costruito trauma. Vorrà pur dir qualcosa il fatto che sui siti di formazione permanente, i webinar con la parola <trauma> sono proposti con una frequenza altissima (sfiorano il 90%). E così le tecniche terapeutiche corrispondenti! Tutto è diventato trauma; ho letto un articolo come referee: <a casa di questo paziente si parlava a voce troppo alta: TRAUMA! quindi il terapeuta deve parlare a voce bassa>, bravo, bocciato l'articolo.

Adesso basta una minima desincronizzazione tra la madre e il bambino per generare un trauma, il bambino la guarda aspettando e la mamma guarda, colpevole, altrove, non è sincronizzata...(queste stringhe sono ripetitive, come mantra, in tanti scritti scientifici(?) ben reperibili al giorno d'oggi) Facciamo allenamenti di sincronizzazione, che ti devo dire?!

È interessante parlare con le giovani madri, ben addottrinate, loro ti dicono <io col mio bambino dobbiamo vivere per mesi in una bolla>, vivere in una bolla... a pelle, a latte, in una bolla!

Va bene, vivi in una bolla!

FV: Quindi questo comporta anche una differente posizione del terapeuta...

CP: Certo! Ho sentito genitori di adolescenti dire: <lei professore ci dia la risposta> <ma abbiate pazienza, non c'ho mai capito niente su cosa fare coi miei figli adolescenti, detto onestamente, e volete che io sappia cosa fare con i vostri?!>, so solo che possiamo cercare cosa fare insieme, insieme a voi, insieme a lui, cercando di capire dove stanno i nodi che arrestano la nostra ricerca. Per questo non posso proporre uno schema terapeutico *a priori*; io parto dall'esplorare e poi posso decidere che la situazione mi permette di lavorare stabilmente con l'adolescente perché è abbastanza evoluto, perché in qualche modo ha anche una sua dimensione di iniziativa, di autonomizzazione anche operativa, sa gestirsi la paghetta ecc., e ogni tanto dialoghiamo con i genitori. Nel caso che la costruzione di fragilità e di accudimento sia talmente presente in quella storia, sia talmente condivisa, io devo lavorare con loro per diminuire la forza di accudimento, per incominciare a elaborare che dare

compiti e limiti ad un figlio adolescente, una volta era l'ovvio, non significa non amarlo, non significa traumatizzarlo. Se propongo <ma scusate, se lo facesse il letto 'sto ragazzino!>, maschio o femmina che sia, <e ma non se lo fa.> e io <va bè, glielo lasciate com'è> e loro <e no, come si fa?! Poverino>, l'idea che è tutto trauma ha sottratto i figli a qualunque tipo di gestione della vita quotidiana, della vita aziendale della famiglia. Tu dimmi quanti colleghi conosci che, invece che esplorare i traumi psichici, esplorano come è gestita l'azienda famiglia, chi lava i piatti, chi apparecchia, chi sparcchia, chi carica la lavatrice, chi carica la lavastoviglie, chi scende a comprare il prosciutto, chi va in banca a pagare qualche cosa... mai prevista, per la generazione da 0 a 20 anni questa parte non è mai prevista. Devi lavorare con loro, a lungo, per modificare i codici di accudimento e di supplenza perché devi lavorare contro l'immaginario collettivo.

Agli specializzandi propongo questa riflessione: <vai ad un supermercato, trovi mamme con bambini, papà con bambini, nonni con bambini, trovi magari adulti di 22 o 25 anni, ma nella fascia dai 12 ai 20 da soli non ci sta nessuno in un supermercato, fai questa sociologia da quattro soldi, e se tu gli dici di scendere, i supermercati diventano la giungla nella testa di un adolescente, e si perde in un senso autentico di dissociazione>.

Questa dimensione, ovviamente, non è <io so come devi fare>, però <io insieme a te devo costruire modalità> per cui di base tu riesci a concepire tuo figlio non così fragile, che può reggere compiti e sottrazioni di accudimento.

FV: Però mi pare che quello che è anche importante è che in qualche modo devo poter essere attrezzato, come terapeuta, ad avere soluzioni differenti, assetti differenti, non certo una sola freccia al mio arco...

CP: E anche configurazioni differenti, nel senso che può essere importante vedere abitualmente da solo il paziente; però poi emerge qualcosa da cui particolarmente si capisce che c'è qualcosa che differenzia padre e madre, nel senso che c'è una dimensione che grava più nel rapporto con la madre che con il padre, allora facciamo qualche incontro con la madre, poi ne facciamo insieme, è importante sentire voi due fratelli... quante svolte terapeutiche abbiamo avuto facendo incontrare i fratelli, perché in genere in questa configurazione è sempre padre-madre-figlio, gli altri figli sono sempre lasciati altrove, oppure incorporati obbligatoriamente come il fare la terapia familiare, <venite tutti>.

Invece bisogna capire meglio le linee di generatività possibile in questi incroci, e lo puoi solo fare esplorando; piano piano ti emergono scene più chiare e provi a renderle un pochino più semplici dialogando con un sotto-insieme della complessità, ma dato che non è isolata, vincolata a procedure *a priori*, ma è mobile, rientra nella complessità: se io la isolo rendendola un "ci vediamo sempre in questa maniera" non può rientrare, sempre pensando al paradigma

della complessità, io posso attivare una sottodimensione della complessità, ma se parallelamente ho accesso anche alle altre dimensioni, sennò la isolo.

Lavoro tanto con i giovani in formazione, psichiatri e psicoterapeuti, e dico “ascoltate il linguaggio che usate”. Quando noi parliamo nella formazione, anche di un paziente adulto senza che abbia particolari problemi psicopatologici, ma casini dell’esistenza umana, il collega viene e ti dice: <io ho in terapia una signora che ha un marito...> e giù cento cose miserevoli sul marito, e la collega mi dice <il marito della signora è...> e fa l’elenco, e usa il verbo essere; allora io dico <scusa, ma tu l’hai incontrato il marito?> e lei <no, mai visto> <e allora perché usi il verbo essere? Tu puoi solo dentro di te dire che la signora mi rappresenta il marito in questa maniera>, mentre nel linguaggio il marito diventa “è”, costruito ontologizzante.

Lavorando con adolescenti, quindi, in assenza di incontri e conoscenza non episodica con i genitori, il rischio di tale reificazione è praticamente certo. Entrano in collusione tre piani paradigmatici: la conflittualità relazionale dell’adolescente, la sua fisiologica radicalizzazione epistemologica, i pregiudizi sulla genitorialità nei terapeuti. Le conseguenze sull’efficacia dell’intervento sono facili da immaginare!

Mi ricordo una volta un collega diceva <a un certo momento, anche in base alle riflessioni che abbiamo fatto insieme, ho deciso di incontrare la madre di questo ragazzo, di 16 anni, con psicopatologia impegnativa. Ero preoccupato e un po’ intimorito perché mi ero costruito l’immagine di una donna terribile che mi avrebbe aggredito e denigrato, tanto era stato convincente il ragazzo. Rimango sconvolto perché mi incontro con una signora dimessa, dolente, da subito collaborativa e grata. Niente a che fare con la madre raccontatami!>.

FV: È la sorpresa che è sorprendente, no?

CP: Capisci la forza della reificazione, quindi non conoscere ti espone a questi pericoli.

Non è “dobbiamo stare sempre tutti insieme”, però intanto conosciamoci, perché rimane il fatto che il figlio è vostro, che di questo figlio, della vostra storia, della storia entro cui nasce questo figlio voi siete i narratori, voi siete i ponti di connessione.

Poi vediamo come illuminare i nodi che imbrigliano la storia, cerchiamo di capirlo insieme, cerchiamo insieme soluzioni, e non eziologie.

FV: Quindi mi sembra che tu stia indicando un’esigenza di una declinazione più ampia del proprio sguardo clinico, una competenza a poter navigare in vari modi.

CP: Nella formazione devi allenare la mente di chi si sta inoltrando nella professionalizzazione, ad assestarsi sulla complessità e non sul riduzionismo rassicurante, perché chi è più giovane è molto più duttile; quando tu proponi

questo <metodo> è molto più affascinante, più complesso, meno rassicurante che dire che la seduta dura 45 minuti, vedi solo il paziente, i genitori non li incontri, oppure li incontri sempre tutti insieme.

Intanto la mente si allena a questa complessità perché in fondo sono semplicemente interlocuzioni umane sull'umano. Essere nell'umano significa istituire i membri di una comunità familiare come persone e non come funzioni. Tale consapevolezza deve esserci nel nostro assetto, ma anche nelle nostre procedure.

Orientativamente mi muovo così, nel tentativo di dare senso alla situazione e dare senso alla organizzazione dei campi terapeutici, per capire e decidere come orientarmi e procedere. Uno, due colloqui con la coppia, almeno due, tre colloqui con la madre da sola e con il padre da solo fanno parte del bagaglio del comprendere, del capire almeno in parte, perché quando li incontri da soli, incontri persone, mentre se li incontri sempre assieme, li incontri come funzioni: io ti incontro in quanto padre di, madre di, e vado a esplorare la funzione genitoriale, la funzione materna, ma non so nulla di quella persona, cerco solo di vedere come esercita, nel mio immaginario, la funzione di genitore, ma chi è, che persona è, quale è la sua storia nello svolgersi della vita?

Allora alcuni colloqui individualizzanti, in una prima fase, hanno una forza euristica importante.

In genere arrivano sempre le madri, e tu dici che ti farebbe piacere parlare anche con il padre e ti senti dire <no, mio marito non crede a queste cose, non verrà mai> oppure <siamo separati, se ne frega>, qualsiasi versione femminile ti dice che tanto “sto padre non viene”.

In genere ci fermiamo lì, allora dico <lo chiamo io direttamente> che è uno dei vantaggi che adesso devi avere il consenso informato dei due genitori facendoli venire di persona.

Chiamo io il padre, e dico <caro padre di X io ho bisogno che lei venga per poter essere utile a sua figlia, non lei ha bisogno di me, io ho bisogno di lei>.

Sai che da quando salti la mediazione della moglie/madre e arrivi direttamente ai padri, vengono sempre! Quindi, l'interpellarli come persone e non come funzioni ha una grande forza e questo lo ottieni creando uno spazio che non è una terapia ma è un conosciamoci: tu sei Giovanni, non sei il padre di, funzione: devo conoscere Giovanni, e Giovanni conoscere me, in quanto persone in relazione, prima di occuparmi del suo essere <funzione>.

Quindi, lo sforzo per me è poter riuscire a concepire tutti gli attori in campo come persone, non come funzioni, non come figure (figura materna, figura paterna, funzione genitoriale! Ci risuona questo linguaggio?).

Capita di leggere relazioni cliniche di colleghi, c'è sempre il termine figura, la figura materna, la figura paterna, il perito mi dica come si è esercitata la funzione genitoriale, facciamo i gruppi per aumentare la competenza, ma le persone sono ridotte a funzioni.

Chi è più giovane tra noi chiede questo approccio faticoso; prima si

smarrisce, poi si attiva; gli viene progressivamente chiaro che questa fatica spaesante, iniziale, rende più semplice, chiaro ed efficace il lavoro clinico successivo. Reggere, come metodo, questa complessità iniziale, permette di decidere come articolare campi terapeutici mobili per sotto-unità della configurazione complessa. Altrimenti, come molto spesso succede nella clinica reale, variabili improvvise si impongono, ci questionano, ci obbligano a complessificare il campo. Se il terapeuta non è ben assestato sulla pensabilità e relativa gestione della complessità, si trova smarrito e spaventato come il ragazzino che scende, per la prima volta, alla Conad a comprare la mozzarella.

FV: Questa è davvero una cosa che mi fa piacere che tu dica perché è una cosa che dico sempre anche io, chi è abituato a lavorare, ad avere un pensiero più complesso, come tra l'altro gli adolescenti ci stimolano tantissimo ad avere, ma anche i bambini, dopo nella situazione più semplice è decisamente facilitato.

CP: Ma perché sai dove trovare i collegamenti, i codici di senso e le matrici di significazione, che sono, per definizione spazializzati nella comunità familiare intergenerazionale, e non entro il singolo individuo. Questa mia lapidaria affermazione è ancora più vera per bambini, adolescenti gravi, per i quali è impossibile narrarsi se non per episodi frammentati e caotizzanti (il che genera pericolosi errori diagnostici). Se ci si abitua a muoversi in questa dimensione, poi il lavoro diventa più comprensibile; momento per momento risulta molto più facile; paghi la fatica di sintonizzarti, più o meno, ma dopo, nell'andare avanti nel progetto terapeutico, ti trovi molto avvantaggiato perché i conti ti ritornano con molta più facilità, senza dover paranoicizzare il mondo al di là del tuo spazio terapeutico.

FV: Mi sembra che abbiamo detto tante cose, non so se c'è qualche altro aspetto che vorresti toccare per concludere.

CP: Veramente quello che mi preme, che ho detto prima, è che il pensare che la genitorialità è fragile non è un problema di fragilità di quel singolo genitore e quindi aiutarli a rendersi meno permeabili alle reazioni dei figli diventa un grande compito oggi in cui, tendenzialmente, abbiamo molto a che fare con la fragilità, poi anche con la psicopatologia, con le droghe, e così via.

Che succede con COVID e lockdown? Seguiamo la semantica dei linguaggi: è una semantica sulla fragilità, quelli che si chiudono in casa, quelli che non vogliono più uscire, quelli che <oddio che trauma che è stato, ci ha rubato due anni di vita>, questo senso di collusione sulla fragilità, che poi noi spostiamo sulla fragilità della genitorialità mentre in realtà è una fragilità del fatto che il familiare è fragile in questa dispersione del sociale.

Per cui, alla fine, è veramente difficile arrivare a capire un figlio di chi è

figlio, perché a 9 mesi, 14 va già all'asilo nido, e quindi entra in un'altra dimensione di genitorialità; il transitare tra tante istituzioni pone problemi sulla genitorialità, non sui due genitori, ma sulla riflessione <in quante genitorialità si costruisce la mente oggi di un bambino, preadolescente, adolescente in costruzione di sé>. Il punto critico è che tali <genitorialità> non vanno a costituire il senso di appartenenza a quel sistema sovraordinato che chiamiamo comunità. Questa riflessione potrebbe aiutare a comprendere perché le gruppalità amicali in preadolescenza e adolescenza siano tanto potenti con i vincoli di seclusione, lealtà che ben conosciamo. E conforme alle caratteristiche di queste modalità si possono istituire percorsi di vita progressivi ed evolutivi, oppure paralizzanti e marginalizzanti.

Se potessi sintetizzare tutto quello che ci siamo detti, lo esprimerei così:

L'indebolimento della protezione della comunità sociale sul Familiare pone i giovani in una transizione distopica. L'esperienza e la sicurezza che costituivano il mentale, nella coesione tra comunità e famiglia, viene percepita in adolescenza nella comunità dei pari. Diviene una nuova esperienza senza continuità. O con debole continuità con il prima. Un *ex novo* che può essere un'evoluzione di destino, oppure un destino di appartenenza molto patologico ma molto forte sul sentimento identitario di sé. Questo iato strutturale tra le forme di comunità va studiato meglio. Per ora mi sembra solo una suggestione da approfondire. Mi sembra importante perché, forse, è proprio entro questo iato che si rallenta o si arresta la vita di tanti adolescenti e giovani adulti.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 15 maggio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 15 maggio 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:666

doi:10.4081/rp.2022.666

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

Comment to: *Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni*

*Alessandro Ciardi**

An ode to simplicity

I read Professor Pontalti's Interview and his rich exchange with Dr. Vanni with great pleasure and interest. I will therefore try in these few lines to share some of my reflections and ideas that emerged in resonance with some of the topics of the interview. I will start from the perspective in which I work as a clinician, the experience of my work in my studio, with adult and adolescent patients, and the institutional work I carry out in Child Neuropsychiatry.

It seemed to me that two main topics were discussed. On the one hand, via a sociological and anthropological point of view, the interview focused on how the representations, the definitions of family and the articulation between family and community have changed. On the other hand, the interview focused on how, in the face of these changes, clinical work poses itself. That if it has the fundamental aim of effectively establishing itself as a treatment for people, it must be able to learn to stay within complexity in order to meet Others who are changing, Others who are the creatures and creators of culture.

First of all, I would like to acknowledge that Professor Pontalti has the quality of simplicity, that to me, even innately, simplicity is a precious rule to work by. Some of his reflections in fact, have the - patiently cultivated - gift of knowing how to stay in the unsettled complexity of meeting another, with a sense of rootedness and respect for life, in the many manifestations that we find in human beings. I believe I saw an attitude of enormous and fundamental respect for other people - here I use the word "fundamental" in the sense that I believe it is an essential foundation of listening and of treating

*Psychologist, Transcultural Psychotherapist, Trainer in Storytelling, UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milan.
E-mail: alessandrociardi5@gmail.com

the “attitude” that Pontalti suggests he can use to meet people in his clinical work.

The testimony here goes in the direction of *clinical work* understood as an *opening up* - as a first technique, opening up your gaze and your listening, up until the point of risking not understanding, where maps no longer help you along your journey - and as the capacity of remaining open and supporting this opening in time - as a second technique, against the physiological and human temptation of folding back onto oneself in order to find oneself, sometimes losing ourselves in the encounter. The indication - which already was and is used in the phenomenological approach - is that of acquiring awareness of one’s convictions and models in order to “govern” them during listening, to be able to touch and be touched by another.

Firstly, a brief consideration from a (no longer) young clinician: it seems to me that as I go ahead with my clinical work, I have progressively accommodated the invite that resounds in the *mysticisms* of different latitudes - forms of spiritual therapy, no doubt, and indeed psychotherapies - that consist in practising that attitude of remoulding the *hold* on complexity in order to indulge the *yield* of complexity - in less “esoteric” terms: it seems to me that in order to meet another person, it is necessary to give them space, to create this space beyond the categories of diagnosis, in a sense to become their guest.

Thus, an important question to ask ourselves implicitly is: Where and at what point do we *meet*? In what way can I meet the other as a person - Pontalti’s reference to not meeting functions but people -? From this viewpoint, it seems useful to me to also refer to Ethnopsychiatric traditions which, beyond the practices and potential techniques and therapeutic procedures, promotes a meeting between the clinician and the patient, in the awareness of cultural systems in which we belong and that our implicit meanings forge.

In this sense the image of clinical work as a place-threshold is very beautiful, and referred to in the interview, as a sacred threshold between what is visible and invisible, and as it is a threshold, it is a place of opening and a place of meeting between two spaces. The idea of the psychotherapist as a custodian of the sacred space arises on its own. The one who knows how to stay on the threshold, who decides to not decide in order to listen to another as an opaque, unknown whole, learning to trust what they do not see, knowing that the emptiness of not knowing - of not immediately diagnosing, of not forcing a person to function in the role as patient - is not in reality absence of sense or references, but rather an opportunity of meeting and treating. I believe, from my perspective, that this position of listening and dialogue in clinical work represents staying with complexity, on the edge of the unknown, as Pontalti states by citing Ceruti.

The clinical reference here, as far as I’m concerned, is Winnicott; the idea

of therapy as a space for play and the concept of “continuity of being”: the patient, is free or freed, authorized by the therapist, if the therapist does so with himself/herself and his/her models - to explore himself/herself in a safe space, in which he/she can experience states of non-integration, experiences of redefinition of the self and new freedoms, of reconnection to needs. Here is a sacred space overseen and protected by the therapist.

Moreover, in the interview as previously mentioned, a strong reference emerges to a connection that has undergone enormous transformations in just a few generations: the connection between family and community. The rootedness of family to which Pontalti refers to within a community in the historical space and time of that community, as well as the practices and rituals of that culture, gave the family a sort of support in the capacity of staying in the reality of life, keeping the founding connection between subject and community alive.

Byung-Chul Han writes that rites are to time as the home is to space: they allow one to “domesticate” life and they can create a community without communication, while today we are in the presence of communications without community, the philosopher remarks.

In terms of a bond between the subject and the community, I think of the metasocial and metapsychic guarantors in R. Kaes’ thinking, understood as structural symbols, artefacts, ideas, institutions that allow people to avoid that existential disorientation, by anchoring themselves to a belonging. Which becomes a belonging to history, feeling part of one’s history because it is part of History - Ernesto de Martino dedicated memorable pages to what happens to the subject when, exiled to the margins of history, deprived of the capacity to act and affect one’s destiny, he/she encounters a crisis of presence.

In this sense, it seems to me, that it is necessary to underline the progressively increasing importance of the peer group, for young people. If family is fragile because it is dispersed in the social sphere, a dispersed fragment that is no longer connected to the articulation of mutual development with the community, then the only other family that can hold together these two dimensions - familiar and social - is the peer group, even via rituals. Therefore, even family becomes a state without connections or social mandates, as Pontalti recalls, because of historical, sociological, and economic changes and the fragile marginalized subject is folded up within in it. Once upon a time, becoming an adult meant acquiring operative skills and resources to become citizens, in an inseparable bond that defined the subject as he/she was connected to the community and a mandate; nowadays however, the subject is first a carrier of individual rights, among which is the right to happiness.

In the Chapters on the Fathers, in the Talmud, one can read: “You are not obligated to complete the work, but neither are you free to desist from it”.

This seems to me, and I assume all responsibility for this gamble, that some of Pontalti's references, duly transferred, allude to this direction or, at least, that is how they resonate with me. Today we live in a time in which "becoming yourself" prevails and achieving *one's own life* seems to constitute the highest calling. I ask myself: what if, at a certain point, we dealt more "simply" - in an integrative and not exclusive perspective - to achieve *life*, adhering to the process that we belong to? What if the obsession of achieving one's own life has distanced us from life as such and from the capacity of listening to the silences? And similarly, what is the price of abandoning reality, from a clinical perspective, to affirming the goodness of one's models against and not for the record of the existent? I think clinical work is not free from subtracting itself from the restless reality of life, if not at the price of not understanding the living being anymore. In a slightly provocative manner, but I think Pontalti indirectly draws attention to this passage, he invites to consider the possibility of a return to that type of "simplicity" that represents the condition of remaining in complexity. How would clinical work change if it de-anchored from certain simplistic loyalties to models and dove back into the flow of "simplicity", where we do what is necessary and intuited as good? And, I add: What type of training, for future generations of psychotherapists could support the consolidation of such an attitude as the main "tool" to work with?

Just as the subject belongs to more systems, that define him/her and contribute to his/her making and undoing, clinical work belongs to history. Contrastingly, if clinical work continues to do without History, sooner or later History will do without it, bringing about the definitive disarticulation between two intimately entwined poles that are present in the psychism of a person, subject and society, clinical work and community, relegating psychotherapy to the practice of wellness or fitness and no longer as a transformative opportunity, with the unavoidable political implications that derive from it.

Maybe, the first and implicit task of the clinician is that of witnessing how to stay in complexity beginning with the ways and methods of intervention that have the living being as a main reference. Too often we have the sensation that the clinician tries to explain without understanding, in accordance with a classic phenomenological definition.

The examples brought by Pontalti, drawn from clinical experiences, seem to indicate the importance of being profoundly rooted in the historical context: on the one hand, continuing to keep the connection between systems (between individual and context) alive in clinical readings, considering the dynamics, games and why not even the balances of power - just as the ethnopsychiatric gaze invites us to consider; on the other hand, because needs change, the way we think needs to change, in order to intervene.

In this sense the example Pontalti brings is interesting to me. In working

with parents, he says, that in current clinical work the pattern that is in vogue is that of insisting on parental deficits as the main cause of child illness. Thus, Pontalti recommends, provocatively but not too much, working on trying to soften the parental care dimension, I imagine here not understood as a fundamental condition for the development of the child, but rather as an attempt to immunize the child, to compulsively protect him/her from impact-trauma? - so that the world can have their child. It seems, deep down, a society of adults that suffers from *pre-traumatic* stress, in the sense that the suffering originates from the improbable effort of controlling reality, immunizing it, unlearning to welcome it and navigate it.

Psychology cannot not consider history and not be, in turn, part of history. This means considering the inseparable link of the person (and the clinician) with contexts: ecological - as in the logic of the environment-, economic - as consequent rules for the environment -, political - as a community-, and biological - as a logic of the living being.

Any psychology or psychotherapy that removes itself from contexts, that is not willing to transform, even to “die” in order to be “reborn”, and that atomizes the person, is only I believe destined to not understand, not know how to listen and even not know how to take care of a person.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 5 June 2022.

Accepted for publication: 14 June 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:669
doi:10.4081/rp.2022.669

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

Commento a: *Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni*

*Alessandro Ciardi**

Elogio della *semplicità*

Ho letto con grande piacere e interesse l'intervista al Prof. Pontalti, nel ricco scambio con il Dott. Vanni. Proverò, quindi, in queste poche righe, a condividere alcune riflessioni e spunti che, per così dire, sono emersi nella risonanza con alcuni temi dell'intervista, a partire dalla prospettiva entro cui lavoro come clinico, nella esperienza del lavoro in studio, con pazienti adulti e adolescenti, e del lavoro istituzionale in Neuropsichiatria Infantile.

Due mi sono sembrati principalmente i temi trattati. Da un lato, attraverso uno sguardo sociologico, antropologico, ci si è soffermati su come siano cambiate le rappresentazioni e le definizioni di famiglia e dell'articolazione tra famiglia e comunità; dall'altro su come, a fronte di questi mutamenti, si ponga la clinica, con l'indicazione fondamentale che questa, per costituirsi effettivamente come cura della persona, debba poter imparare a stare nella complessità per poter incontrare questo Altro che cambia, che è creatura e creatore di cultura.

Anzitutto vorrei riconoscere al Prof. Pontalti la qualità della semplicità, che mi sembra anche, implicitamente, una preziosa indicazione di lavoro. Alcune tra le sue riflessioni, infatti, credo abbiano il dono - pazientemente coltivato - di saper stare nell'irrequieta complessità dell'incontro con senso di radicamento e rispetto per la vita, nelle molteplici manifestazioni che si ritrovano nell'essere umano. Mi sembra di aver colto una attitudine di grande e fondamentale rispetto per la persona - qui, uso la parola 'fondamentale' proprio nel senso che credo sia fondamento essenziale dell'ascolto e della cura la 'postura' da cui Pontalti sembra suggerire di poter incontrare le persone nella clinica.

*Psicologo, Psicoterapeuta Transculturale, Formatore in Storytelling, UONPIA Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.
E-mail: alessandrociardi5@gmail.com

La testimonianza, qui, va nella direzione di una *clinica* intesa come *apertura* - come primo movimento, l'aprire lo sguardo e l'ascolto sino a rischiare di non capire, laddove le mappe non assistono più il cammino - e come capacità di tenere aperto e sostenere questa apertura nel tempo - come secondo movimento, contro la fisiologica e umana tentazione di ripiegarsi su di sé per ritrovarsi, talvolta perdendosi l'incontro. L'indicazione - che già fu ed è nell'approccio fenomenologico - è quella ad acquisire consapevolezza delle proprie convinzioni e modelli per poterli 'governare' durante l'ascolto, per poter toccare ed essere toccati dall'altro.

Prima, breve considerazione di un (non più) giovane clinico: mi pare, andando avanti nel mio lavoro, di aver accolto sempre più l'invito che risuona nelle mistiche di diverse latitudini - forme di terapia dello spirito, senz'altro, psico-terapie, appunto -, che consiste nel praticare quell'attitudine a ridimensionare la *presa* sulla complessità per assecondare la *resa* alla complessità - detto in termini meno 'esoterici', mi sembra che per incontrare l'altro sia necessario fargli spazio, creare uno spazio oltre le categorie della diagnosi, in un certo senso per diventare suo ospite.

Mi sembra, quindi, un interrogativo importante, quello posto implicitamente: dove, a che punto, si dà *incontro*? In che modo io incontro l'altro come persona - il richiamo di Pontalti al non incontrare le funzioni ma le persone -?. Da questo punto di vista, mi sembra utile richiamare anche la tradizione etnopsichiatrica che, al di là delle pratiche e delle eventuali tecniche e atti terapeutici, promuove un incontro, tra clinico e paziente, nella consapevolezza dei sistemi culturali cui apparteniamo che forgiavano i nostri impliciti.

In questo senso mi pare molto bella l'immagine della clinica come luog-soglia, richiamata nell'intervista, come soglia sacra tra visibile e invisibile e, in quanto soglia, luogo di apertura e di incontro tra due spazi. Viene da sé l'idea dello psicoterapeuta come custode dello spazio sacro, colui che sa stare sulla soglia, che decide di non decidere per ascoltare l'altro come un intero opaco, ignoto, imparando a fidarsi proprio di ciò che non vede, sapendo che il vuoto del non sapere - del non diagnosticare subito, del non costringere la persona a funzione e nel ruolo di paziente - non è, in realtà, assenza di senso e di riferimenti ma opportunità di incontro e cura. Credo, dalla mia prospettiva, che questa posizione di ascolto e di dialogo nella clinica rappresenti lo stare nella complessità, al confine con l'ignoto, come Pontalti afferma, citando Ceruti.

Il richiamo nella clinica, per quello che mi riguarda, è qui a Winnicott, all'idea di terapia come spazio di gioco e al concetto di 'continuità d'essere': il paziente, libero - liberato, autorizzato proprio dal terapeuta, se questi fa altrettanto con sé e i propri modelli - di esplorare sé stesso in uno spazio sicuro, in cui fare esperienza di stati di non-integrazione, esperienze di ridefinizione di sé e nuove libertà, di riconnessione a bisogni. Ecco, uno spazio sacro presidiato e protetto dal terapeuta.

Nell'intervista emerge, inoltre, come detto, un forte richiamo a un nesso che ha subito enormi trasformazioni nel giro di alcune generazioni: il nesso tra famiglia e comunità. Il radicamento della famiglia cui si riferisce Pontalti entro una comunità, nello spazio-tempo della storia di quella comunità, nonché le pratiche e i rituali di quella data cultura, consentivano alla famiglia una sorta di sostegno alla capacità di stare nella realtà della vita, tenendo vivo il legame costitutivo tra soggetto e comunità.

I riti, scrive Byung-Chul Han, sono per il tempo ciò che la casa è per lo spazio: consentono di 'addomesticare' la vita e riescono a creare comunità senza comunicazione, mentre oggi siamo in presenza di comunicazioni senza comunità, chiosa il filosofo.

In termini di legame tra soggetto e comunità penso ai garanti metapsichici e metasociali nel pensiero di R. Kaës, intesi come strutture simboliche, artefatti, idee, istituzioni che consentono alla persona di evitare quello spaesamento esistenziale, ancorandosi a una appartenenza. Che diventa appartenenza alla storia, al sentirsi parte della propria storia perché essa è parte della Storia - Ernesto de Martino ha dedicato pagine memorabili a ciò che avviene al soggetto quando, esiliato ai margini della storia, privato della capacità di agire e incidere sul proprio destino, va incontro ad una crisi della presenza.

In questo senso, mi pare, assuma valore la sottolineatura della sempre maggiore importanza del gruppo dei pari, presso i giovani. Se la famiglia è fragile perché dispersa nel sociale, frammento disperso e non più connesso in una articolazione di mutuo sviluppo con la comunità, allora l'unica altra famiglia in grado di tenere ancora insieme queste due dimensioni - familiare e sociale - è proprio il gruppo dei pari, anche attraverso rituali. Ecco che anche la famiglia diviene, col trascorrere dei mutamenti storici, sociologici, economici, un soggetto fragile, marginalizzato, che si ripiega al suo interno, priva di legami e di mandato sociale, richiamato da Pontalti. Un tempo divenire adulti significava acquisire competenze e risorse operative per diventare cittadini, in un legame inscindibile che definiva il soggetto in quanto in relazione con una comunità e un mandato; diversamente, oggi, il soggetto è anzitutto portatore di diritti individuali, tra cui il diritto alla felicità.

Nelle Massime dei Padri nel Talmud, si legge: "Non sta a te completare l'opera ma non sei libero di sottrartene". Ecco mi pare, assumendomi la responsabilità dell'azzardo, che certi richiami di Pontalti, debitamente traslati, alludano a questa direzione o, quantomeno, così risuonano in me. Oggi viviamo il tempo in cui impera il 'diventa te stesso' e realizzare *la propria vita* sembra costituirsi come la missione più alta. Mi chiedo: e se, a un certo punto, si trattasse più 'semplicemente' - in una ottica integrativa e non esclusiva - di realizzare *la vita*, aderendo a un processo cui apparteniamo? Se l'ossessione di realizzare la propria vita ci avesse allontanato dalla vita in quanto tale e dalla capacità di ascoltarne i silenzi?

E, similmente, qual è il prezzo dell'abbandono della realtà, da parte della clinica, per affermare la bontà dei propri modelli *contro* e non *per* il primato dell'esistente? Credo che la clinica non sia libera di sottrarsi alla realtà inquieta della vita, se non al prezzo di non comprendere più il vivente. In modo un poco provocatorio ma mi pare che Pontalti, indirettamente, richiami l'attenzione su questo passaggio, invitando a considerare la possibilità di un ritorno a quel tipo di "semplicità" che rappresenta la condizione per stare nella complessità. Come cambierebbe la clinica se si disancorasse da alcune semplicistiche lealtà ai modelli e si rituffasse nel flusso della "semplicità", laddove si fa quel che è necessario e intuito come buono? E, aggiungo: che tipo di formazione, per le future generazioni di psicoterapeute e psicoterapeuti, potrebbe sostenere il consolidamento di tale attitudine come principale 'strumento' di lavoro?

Così come il soggetto appartiene a più sistemi, che lo definiscono e cui contribuisce al loro farsi e disfarsi, così la clinica appartiene alla storia. Al contrario, se la clinica continua a fare a meno della Storia, prima o poi la Storia farà a meno della clinica, sancendo la definitiva disarticolazione tra due poli intimamente legati e presenti nello psichismo della persona, soggetto e società, clinica e comunità, relegando la psicoterapia a pratica di wellness o fitness e non più occasione trasformativa, con le inevitabili implicazioni politiche che ne discendono.

Forse, primario e implicito compito del clinico è testimoniare come si possa stare nella complessità a partire, anzitutto, dai modi e metodologie dell'intervento che abbiano il vivente come riferimento. Troppo spesso si ha la sensazione che il clinico cerchi di spiegare senza comprendere, secondo una classica definizione fenomenologica.

Gli esempi di Pontalti, tratti da esperienze cliniche, sembrano indicare l'importanza di essere profondamente radicati nel contesto storico: da un lato, continuando a tenere viva, nella lettura clinica, la connessione tra sistemi, tra individuo e contesto, considerando dinamiche, giochi e, perché no, anche rapporti di forza - come ci invita a considerare lo sguardo etnopsichiatrico; dall'altro, poiché se cambiano i bisogni, deve poter cambiare il modo di ascoltare, di intervenire.

In questo senso mi sembra interessante l'esempio di Pontalti riferito, oggi, al lavoro coi genitori, quando si afferma che nella clinica attuale il retropensiero in voga sia insistere sul deficit genitoriale come causa principale del malessere infantile. E allora, Pontalti, indica, forse anche provocatoriamente ma non troppo, di lavorare sul tentativo di smorzare la dimensione dell'accudimento genitoriale, immagino qui inteso non in quanto tale - condizione fondamentale per lo sviluppo del bambino - ma quando diventa tentativo di immunizzazione del figlio, di protezione compulsiva dall'impatto - traumatico? - che il mondo potrebbe avere sul figlio. Sembra, in fondo, una società di adulti che soffre di disturbo *pre-traumatico* da stress,

nel senso che il malessere nasce dall'improbabile fatica di controllare la realtà, di immunizzarla, disimparando ad accoglierla e navigarla.

La psicologia non può non tenere a mente la storia e non pensarsi, a sua volta, nella storia. Il che significa considerare il legame indissolubile della persona (e del clinico) coi contesti, ecologico - come logica dell'ambiente -, economico - come conseguenti regole dell'ambiente -, politico - come comunità - e biologico - come logica del vivente.

Qualsiasi psicologia e psicoterapia che si disarticoli dai contesti, che non sia disposta a trasformarsi, persino a 'morire' per 'rinascere', e che atomizzi la persona credo sia destinata a non comprendere, non saper ascoltare e, forse, nemmeno saper prendersi cura della persona.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 5 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 14 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:669

doi:10.4081/rp.2022.669

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

Comment to: *Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni*

Rita Cavalieri*

It was a great pleasure to read the exchange between Dr Pontalti and Dr Vanni. Their conversation was guided by their loving intelligence, by the lightness of wisdom, by the simplicity of the scholar. I left with greater clarity on the topics discussed, new stimuli for reflection, and the urge to review our interventions in the light of the existing data, data characterised by loneliness. I started working as a child neuropsychiatrist in the field a long time ago, when the NPI became part of the social services. At that time, when speaking of a patient one spoke of a ‘case’ or a ‘difficult case’ with reference to his clinical features. From an etymological point of view, the word ‘case’ derives from the Latin *casus* and the verb *cadere* ‘to fall’, and there are various definitions: i) unforeseen event, fortuitous circumstance (1313, Angiolieri); ii) mysterious and remote cause of human events (1505, Bembo); iii) fact that happens under medical control (1565, Varchi). It seems to me that these definitions could easily be applied to our patients: ‘unforeseen’ may emphasise the painful lack of prevention plans; ‘mysterious cause’ reminds us or suggests that there are many factors involved in determining illness, not only organic ones; ‘under medical control’ occurs most often only when everything has already manifested itself. ‘Difficult’ was a term used for those cases in which there always seemed to be a missing piece in order to achieve a satisfactory psychophysical condition. “Difficult” is defined by Savonarola as that which requires effort to be understood; by G. Cavalcanti “that which cannot be done without effort or skill”. And the effort was to try as skilfully as possible to create collaborations with colleagues in order to build up knowledge of the patient together. It was not always easy. Then over time the case was no longer described as difficult but as complex. And the patient became a client. I think the transition was significant because instead

*Doctor of Psychotherapy, Specialist in Infant Neuropsychiatry, Parma.
E-mail: verdeirlanda1954@gmail.com

of indicating difficulty as a salient element, we moved towards a specification. The word 'complex' is an adjective, therefore a specification that requires that we know it in all its parts. We then move on to emphasise that a case as it appears to us is the result of the presence of various aspects acting and interacting with each other. The etymology of the word 'complex' is also very interesting. It derives from Latin, from the participle of *complecti*, 'to embrace'. So the defining action of the word 'complex' is not separation, fragmentation into several separate parts, but embracing. Dante defines embrace as "to understand, to contain". Hence embracing to allow reciprocal knowledge, the reception of each other's message: a close proximity that does not alter each other's limits but allows the creation of a thought as the third element of the relationship of a response as a synthesis of what is reciprocally transmitted. Now we also speak of complexity. We move from the adjective 'complex' to the noun 'complexity'. There is therefore a complexity in which the subject is immersed in his being. From the individual to the plural, to the social. The individual increasingly seen as inseparable from the society in which he or she is immersed. Thus, knowledge of the individual is knowledge of the many personal and non-personal facets that make up an ever-changing, ever-evolving whole. Surely '*famiglia*' is itself a complex and difficult unit: it requires understanding, effort and skill. The term '*famiglia*' is etymologically defined as 'a group of people who constitute the retinue or court of a person; servants of the house'. How well this definition prompts us to think about the various roles that are assumed within the term. Reading the interview, I felt weighted down by a heavy cloud of loneliness. The parents are alone, the children are alone. The grandparents, too, are alone. Revolutions create great emptiness: one is caught up in the action of revolt. The concrete, impetuous, fiery manifestation becomes the realisation of the revolution. It starts with a social, group event with a common need for concrete change, and its achievement concludes the action. Instead, I believe there should be a revolution within each person: the intimate understanding of the goals, viewing them in the light of one's own being. At times one ends up supporting an event because that was required by the revolt, and revolutionary theories are applied without criticism, without reflection, without personalisation. The adult viewing the child is no longer capable of distinguishing the individual with whom he can try to relate in a unique and living way. The difficulty presented by dialogue is that it requires curiosity, willingness, loving tension; this has been met by parents and children who are disarmed, uncertain, afraid. Thus, one gets lost. The new view of the developmental age, the revolutionary view of the couple, of the family, with the desire to get out of asphyxiating cages, taking on board unreflecting, uncritical indications, gave rise to loneliness. There was not something to share but something to do. The real need for change materialised on a practical level and not on the level of a loving relationship.

I think '68 was partially the start of loneliness. Today we no longer have time: perhaps we no longer have time for all things. Doing instead of being. I cannot help but conclude by recalling that the ancient Greeks believed that the 'how' and not the 'when' was the only element to be taken into consideration.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 17 June 2022.

Accepted for publication: 30 June 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:674

doi:10.4081/rp.2022.674

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

Commento a: *Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni*

*Rita Cavalieri**

È stato un grande piacere poter leggere quanto scambiato tra il Dott. Pontalti e il Dott. Vanni.

Tutto il colloquio è guidato dall'intelligenza amante, dalla leggerezza della saggezza, dalla semplicità dei dotti.

Porto via in me maggiore chiarezza sui temi trattati e nuovi stimoli alla riflessione e alla sollecitazione di revisione dei nostri interventi alla luce dell'esistente, un esistente che soffre di solitudine.

Molto tempo fa ho iniziato il mio lavoro come neuropsichiatra infantile sul territorio, quando la NPI era compresa nei servizi sociali.

Allora in relazione al paziente si parlava di "caso" o "caso difficile" riferendosi alle sue caratteristiche cliniche.

Dal punto di vista etimologico la parola "caso" deriva dal latino casus e dal verbo cadere e varie sono le definizioni: i) avvenimento imprevisto, circostanza fortuita (1313, Angiolieri); ii) causa misteriosa e remota degli avvenimenti umani (1505, Bembo); iii) fatto che accade sotto il controllo medico (1565, Varchi).

Mi sembra che in queste definizioni ci siano descrizioni perfettamente calzanti ai nostri pazienti: "imprevisto" può sottolineare la dolente carenza di piani di prevenzione; "causa misteriosa" ci ricorda o suggerisce che molti sono i fattori che intervengono nel determinare la malattia e non solo organici; "sotto il controllo medico" il più delle volte solo quando tutto si è già manifestato.

Erano definiti difficili quei casi in cui sembrava mancare sempre un tassello per poter raggiungere una condizione psicofisica soddisfacente.

"Difficile" viene definito da Savonarola ciò che richiede sforzo ad essere compreso; da G. Cavalcanti "che non si può fare senza fatica o abilità". E lo

*Medico psicoterapeuta, Specialista in Neuropsichiatria Infantile, Parma.
E-mail: verdeirlanda1954@gmail.com

sforzo era cercare il più abilmente possibile di creare collaborazioni con colleghi per costruire insieme la conoscenza del paziente. Non era sempre facile.

Poi nel tempo il caso non è stato più definito difficile ma complesso.

E il paziente è diventato cliente.

Il passaggio credo sia stato significativo perché dall'indicare la difficoltà come elemento saliente si va verso una specificazione. La parola complesso è un aggettivo, quindi una specificazione che richiede di essere conosciuta in ogni sua parte. Si passa quindi a sottolineare che quel caso come ci appare è la risultante della presenza di vari aspetti che agiscono e interagiscono tra loro.

È molto interessante anche l'etimologia della parola "complesso". Deriva dal latino, dal participio di *complecti*, "abbracciare".

Allora l'azione che definisce la parola "complesso" non è la separazione, la frammentazione in varie parti separate ma è abbracciare. Dante definisce abbracciare come "comprendere, contenere".

Quindi abbracciare per permettere la conoscenza reciproca, la ricezione del messaggio di ognuno: una stretta vicinanza che non altera i limiti di ognuno ma permette la creazione di un pensiero come terzo elemento della relazione, di una risposta come sintesi di quanto trasmesso reciprocamente.

Adesso si parla anche di complessità.

Si passa dall'aggettivo complesso al sostantivo complessità. Esiste quindi una complessità in cui il soggetto si trova immerso con il suo essere.

Dal singolo al plurale, al sociale. Sempre più l'individuo come imprescindibile dalla società in cui è immerso.

Quindi la conoscenza dell'individuo è la conoscenza di tante sfaccettature personali e non che compongono un tutto sempre in movimento, sempre in evoluzione.

Sicuramente la famiglia è di per sé stessa una unità complessa e difficile: richiede comprensione, sforzo e abilità. Il termine famiglia etimologicamente viene definito "insieme di persone che costituiscono il seguito o la corte d'un personaggio; servitù di casa".

Quanto questa definizione ci sollecita pensieri sui vari ruoli che vengono assunti al suo interno.

Leggendo il colloquio mi sono sentita immersa in una nuvola greve di solitudine. Soli i genitori, soli i figli. E rimasti soli anche i nonni.

Le rivoluzioni creano grandi vuoti: si è presi dall'azione della rivolta.

La manifestazione concreta, irruente, focosa diventa la realizzazione della rivoluzione

Si parte da un evento sociale, di gruppo che condivide la necessità di cambiamento concreto e il suo raggiungimento conclude l'azione.

Credo invece che dovrebbe essere seguito dalla rivoluzione all'interno di ognuno: la comprensione intima degli obiettivi, il guardarli alla luce del proprio essere.

Invece a volte si finisce per aderire perché la rivolta diceva così e le teorie rivoluzionarie vengono applicate senza critica, senza riflessione, senza personalizzazione. Lo sguardo dell'adulto sul figlio non riesce più a distinguere l'individuo con cui provare a relazionarsi in modo unico e vivo. La difficoltà del dialogo che richiede curiosità, disponibilità, tensione amorosa, ha trovato genitori e figli disarmati, incerti, impauriti.

Così ci si perde. Lo sguardo nuovo sull'età evolutiva, lo sguardo rivoluzionario sulla coppia, sulla famiglia, con la voglia di uscire da gabbie asfissianti. con la messa in campo di indicazioni non riflettute, acritica ha iniziato a creare la solitudine. Non c'era qualcosa da condividere ma qualcosa da fare. Il bisogno reale di cambiamento si è concretizzato sul piano pratico e non sul piano della relazione d'amore.

Credo che il '68 sia stato un po' l'inizio della solitudine.

Oggi non abbiamo più tempo: forse non abbiamo più tempo per tutte le cose.

Il fare al posto dell'essere.

Non posso non concludere ricordando come gli antichi greci ritenevano come unico elemento da considerare il "come" e non il quando.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 17 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:674

doi:10.4081/rp.2022.674

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

Comment to: *Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni*

*Veronica Pasetti**

Complexity in clinical practice and the complexity of clinical practice

The interview with Corrado Pontalti brings into sharp focus how clinical practice represents an encounter with complexity: the complexity of the multi-significant and multi-signifiable syntonies and suffering of others which cannot be reified or tackled using standard processes. Clinical practice puts us in the privileged position of observing the functioning of individuals and experiencing first-hand how subjectivity reacts in the face of a specific social, economic, historical and political situation. We can speak of complexity in clinical practice, but at the same time, of the complexity of clinical practice. The subject's complexity is to be found in the symptom which it produces, which is its expression and its suffering in idiosyncratic form. The symptom is the subject's unique solution to the problem of maintaining an equilibrium in the world, the social and the proximal world.

A look at the clinical perspective leads us to reflect on care and the theory of care. As Heidegger says, it is an act, and as such, has repercussions and links, not only to each patient's individual context, but also to his or her proximal context, and the context in which the act is constructed, applied and expressed, and which contributes to shaping our social context. Our social context in turn, in a circular way, shapes the theory of clinical practice. Each theory is the product of its time, and in this regard Pontalti recalls that psychoanalysis found fertile ground for its development in a period in which "the individual" occupied a primary space of acceptance. Clinical practice is, therefore, the complex product of subjects who are suffering in a particular historical and socio-cultural period, in terms of content, symptoms, theory and structure.

It is pertinent, from this reflection on clinical practice, to reason in terms of

*Philosopher, psychologist and psychotherapist; SIPRe member, Scientific Coordinator at the SIPRe Clinical Centre, Parma; Lecturer at the SIPRe School of Specialisation, Parma Institute. E-mail: veronica.pasetti@gmail.com

complex thought. Pontalti illustrates the risks of simple thought particularly well. Clinical practice puts us in contact with the complexity of the world and the subjects that inhabit it. The response to this challenge cannot be reductionism, a characteristic of simple thought which dissociates clinical practice from the real world. The reification of suffering leads us, in a pernicious way, to believing that what has been delineated is, in fact, the real world, and we act on that reductionist basis. Pontalti's illustration of therapies in adolescence is particularly significant. Some forms of clinical practice, in dealing with distressed adolescents, separate the subjects from their problematic families, they work only with the subject, and have no dialogue with parents. This simple, reductionist view is reassuring, but it means that we lessen the effectiveness of interventions and weaken and disrupt the system's potential.

The interview stimulates a reflection on the complexity of our subjects. It clearly illustrates the multi-determination of events that we address in our consulting rooms and proposes that we tackle this complexity from the inside, with the proviso that the path to avoid, given that there are no predetermined solutions, is the search for traumas, culprits, and causes, which only isolates the phenomena. Pontalti warns against the default mindset that determines unconstructive treatment outcomes: the search for regularities, answers, causes, paths to understanding, and heuristics. I believe that complex thinking consists of keeping in mind that we tend to search for heuristics to direct us, this does indeed happen, and we cannot avoid starting with an idea, but we must be aware that what we see when we circumscribe in this way is neither the truth, nor the world, nor our patient. We cannot escape this way of reasoning given that complexity cannot be fully embraced, however, we need to be aware of it in order to question and relativise it, to enable us to negotiate the flow of complexity that we, as therapists, contribute to with our interventions. Otherwise, we might mistake our difficulty in being in something unknown that we are trying to make sense of, for reality.

In the interview, a good example of this anchoring to a pattern is the story of the therapist who meets an adolescent patient. Despite not understanding the patient, the therapist decides against seeing the mother because she claims she is not a systemic therapist. This shows how technique can become absolute: instead of embracing reality, technique imposes its simple form, but the patient is a complex reality and as such will elude such a reduction. A further risk, in my opinion, is that a technique which is absolutized to such an extent may not be considered liable if a patient loses interest in therapy; in this event the failure is attributed to the patient's condition. What happens if the reality does not fit the model that clinical practice imposes on it? What are the repercussions on the patient?

Pontalti's position concerning the role and involvement of parents is interesting, he appears to restore to therapists the role of social actors. Pontalti abandons the paradigm of the expert who knows what to do and instead suggests to parents that no-one knows what to do to help the child, and that

they are there to look for a solution together. The solution cannot be presented *a priori* but will emerge out of a clinical process respectful of the complexity inherent in the young person's suffering. It is a change of perspective that leads us to not delegate responsibility to the assumed knowledge of the technician and his theory. If we accept that we do not understand the suffering of that young person, we assume responsibility for finding a solution. There are no set procedures to follow - these will emerge from the nature of each individual situation. Those of us who work with young people know how difficult it is to work with adults in the same way.

Pontalti stresses the importance of the initial interview and consultation and describes how he gets the setting to speak by immediately involving the parents of his young patients, to convey the message that they are on the same journey, are not going to be judged, and to get to know the child's and adolescent's world, to get a broader view.

I wonder if, instead of adopting a technique that makes space for complexity, it would not be sufficient for complexity to inhabit the therapist's mind and give the patient-system space to manifest itself in its own way. Let me explain: Pontalti puts forward his technique for establishing who is to be called in for consultation, in other words, the parents, for the reasons I mentioned earlier. Vanni, on the other hand, suggests another technique that embraces whatever the system brings, and makes sense of it from the inside keeping in mind the complexity of what is presented. If therapists know they have a partial view of the situation, a view which derives from patterns that enable them to understand the patient's otherness, and that while partial are expandable and can become flexible in an exploration of what is co-constructed with the patient, then there will be no need to absolutize the technique; rather, the technique will be relativised, ensuring its consistency with the theory of complexity.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 20 June 2022.

Accepted for publication: 30 June 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:675
doi:10.4081/rp.2022.675

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

Commento a: *Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni*

*Veronica Pasetti**

Clinica della complessità e complessità della clinica

L'intervista a Pontalti mette in luce assai bene come la clinica sia un luogo di incontro con la complessità: la complessità dei sintoni e delle sofferenze multisignificanti e multisignificabili dell'altro, non reificabili o affrontabili con processi standardizzati. Essa è un luogo privilegiato per osservare il funzionamento della persona e per toccare con mano come i contenuti soggettivi vengano elaborati in una specifica situazione sociale, economica, storica e politica. Si può quindi parlare di clinica della complessità ma anche di complessità della clinica: la complessità del soggetto si rintraccia anche nel sintomo, in quanto sua produzione ed espressione, forma idiosincratica della sua sofferenza. Il sintomo è la soluzione peculiare che il soggetto mette in campo per cercare di stare in equilibrio nel mondo, un mondo sociale e non solo prossimale.

Dallo sguardo sulla clinica deriva una riflessione sulla cura e sulla teoria della cura. Essa, come dice Heidegger, è un atto; come tale ha importanti ricadute e connessioni non solo nel contesto individuale dei nostri pazienti, ma anche in quello prossimale e nei contesti in cui si costruisce e si applica ed esplica, dando il suo contributo alla forma del nostro contesto sociale. Il contesto sociale a sua volta, in modo circolare, dà forma alla teoria della clinica. Ogni teoria è figlia del suo tempo e Pontalti ricorda a questo proposito che la psicoanalisi trovò terreno fertile per il suo sviluppo in un periodo storico in cui il termine "individuo" ebbe uno spazio primario di accoglimento. La clinica è quindi il prodotto complesso dei soggetti che soffrono e di un periodo storico e socioculturale, sia per quanto attiene i suoi contenuti, la sintomatologia, che per la teoria che la struttura.

Mi pare assai rilevante, stante questa riflessione sulla clinica, ragionare in termini di pensiero complesso e Pontalti rappresenta molto bene quale sia

*Filosofa, psicologa e psicoterapeuta; Socia SIPRe, Referente Scientifico e del Centro Clinico SIPRe Parma, Docente scuola di Specializzazione SIPRe, Istituto di Parma.
E-mail: veronica.pasetti@gmail.com

il rischio di un pensiero semplice: la clinica ci mette a contatto con la complessità del mondo e dei soggetti che vivono questo mondo, e la risposta a questa sfida non può essere il riduzionismo del pensiero semplice, che stacca la clinica dal mondo stesso. La reificazione della sofferenza conduce perniciosamente a pensare che quanto è stato circoscritto è davvero il mondo e ad agire conseguentemente sulla base di questo pensiero riduzionista. Molto significativo mi pare l'esempio che Pontalti porta delle terapie in età evolutiva: una certa clinica agisce, di fronte al dolore dei giovani, isolandoli dalla famiglia problematica, lavorando solo con loro, senza dialogare con i genitori. La logica del pensiero semplice, riduzionista, è rassicurante, ma comporta una perdita di efficacia degli interventi che vanno a depotenziare e a mutilare le potenzialità del sistema.

La lettura di questa intervista conduce a riflettere sulla complessità in cui sono immersi i soggetti, dipinge con chiarezza la multideterminazione degli eventi con cui ci confrontiamo nei nostri studi, e propone di affrontare questa complessità provando a stare al suo interno con la consapevolezza che l'unica strada da non imboccare, dato che non esistono ricette predeterminate da seguire, è quella di andare ad individuare traumi, colpevoli, cause, isolando i fenomeni. Pontalti evidenzia e mette in guardia da un funzionamento tipico della nostra mente, che spesso agisce in modo automatico, determinando nella cura esiti spesso non costruttivi: andare a cercare regolarità, risposte, cause, strade di comprensione, euristiche. Credo che il pensiero complesso consista anche nell'avere in mente che tendiamo a cercare euristiche che ci aiutano ad orientarci, che questo accade e che non possiamo non partire da un'idea, purché siamo consapevoli che ciò che vediamo circoscrivendo in quel modo, non è la verità, il mondo, il nostro paziente. Non possiamo sfuggire da questo modo di ragionare, perché la complessità non può essere abbracciata per intero, occorre però averne consapevolezza per poterlo mettere in discussione, relativizzarlo, saperci muovere nel flusso della complessità a cui anche noi clinici partecipiamo con il nostro intervento. Se ciò non fosse, il rischio sarebbe scambiare la nostra difficoltà a stare in qualche cosa che non conosciamo e a cui stiamo tentando di un senso, con la realtà.

Mi pare che nell'intervista un buon esempio di questo ancorarsi ad uno schema sia quello della terapeuta che incontra una paziente adolescente e pur non capendo molto di lei, decide di non incontrare la madre perché sostiene di non essere una terapeuta sistemica. Ecco che la tecnica diventa assoluta e anziché accogliere la realtà, le impone la sua forma semplice; il paziente è una realtà complessa e come tale sfuggerà a questa riduzione. Un rischio ulteriore, a mio avviso, è che la tecnica così assolutizzata, pensi di non avere una parte se un paziente si allontana dal lavoro clinico e che, ove questo accada, debba essere solo imputato alla patologia del paziente. Cosa accade quindi se la realtà non si incastra nel modello che la clinica le impone, quali possono essere le ricadute sui pazienti?

Molto interessante è la posizione che Pontalti assume rispetto al ruolo e al coinvolgimento dei genitori dei suoi giovani pazienti; mi pare che essa restituisca a noi i terapeuti il ruolo di attori sociali. Pontalti abbandona il

paradigma dell'esperto che sa cosa fare e propone ai genitori l'idea che nessuno sa cosa fare per quel figlio, che si è lì insieme per cercare una soluzione che non può essere presentata *a priori*, ma che emergerà dal processo clinico, rispettosa della complessità insita nella sofferenza del giovane. Mi pare un cambio di prospettiva che conduce ognuno a non delegare le proprie responsabilità ad un supposto sapere che detiene il tecnico e la sua teoria: se si accetta di non sapere della sofferenza di quel giovane, ci si assume se stessi e la propria responsabilità nel fare qualcosa per trovare una soluzione. Non esistono procedure da seguire, ma esse emergono dalle caratteristiche di ogni singola situazione. Chi lavora con i giovani sa quanto sia difficile lavorare con gli adulti in questa direzione.

Pontalti evidenzia molto bene l'importanza dei primi colloqui, della consultazione, e illustra il suo modo di far parlare il setting coinvolgendo fin da subito i genitori dei giovani pazienti, per comunicare loro che sono in cammino nello stesso viaggio, che non saranno giudicati, per conoscere il mondo che abitano bambini e adolescenti, per avere uno sguardo allargato.

Mi chiedo se, anziché adottare un dispositivo che possa fare spazio alla complessità, tale complessità non sia sufficiente alberghi la mente del clinico per dare poi spazio al sistema paziente di manifestarsi per come funziona. Mi spiego meglio: Pontalti propone un dispositivo tecnico che prevede chi si deve convocare, ossia i genitori, con la funzione di cui ho prima accennato. Vanni invece propone un altro modo, quello in cui si accoglie quanto il sistema sta portando e si cerca di dare un senso stando dentro a quel funzionamento, avendo comunque in mente la complessità di quanto si ha davanti. Penso che se il terapeuta sa di avere davanti a sé una visione parziale, che parte da schemi che gli servono per cercare di conoscere l'alterità del paziente, ma che sono appunto parziali e possono essere ampliati e flessibilizzati, esplorando quanto andrà co-costruendo con il paziente, non avrà la necessità di assolutizzare la tecnica, ma al contrario essa verrà relativizzata proprio in coerenza con il pensiero della complessità.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 20 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:675

doi:10.4081/rp.2022.675

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

Comment to: *Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni*

Rita Verzari*

I find Dr. Pontalti's starting point very interesting. He emphasises how, starting with Freud, psychoanalytic clinic practice can be read as the result of an age and therefore of a culture, a society and human groups existing with precise codes within a precise historical epoch.

In his work, Freud was dealing with the distress of young women outside their family context, a situation that would have been unthinkable in relation to the socio-anthropological constraints of the previous era.

In his dialogue with Fabio Vanni, Pontalti offers us a rich series of useful examples to highlight how socio-anthropological meanings change as historical vicissitudes proceed and how they modify the modalities of the clinical practice over time.

It therefore becomes clear that, in our clinical work, it is essential to keep in mind the socio-anthropological scenario in which both we and our patients are immersed.

As Kaes (2005) says, the metapsychic guarantors that act as a network between the subject and the social context in which he or she lives are necessary. "The transformations we are dealing with concern the major framing and regulating structures of social formations and process: myths and ideologies, beliefs and religion, authority and hierarchy. The cracks, disorganisations and recompositions of these meta-social guarantors of social life affect the metapsychic guarantors of psychic life, *i.e.* the formations and processes of the psychic environment on which the psyche of each subject is based and structured".

The dialogue between Vanni and Pontalti seems to me to be along these lines, in which the intention is not to oppose the social *versus* the psychic, nor to treat them separately, but to think about articulating them.

Pontalti focuses on the family in our Western culture and how it has

*Psychologist, Psychotherapist, Area G partner, Torino. E-mail: verzaririta@gmail.com

gradually emerged as a place of fragility in the collective imagination. This has certainly conditioned both our clinical work and the experience that this image reverberates on the parental couple.

One cannot but agree with Pontalti in arguing that the fragility of the family in our culture seems to be due both to the radical change in localisations (from small towns to large cities with the progressive loss of belonging to a local community) and to the subsequent nuclearization of the family community, which from a social community has become a relational community. In addition, the mobilisation that has taken place and continues to take place in almost all nations, has done away with the guarantee given by the community of reference and the rituals that handed down the internal rules of the family in which the codes were clear and strong. To quote Bauman (2002), the malaise in post-modernity, characterised by hedonism, narcissism and emptiness has led to a reduction in transgenerational transmission with a critical break in the continuity of established and shared values.

Psychoanalysis, in relation to all this, has found itself operating, not without difficulty and reluctance, a progressive modification of the setting in its work with children and adolescents. Indeed, today most psychoanalysts and psychotherapists working with children and adolescents no longer doubt the importance of working with parents and families.

In general, psychoanalysts and psychotherapists today are more aware of the need to use units of analysis other than those of the dyad in care settings and to look at the quality of the bonding and the quality of the affections between people.

Dr Pontalti's reflections illustrate very clearly what the risks are when this does not happen, especially in the area of the developmental age: an area in which the symptomatologic precursors are organised that risk paving the way for long years of psychiatry and chronicisation.

How to intervene? Pontalti suggests the importance of considering the profound changes that have taken place in the pact between family and society. As a function of these, family and social environment have lost attunement and unity. Against this backdrop, it is important to study this structural hiatus between forms of community in greater depth in order to foster a more fluid evolutionary development of the individual, family groups and society.

REFERENCES

- Bauman, Z. (2002). *Il disagio della post-modernità*, Mondadori, Milano.
- Kaes, R. (2005). in *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica*, vol. ii.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 28 June 2022.

Accepted for publication: 30 June 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:701
doi:10.4081/rp.2022.701

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

Commento a: *Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni*

*Rita Verzari**

Trovo molto interessante la riflessione di partenza del dottor Pontalti che sottolinea come, a partire da Freud, la clinica psicoanalitica possa essere letta come il portato di un'epoca e quindi di una cultura, di una società e di raggruppamenti umani esistenti con codici precisi dentro una precisa epoca storica.

Freud nel suo lavoro ha potuto occuparsi del disagio di giovani donne fuori - quindi - dal loro contesto familiare, situazione che sarebbe stata impensabile in relazione ai vincoli socio-antropologici dell'epoca precedente.

Nel dialogo con Fabio Vanni, Pontalti ci propone una ricca serie di esempi utili a evidenziare come cambino i significati socio-antropologici nel procedere delle vicissitudini storiche e di come questi modifichino nel tempo le modalità della clinica.

Si evidenzia quindi come, nel nostro lavoro clinico, sia fondamentale tenere presente lo scenario socio-antropologico nel quale sia noi che i nostri pazienti siamo immersi.

Come dice Kaes (2005) sono necessari *i garanti metapsichici* che fungono da trama tra il soggetto e il contesto sociale in cui esso vive. «Le trasformazioni con cui abbiamo a che fare riguardano le grandi strutture di inquadramento e di regolazione delle formazioni e del processo sociale: miti e ideologie, credenze e religione, autorità e gerarchia. Le incrinature, le disorganizzazioni e le ricomposizioni di questi garanti meta-sociali della vita sociale colpiscono i garanti metapsichici della vita psichica, ossia le formazioni e i processi dell'ambiente psichico su cui si basa e si struttura la psiche di ogni soggetto».

In questa linea mi pare si collochi il dialogo tra Vanni e Pontalti in cui l'intento non è di opporre il sociale allo psichico né di trattarli separatamente ma di pensare di articularli tra di loro.

*Psicologa, Psicoterapeuta, Partner Area G, Torino. E-mail: verzaririta@gmail.com

Pontalti focalizza lo sguardo sulla famiglia nella - nostra - cultura occidentale e di come nell'immaginario collettivo questa sia progressivamente emersa come luogo della fragilità. Ciò ha condizionato sicuramente sia il nostro lavoro clinico sia il vissuto che da questa immagine riverbera sulla coppia genitoriale.

Non si può non concordare con Pontalti nel sostenere che la fragilità della famiglia nella nostra cultura pare essere dovuta sia al radicale cambiamento delle localizzazioni (dai piccoli centri alle grandi città con la perdita progressiva dell'appartenenza a una comunità locale) che per la successiva nuclearizzazione della comunità famiglia che da comunità sociale è divenuta una comunità relazionale. Inoltre, la mobilitazione che è avvenuta e che continua ad aver luogo un po' in quasi tutte le nazioni, ha fatto venire meno la garanzia data dalla comunità di riferimento e dai riti che tramandavano le regole interne del familiare in cui i codici erano chiari e forti. Per citare Bauman (2002) il disagio nella post-modernità, caratterizzato da edonismo, da narcisismo e vuoto ha determinato una riduzione della trasmissione transgenerazionale con una critica rottura della continuità dei valori consolidati e condivisi.

La psicoanalisi, in relazione a tutto ciò, si è trovata a operare, non senza difficoltà e riluttanza, una progressiva modificazione del *setting* nel lavoro di cura con bambini e adolescenti. Oggi difatti la maggior parte degli psicoanalisti e psicoterapeuti che lavorano con bambini e adolescenti non dubitano più dell'importanza del lavoro con i genitori e con la famiglia.

In generale gli psicoanalisti e gli psicoterapeuti oggi sono più consapevoli della necessità di utilizzare nei *setting* di cura unità di analisi diverse da quelle della diade e guardare alla qualità dei legami e alla qualità degli affetti intercorrenti tra le persone.

Le riflessioni del dottor Pontalti ci illustrano con molta chiarezza quali siano i rischi quando tutto ciò non avviene, soprattutto nell'area dell'età evolutiva: area in cui si organizzano i precursori sintomatologici che rischiano di aprire la strada a lunghi anni di psichiatrizzazione e cronicizzazione.

Come intervenire? Pontalti suggerisce l'importanza di prendere in considerazione i profondi cambiamenti avvenuti nel patto tra famiglia e società. In funzione di questi, famiglia e ambiente sociale hanno perso sintonizzazione e unitarietà. A fronte di tutto ciò è importante studiare più approfonditamente detto iato strutturale tra le forme di comunità per favorire un più fluido sviluppo evolutivo del singolo, dei gruppi familiari e della società.

BIBLIOGRAFIA

- Bauman, Z. (2002). *Il disagio della post-modernità*, Mondadori, Milano.
 Kaes, R. (2005). in *Psiche. Rivista di cultura psicoanalitica*, vol. ii.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 28 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:701

doi:10.4081/rp.2022.701

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

Reply to: *Interview with Corrado Pontalti in conversation with Fabio Vanni*

Corrado Pontalti*

An unexpected fieldtrip

Fabio Vanni had a cheeky idea. He wanted to get four of our colleagues involved in our interview. The idea of an interview in the first place had stimulated me. Given my age (in two months' time I'll turn eighty), the idea of writing an article on <complexity and clinical work> seemed like a real drag. It's the being alone that exhausts me. I have already given all I can. The idea of an interview, with Fabio and also with my younger colleague Elisabetta, whom I would like to thank for her precious help with transcription and formatting, brought me to a community setting, a dialogue among friends, in free narration. It was as though I could say: "I have arrived up to this point, now others must go on." I initially thought, these "others" would have been the readers of the Journal, if they were interested in understanding the reasoning behind my research. Instead, these anonymous readers acquired a name, words, a presence, a conversation, Alessandro, Veronica and the two Rita. Would we ever meet on the same page? Who knows? We had actually already met. It was not something I was expecting, it was not foreseeable. But slowly, as their texts filtered in, I realised that they were not in opposition to Fabio and I, but rather positioned alongside us. I am used to the fact that often my way of thinking generates discomfort and a vague sense of danger, as though intangible principles are being challenged, so ontologized that they touch sacred codes. The kindest objection is that by thinking in this manner, I chiselled away at the confidence of young people in training. But this is a whole other discussion for another time. So, in reading my colleagues' texts I was placed in an unexpected

*Psychiatrist and group analyst. Retired Professor of Psychotherapy at the Policlinico Gemelli of the Catholic University of Rome. He was head of the Family Psychotherapy Service of the same Institute. Past President of C.O.I.R.A.G. and the Gruppoanalisi Laboratory. E-mail: corradopontalti@gmail.com

setting. It was as though we had known each other for a long time, and as though every one of us was carrying a long, honest, and ethical journey, so finding ourselves in harmony was a significant discovery. Each colleague took on mine and Fabio's reflections underlining them and relaunching them, opening up contents that I had not touched upon but that are familiar to me and my theorizations. Many years ago, I had written an article in which I stated that society had identified us as adequate shamans of historical culture. The Director at the time had gotten angry, because by stating this I was debasing the <scientificity> of our work. I refused to modify it and the article migrated elsewhere. Today, in Alessandro Ciardi's text I read: "In this sense the image of clinical work as a place-threshold is very beautiful... as a sacred threshold between what is visible and invisible, and as it is a threshold, it is a place of opening and a place of meeting between two spaces. The idea of the psychotherapist as a custodian of the sacred space arises on its own. The one who knows how to stay on the threshold...". Rita Cavalieri responds: "From an etymological point of view, the word <case> comes from the Latin *casus* and from the verb *cadere* (to fall) and there are various definitions... a mysterious and remote cause of human events...". This is how the sacred space is declared with force, as the threshold between the known and unknown world, it opens up to mystery, to the etiological impredicability, to linear sequences, to the search for culprits. Thus, my colleagues had clearly spelled out what I had left as something very blurry. In these sequences the basic significant, the zero significant is manifested in our task in current society. It is like this, or it is not. It is like this, or we do not have legitimacy. And in going on this fieldtrip the dialogue makes other coherent and consequential dimensions emerge. It is not possible to reason on the meeting between historically emerging humanities (our humanity and that of our interlocutors) without anchoring ourselves to philosophy and first of all to phenomenological philosophy. Veronica Pasetti writes: "The symptom is the peculiar solution that the subject puts into play to try to stay balanced in the world, in a social world and not just a proximal one." In these words, we can perceive a reference to Biswanger and his geometric and spatial balance between position and equilibrium, or disequilibrium, between the size of the support base and the height of the tasks and the experiences in the presence of the world. Hypothesizing the crisis of presence (de Martino) and conceptualizing it not only for the patient but as an institutional crisis in our historical era, allows us to understand my second surprising finding in listening to my colleagues. They brought me to some precious moorings, the philosopher Byung-Chul Han (who I highly recommend), and the French psychoanalyst and group analyst René Kaës. Rita Verzari writes: "As Kaës states, metaphysical guarantors are necessary as they act as the plot between the subject and the social context in which he/she lives... the rifts, the disorganizations and the recompositions of these meta-social guarantors of

social life encounter the meta-physical guarantors of psychic life...” Even Alessandro Ciardi cites Kaës, as proof of the harmony not only within our interview, but also with other colleagues, autonomously.

This is the experience that my colleagues gifted me with, together with the twists of an unexpected but real dialogue. I would like to share with the reader that every dialogue, to be generative, must also have atmosphere and landscapes. My atmospheres, my landscapes were those of an oxygenating fieldtrip, where the gaze can look freely and openly on every surprise. And a small group in harmony is part of it all and makes everything exist. Our profession is in need of this, and we have a human need to not become fossilised in solitudes and self-referential paranoias. Thus, it is apt to conclude with Rita Cavalieri’s plea: “In reading the encounter I felt myself emerged in a stifling cloud of solitude. Parents are alone, children are alone. And grandparents have been left alone” but, a few paragraphs before she reminded us of the etymology of the word <complex>. “It derives from Latin, from the participle of *complecti*, <embracing>. I conclude “embrace the sacred mystery of human existence”.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 5 July 2022.

Accepted for publication: 5 July 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:707

doi:10.4081/rp.2022.707

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

Replica a: *Intervista a Corrado Pontalti in dialogo con Fabio Vanni*

Corrado Pontalti*

Una scampagnata non prevista

Fabio Vanni ha un'idea birichina. Coinvolgere quattro colleghi nella nostra avventura dell'intervista. Già l'idea dell'intervista mi aveva stimolato. Data la mia età (fra due mesi ottant'anni) provavo una vera noia nel pensare di scrivere un articolo su <complessità e clinica>. È lo stare da solo che ormai mi affatica. Avevo già dato. L'idea dell'intervista, con Fabio e anche la giovane collega Elisabetta, che ringrazio per il grande lavoro di sbobinatura e messa in forma, mi portava in un campo comunitario, in un dialogo tra amici, in un narrare libero. Era come se potessi dire. "io sono arrivato fino qui, altri devono andare avanti". Nel mio pensiero questi altri sarebbero stati i lettori della Rivista, nel caso fossero stati interessati a questionare l'umano del mio procedere. Invece questi anonimi lettori hanno acquistato un nome, una parola, una presenza, una interlocuzione. Alessandro, Rita, Veronica, e ancora Rita. Ci incontreremo mai? Chissà. Ci siamo già incontrati. Non era scontato, non era prevedibile. A mano a mano che arrivavano i loro testi mi rendevo conto che non si posizionavano di fronte a me, ma accanto a me e a Fabio. Sono abituato che, frequentemente, il mio modo di ragionare genera sconcerto e un vago senso di pericolo, come se si mettessero in discussione principi intangibili, così ontologizzati da sfiorare codici sacri. L'obiezione più gentile è che, ragionando così, toglievo sicurezza ai giovani in formazione. Ma questo sarebbe un altro discorso. Quindi, la lettura dei testi dei colleghi mi ha posizionato in una ambientazione non prevista. Mi sembrava che ci conoscessimo da molto tempo e che, ognuno per sé, fosse portatore di un lungo cammino onesto ed etico, per cui ritrovarsi sintonici fosse quasi un dato emergente. Ognuno di loro ha assunto le riflessioni mie e di Fabio rimarcandole e rilanciandole, aprendo anche contenuti che non

*Psichiatra e gruppoanalista. Professore a riposo di Psicoterapia nell'istituto di Psichiatria del Policlinico Gemelli, Università Cattolica, Roma. È stato primario del Servizio di Psicoterapia Familiare dello stesso Istituto. Past President della C.O.I.R.A.G. e del Laboratorio di Gruppoanalisi. E-mail: corradopontalti@gmail.com

avevo toccato ma che sono nelle mie corde e teorizzazioni. Tanti anni fa avevo scritto un articolo in cui affermavo che la società aveva identificato in noi gli sciamani adeguati alla cultura storica. Il direttore si arrabbiò, perché così sviliva la <scientificità>. Mi rifiutai di modificare e l'articolo migrò altrove. Oggi leggo nel testo di Alessandro Ciardi "In questo senso mi pare molto bella l'immagine della clinica come luogo-soglia, come soglia sacra tra visibile e invisibile - e, forse, conseguentemente, l'idea dello psicoterapeuta come custode dello spazio sacro, come colui che sa stare sulla soglia..." Rilancia Rita Cavaliere "Dal punto di vista etimologico la parola <caso> deriva dal latino *casus* e dal verbo cadere e varie sono le definizioni... causa misteriosa e remota degli avvenimenti umani..." Viene così dichiarato con forza che spazio sacro, soglia tra il mondo noto e l'ignoto, aprono al mistero, cioè all'impredicabilità etiologica, alle sequenze lineari, alla ricerca di colpevoli. Ecco, i colleghi hanno scritto in chiaro ciò che avevo lasciato molto sfumato. In queste sequenze si manifesta il significante basico, il significante zero, del nostro compito nella società attuale. O è così, o non è. O è così o non abbiamo legittimità. E in questo andare nella nostra scampagnata il dialogo fa emergere altre dimensioni coerenti e consequenziali. Non è possibile ragionare sull'incontro tra umanità storicamente emergenti (l'umanità nostra e dei nostri interlocutori) senza ancorarci alla filosofia e in primis alla filosofia fenomenologica. Scrive Veronica Pasetti "Il sintomo è la soluzione peculiare che il soggetto mette in campo per cercare di stare in equilibrio nel mondo, un mondo sociale e non solo prossimale". Si avverte, in queste parole, il rimando a Binswanger e al suo equilibrio geometrico e spaziale tra la posizione di equilibrio, o disequilibrio, tra ampiezza della base di appoggio e altezza dei compiti e dei vissuti nella presenza al mondo. Assumere la crisi della presenza (De Martino) e concettualizzarla non solo per il paziente ma come crisi delle istituzioni nella nostra epoca storica, ci permette di comprendere l'altra sorpresa, per me, ascoltando i colleghi. Mi hanno riportato a degli ancoraggi per me preziosi, il filosofo Byung-Chul Han (che consiglio caldamente), e lo psicoanalista, gruppoanalista francese René Kaës. Scrive Rita Verzari "Come dice Kaës, sono necessari i garanti metapsichici che fungono da trama tra il soggetto e il contesto sociale in cui esso vive... le incrinature, le disorganizzazioni e le ricomposizioni di questi garanti meta-sociali della vita sociale colpiscono i garanti meta-psichici della vita psichica..." Anche Alessandro Ciardi cita Kaës, a riprova della consonanza non solo con la nostra intervista ma anche tra colleghi, autonomamente.

Questa è l'esperienza che i colleghi mi hanno regalato, con gli intrecci di un dialogo non previsto ma accaduto. Vorrei condividere con il lettore che ogni dialogo, per essere generativo, ha bisogno di atmosfera e paesaggio. La mia atmosfera, il mio paesaggio sono quelli di una ossigenante scampagnata, dove lo sguardo può spaziare libero e aperto ad ogni sorpresa. E una piccola comitiva in sintonia è pure parte del tutto e fa esistere il tutto. La nostra professione ha bisogno di ciò e noi ne abbiamo umanamente bisogno per non sclerotizzarci in solitudini e autoreferenzialità paranoiche. Ed è bello concludere con l'appello di Rita Cavaliere "leggendo il colloquio mi sono

sentita immersa in una nuvola greve di solitudine. Soli i genitori, soli i figli. E rimasti soli anche i nonni” ma, pochi paragrafi prima ci aveva ricordato l’etimologia della parola <complesso>. “Deriva dal latino, dal participio di *complecti*, <abbracciare>” Concludo io “abbracciare il mistero sacro dell’essere umano”.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 5 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 5 luglio 2022.

Nota dell’editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:707

doi:10.4081/rp.2022.707

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

COVID-19: role of resilience on the psychological impact of lockdown in liver transplant transitional candidates and recipients

Alessandra Merisio,¹ Daniela Ravasio,¹ Luisa Pasulo,² Filippo Leonardi,² Arianna Ghirardi,³ Paola Stroppa,⁴ Michela Guizzetti,⁵ Maria Grazia Lucà,² Maria Simonetta Spada,¹ Emi Bondi,⁶ Michele Colledan,⁵ Lorenzo D'Antiga,⁴ Stefano Fagioli²

ABSTRACT. – The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and the necessary spreading control measures implemented by the governments have induced drastic changes in daily life. The reduction in mobility and strict social contact limitations are posing a great challenge, particularly for the adolescents. The purpose of this study is to investigate the psychological and emotional impact of lockdown and their relationship with resilience, on adolescents and young adults listed for liver transplant or liver trans-plant recipient. Social and demographic variables of subjects (n=66) were collected and the analyses were based on the Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21), and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 25), exploring the following areas: emotional states of depression, anxiety and stress; and resilience factors. A correlation between the measured degrees of depression/anxiety and resilience was evaluated by Pearson's correlation coefficient and linear regression models. The results showed a significant correlation between subscales: DASS depression/anxiety ($r^2=0.62$) depression/stress ($r^2=0.65$) CD-RISC commitment/optimism ($r^2=0.71$). The total score of DAAS depression/anxiety/stress scales significantly diminished at the increasing of CD-RISC total score. The inverse correlation between CD-RISC and DAAS seems to refer to the subscale of the relationship between DAAS depression and CD-RISC ($\beta=-0.33$, $P=0.006$). Our findings suggest that resilience can be a protective factor for adolescent liver transplant recipients and liver transplant candidates in mitigating the onset of negative psychological symptoms correlated with the pandemic.

Key words: Transplant liver; transitional; COVID-19; psychological impact of home confinement.

¹UOC Clinical Psychology; ²UOC Gastroenterology Hepatology and Transplantation; ³FROM Research Foundation; ⁴Paediatric Hepatology Gastroenterology and Transplantation; ⁵Department of Organ Failure and Transplantation; ⁶UOC Psychiatry, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italy. E-mail: alessandrmerisio@yahoo.it

Introduction

On February 11th, 2020, the World Health Organization has named coronavirus disease 2019 (COVID-19) the novel infectious disease that had been identified in China and that rapidly spread worldwide leading to a pandemic. Since February 20th, Lombardy, a North Italian region, has been the epicentre of the first wave of the Italian outbreak of COVID-19, especially in the Province of Bergamo. Bergamo has been the town at the centre of the storm during the epidemic, with 14,865 reported cases by 21 July 2020 and 2300 deaths (N. Perico *et al.*, 2020; Senni, 2020). Starting from the end of February 2020, the rates of infected patients have dramatically and steeply increased, forcing an unexpected over boarding the Hospitals in the Bergamo area (Buoro *et al.*, 2020; Fagioli *et al.*, 2020; L. Perico *et al.*, 2020). By May 5th 2020, thanks to the urgent containment measures adopted by the Italian government, the curve of daily infections has sharply fallen (Buoro *et al.*, 2020; Fagioli *et al.*, 2020; L. Perico *et al.*, 2020).

However, the fear for the pandemic and the tight containment measures adopted by the Italian government such as lockdown and social distancing, have led to drastic changes of adolescents and young adults daily life. Adolescence is a period of self-centeredness, a change from realistic to more abstract thoughts and a time for risk experiments, which is equal among all teenagers, including those with a chronic disease (Kelly & Wray, 2014). In reaching the developmental goals typical of adolescence, teenagers with chronic disease are at an additional disadvantage, since they must concurrently control symptoms and undergo limitations on social interactions. Lockdown and social distancing, although well recognized necessary safety measure for the pandemic, may result in negative psychological effects in adolescents: depression, anxiety, stress, post-traumatic stress disorder may arise or even worsen in healthy adolescents and adolescents with chronic illness (Silva *et al.*, 2020). Adolescents liver transplant recipient or listed for transplantation are in a critical period of the development and at the same time they are dealing with chronic illness. Many studies demonstrate an association between mental health disorders and organ transplantation, with adolescent organ transplant recipients being five more times likely to experience anxiety and depression than the general population (Bush *et al.*, 2021). It has been shown that young patients with chronic liver disease and liver transplantation have a high level of anxiety and depression, both strongly associated to patient's belief regarding their illness and treatment (Hames *et al.*, 2016). Moreover 74.0% of adolescent transplant recipients in a suburban transplant clinic have been screened and it has been found mild to moderate anxiety in 46.4% and depression in 35.7% of the patients (Bush *et al.*, 2021). Psychological reactions such as anxiety and depression may be exacerbated from COVID-19 pandemic: a special

care and a particular attention in order to preserve their mental health seem to be mostly needed. Stressful events, such as an epidemic outbreak, create an adverse environment that can predispose individuals to negative emotional response such as depression, anxiety and stress symptoms (Zhou *et al.*, 2020). Emotional resilience lies in the same adverse environment and it is defined as “*the personal ability that enable one to constructively adapt to difficult circumstances and to generate positive emotions when facing negative events*” (Q. Zhang *et al.*, 2020). Indeed, resilience can be seen as a measure of stress coping ability and it could represent a major factor in managing depression, anxiety and stress reactions (Connor & Davidson, 2003). A psychological research regarding adolescents in the context of adverse events has shown that resilience mediated the relationship between negative life events and depressive symptoms, hypothesizing that it can act as a protective factor for adolescents in mitigating the negative effects of adverse events (Ran *et al.*, 2020; Q. Zhang *et al.*, 2020).

At the Papa Giovanni XXIII Hospital in Bergamo, the consequence of COVID-19 had been dramatic and induced structural and logistical reorganizations in all clinical activities (Buoro *et al.*, 2020). Among them, the transitional care unit for liver transplanted patients had been operating online, administering online questionnaires to evaluate the presence of depressive, anxiety and stress symptoms together with a resilience scale. In the context of the transitional care unit, monitoring the mental health of young patients with chronic illness is paramount, as several adverse psychological symptoms are related with non-adherence and poorer health outcome (Hames *et al.*, 2016; Watson, 2000). The purpose of this study is to investigate the psychological and emotional impact of lockdown on adolescents and young adults listed for liver transplant of liver transplant recipient and to analyse the possible correlation of negative psychological symptoms such as depression, anxiety, stress and the level of resilience. Our working hypothesis is that high levels of resilience can act as protective factors for the onset of COVID-19 related depressive, anxiety and stress symptoms in adolescent liver transplant recipient or listed for transplant.

Materials and methods

Participants

A cross-sectional study has been carried out by means of an online survey and structural questionnaire starting on March 10th 2020. All patients included in the database of the ASST-PG23 Transplant Centre, with the criteria of being born between 1999 and 2003 were contacted by telephone. The total sample resulted in 172 patients, of whom 23 resulted deceased.

Informed consent of patients was collected verbally. The institutional Review Board provided approval for the study (257/2020, 13/02/2020).

The initial telephone contact allowed us to reach 99 patients which answered and gave their consent to participate at the study: amongst the 50 patients who did not participate, 8 refused, 15 telephone contacts were not reachable, 27 resulted lost to follow-up. Patients who approved to participate at the study received the link via email to fill the online questionnaires, and 66 questionnaires were properly completed. Thus, a total of sixty-six patients were involved in the study (34 females and 32 males; mean age 18.5 years).

Materials

A 5-Point Likert scale was developed aimed at investigating the concerns of the participants and their perception on how the pandemic could jeopardize their life project and consequently impact their psychological condition. Participants were asked to rate the statements, ranging from 0 (never) to 5 (always).

Depression and anxiety were assessed by the Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items (DASS-21). The DASS-21 is a simple and well-developed tool for measuring the emotional states of depression, anxiety and stress; It has three self-report scales, each of the theme contains 7 items, divided into subscales. Participants had to rate on a 4-point scale whether the reported situation was reflecting their previous week. The 7 items of Depression DASS-21 assess dysphoria, hopelessness, devaluation of life, self-deprecation, lack of interest/involvement, anhedonia, and inertia. The Anxiety scale assesses autonomic arousal, skeletal muscle effects, situational anxiety, and subjective experience of anxious affect. The Stress scale is sensitive to levels of chronic non-specific arousal. It assesses difficulty relaxing, nervous arousal, and being easily upset/agitated, irritable/over-reactive and impatient. Scores for Depression, Anxiety and Stress are calculated by adding the scores for the relevant items. The DASS-21 is based on a dimensional rather than a categorical conception of psychological disorder. The assumption on which the DASS-21 development was based (and which was confirmed by the research data) is that the differences between the depression, the anxiety, and the stress experienced by normal subjects and the clinically disturbed, are essentially differences of degree. The DASS-21 therefore has no direct implications for the allocation of patients to discrete diagnostic categories postulated in classificatory systems such as the DSM and ICD. A study on the psychometric properties of the Italian version of the DASS-21 showed good internal consistency and good temporal stability of the measure (Bottesi *et al.*, 2015). The total score of the scales and subscale were

obtained and higher score is related to high level of depression, anxiety and stress. It has been used the DASS-21 for its specificity to investigate anxiety, depression and stress and because its rapid administration, moreover the DASS-21 has been frequently used in research studies with children and adolescents (C. Zhang *et al.*, 2020).

The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) is a reliable and self-rated instrument aimed to evaluate one's ability to manage stress, to cope with adverse experiences, and to assess treatment response. Since CD-RISC has good psychometric properties (Connor & Davidson, 2003), it has been used for the assessment of resilience and is ranked in the top three among fifteen measures proposed to assess resilience (Windle *et al.*, 2011). It has 25 items and each item has a 5-points range of responses, with a minimum score of 0 and a maximum score of 4. This scale was built (by psychiatrists Kathryn M. Connor and Jonathan R.T. Davidson) with the intention of produce a reliable and validated tool for investigating the level of resilience of people with post-traumatic stress disorder; subsequently it has decided to expand the use of this scale to the general population; it can also be utilized to detect changes in resilience levels following specific pharmacological or non-pharmacological treatments.

The scale consists of 25 items, which investigate the following five factors: i) personal competence and tenacity (items 4-5-6-7-8-10-11-17); ii) self-confidence and management of negative emotions (items 12-15-16-21-23-24); iii) positive acceptance of change and safe relationships (items 1-2-13-18-22-25); iv) self-control skills (items 14-19-20); v) spiritual influences (items 3-9).

The total score on the scale ranges from 0 to 100, the higher the score, the greater the person's degree of resilience. The CD-RISC total score ranges from 0-100, indicating lowest resilience (0-73), poor resilience (74-82), moderate resilience (83-90) and greater resilience (91-100). The CD-RISC has been showing a good internal consistency (Cronbach's $\alpha=0.89$), and a high level of agreement ($r=0.87$). The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC 25) with 25 items has been translated and validated in Italian by Comoretto (2006).

Statistical analysis

A descriptive analysis for social and demographic variables of participants was performed: continuous variables (scores from 5-points Likert scale, DASS-21 and CD-RISC) were expressed as mean and standard deviation (SD) and median and interquartile range (IQR), categorical variables (gender, clinical status, education, profession and positive case in family) were expressed as absolute counts and percentages.

Pearson's correlation coefficient was adopted for measuring the

statistical relationship between the CD-RISC subscales scores and DASS-21 subscales scores. Linear regression models were fitted to describe the relationship between CD-RISC score and DASS-21 subscales scores, overall and stratifying by gender. The regression lines (and the corresponding β coefficients) were reported. All statistical analyses were performed using Stata Software, release 16 (StataCorp LP, College Station TX, USA). All tests were two-sided and a P-value <0.05 was considered significant.

Demographic and general information

Social and demographic variables of subjects were collected, including age, gender, clinical status, degree level, activities and whether they had confirmed cases in their family of COVID-19. Among the 66 participants, 64 (97%) were liver transplant recipient whilst 2 were listed for liver transplant, 84.8% were students (33 with a secondary school diploma, 32 with high school diploma and one graduated) and 15% were actively working. Fifty-nine (89.4%) reported no SARS-CoV-2 infections among their relatives during the pandemic, 5 reported COVID-19 cases in their families, and 2 were not aware of it (Table 1).

5-points Likert scale reported previous mild worrying to be infected (M=2.7, SD=1.2), currently very mild worrying to be infected (M=2.4, SD=1.1), currently worrying for the future (M=2.7, SD=1.4), thinking's that

Table 1. Social and demographic characteristics of the study group.

	Total N=66 n (%)
Age, mean (SD)	18.5 (1.2)
Gender	
Male	32 (48.5%)
Female	34 (51.5%)
Clinical status	
Liver transplant recipient	64 (97.0%)
Listed for liver transplant	2 (3.0%)
Education	
Degree	1 (1.5%)
High School	32 (48.5%)
Secondary	33 (50.0%)
Profession	
Student	56 (84.8%)
Worker	10 (15%)
Positive case in family	
Yes	5 (7.6%)
No	59 (89.4%)
Don't know	2 (3.0%)

pandemic is going to negative affect future projects (M=2.9, SD=1.3), how much pandemic had impacted the sensitivity (M=2.8, SD=1.5) and how proudly patients felt about themselves (M=2.6, SD=1.2). Overall results from 5-points Likert scale showed a mild worrying on the negative effects of pandemic on their sensitivity and their projects (Table 2).

Mean scores from DASS-21 reported an average normal score of DASS-21 depression (M=7.7; SD=8.6), mild and moderate depression symptoms were 9.1% and 9.1% respectively. Severe and extremely severe symptoms of depression are reported in 7.6% and in 3.0% respectively. Anxiety DASS-21 mean scores showed normal level of anxiety symptoms (M=3.5; SD=4.6). Normal and mild anxiety symptoms were found in 80.3% and 7.6% patients, respectively. Moderate and severe anxiety symptoms were reported in 7.6% and 4.5% respectively. Extremely severe anxiety symptoms were not reported. DASS-21 Stress scores reported an average of normal stress symptoms (M=11.8; SD=8.7); of participants reported normal and mild stress symptoms in 67.7% and 13.8% respectively; moderate and severe stress symptoms were reported by 7.7% and 10.8% respectively. Extremely severe stress symptoms were not reported (Table 3).

CD-RISC total mean scores showed low resilience (M=55.8; SD=13.8). The sub-scales presented the following scores (Table 4): i) CD-RISC: Commitment/challenge/control showed low resilience (M=16.3; SD=5.4); ii) CD-RISC: Ability to adapt to change (M=12.6; SD=3.0); iii) CD-RISC: Adaptability/flexibility (M=6.9; SD=2.2); iv) CD-RISC: Significant/purpose (M=6.5; SD=2.9); v) CD-RISC: Optimism (M=3.9; SD=1.9); vi) CD-RISC: Cognition and emotion regulation (M=3.8; SD=2.0); vii) CD-RISC: Self efficacy (M=5.2; SD=1.7).

Pearson’s correlation coefficient showed a moderate correlation between each of the DASS-21 sub-scales (Table 5). Moderate correlations were also

Table 2. 5-points Likert scale: investigation of attitude and concerns about SARS-CoV-2.

On a scale of 0 (never) to 5 (always)...		
How worried were you to get infected by SARS-CoV-2?	Mean±SD	2.7 (1.2)
	Median (IQR)	3.0 (2.0-4.0)
How worried are you now to get infected by SARS-CoV-2?	Mean±SD	2.4 (1.1)
	Median (IQR)	2.0 (1.0-3.0)
How worried are you now for your future?	Mean±SD	2.7 (1.4)
	Median (IQR)	3.0 (2.0-4.0)
Do you think SARS-CoV-2 pandemic is going to affect your future projects?	Mean±SD	2.9 (1.3)
	Median (IQR)	3.0 (2.0-4.0)
How have SARS-CoV-2 impacted on your sensitivity?	Mean±SD	2.8 (1.5)
	Median (IQR)	3.0 (1.0-4.0)
How much proud were you about your role?	Mean±SD	2.6 (1.2)
	Median (IQR)	3.0 (2.0-3.0)

found between CD-RISC Commitment and all of sub-scales; a statistically significant strong correlation was found between CR-RISC Optimism and CD-RISC Commitment. Pearson's correlation coefficient between CD-RISC total score and DAAS-21 depression, anxiety stress subscales scores, reported a linear relationship (Figure 1).

When CD-RISC total score increased the DAAS-21 depression, anxiety and stress score decreased significantly ($P < 0.05$). Specifically, an increase of CD-RISC total score corresponded to an average decrease of DAAS-21 depression score of 0.30 point, an average decrease of DAAS-21 anxiety score of 0.11 points and an average decrease of DAAS-21 stress of 0.16 points. As far as gender impact, our results showed that an inverse correlation is evident for females, namely in the relationship between DAAS-21 depression and CD-RISC ($\beta = -0.33$, $P = 0.006$). DAAS-21 anxiety score and DAAS-21 stress score in males showed a poor correlation with CD-RISC whereas in female a decrease of score of DAAS-21 was related to a trend in increase of CD-RISC total scores although it resulted no statistically significant (Figure 2).

Table 3. DASS-2: investigation of depression, anxiety and stress symptoms.

AAS-21 score		
DAAS-21 score: depression	Mean±SD	7.7 (8.6)
	Median (IQR)	4.0 (2.0-10.0)
Normal (0-9)	n (%)	47 (71.2%)
Mild (10-13)		6 (9.1%)
Moderate (14-20)		6 (9.1%)
Severe (21-27)		5 (7.6%)
Extremely severe (28+)		2 (3.0%)
DAAS-21 score: anxiety	Mean±SD	3.5 (4.6)
	Median (IQR)	2.0 (0.0-6.0)
Normal (0-7)	n (%)	53 (80.3%)
Mild (8-9)		5 (7.6%)
Moderate (10-14)		5 (7.6%)
Severe (15-19)		3 (4.5%)
Extremely severe (20+)		0 (0.0%)
DAAS-21 score: stress	Mean±SD	11.8 (8.7)
	Median (IQR)	10.0 (6.0-18.0)
Normal (0-14)	n (%)	44 (67.7%)
Mild (15-18)		9 (13.8%)
Moderate (19-25)		5 (7.7%)
Severe (26-33)		7 (10.8%)
Extremely severe (34+)		0 (0.0%)
NA		1

Discussion and conclusions

Although the correlation between adolescence, resilience and COVID-19 related psychological distress is well known (Barzilay *et al.*, 2020a; Connor & Davidson, 2003; Ran *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2020), to the best of our knowledge, this study is the first to examine the psychological impact of lockdown due to COVID-19 pandemic in adolescents listed for liver transplant or liver transplant recipient and the possible role of resilience as a protective factor in mitigating the onset of depression, anxiety and stress. Starting from the end of February 2020, the consequences of COVID-19 first wave have been dramatic (Senni, 2020). The rates of infected patients have dramatically and steeply increased, forcing an unexpected over boarding of hospitals in the Bergamo area (Buoro *et al.*, 2020; Fagioli *et al.*, 2020; L. Perico *et al.*, 2020) and particularly for the ‘Papa Giovanni XXIII’ Hospital of Bergamo.

In order to face the COVID-19 pandemic and to reduce the spreading of the infectious disease, the Italian government implemented tight safe measures such as lockdown and social distancing. The reduction of mobility and limitation of the social contacts, the closure of school activities and switching to online classes has represented a major challenge for both adolescents and young adults (C. Zhang *et al.*, 2020). Recent studies (Brooks *et al.*, 2020; C.

Table 4. CD-RISK: level of resilience.

Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC)		
CD-RISC total	Mean±SD	55.8 (13.8)
	Median (IQR)	54.0 (45.0-65.0)
Low resilience (0-73)	n (%)	56 (88.9%)
Poor resilience (74-82)		5 (7.9%)
Moderate resilience (83-90)		2 (3.2%)
Strong resilience (91-100)		0 (0.0%)
NA		3
CD-RISC: commitment/challenge/control	Mean±SD	16.3 (5.4)
	Median (IQR)	16.5 (12.0-20.0)
CD-RISC: ability to adapt to change	Mean±SD	12.6 (3.0)
	Median (IQR)	13.0 (10.5-15.0)
CD-RISC: adaptability/flexibility	Mean±SD	6.9 (2.2)
	Median (IQR)	7.0 (5.0-8.0)
CD-RISC: significant/purpose	Mean±SD	6.5 (2.9)
	Median (IQR)	6.0 (4.0-9.0)
CD-RISC: optimism	Mean±SD	3.9 (1.9)
	Median (IQR)	4.0 (3.0-5.0)
CD-RISC: cognition and emotion regulation	Mean±SD	3.8 (2.0)
	Median (IQR)	4.0 (2.0-5.0)
CD-RISC: self-efficacy	Mean±SD	5.2 (1.7)
	Median (IQR)	5.0 (4.0-6.0)

Table 5. Pearson's (ρ) linear correlation coefficients between *DASS-21* and *CD-RISC subscales*.

	DAAS- depression	DAAS- anxiety	DAAS- stress	CD-RISC- commitment	CD-RISC- adaptation	CD-RISC- adaptability	CD-RISC- significant	CD-RISC- optimism	CD-RISC- emotions	CD-RISC- self-efficacy
DAAS-depression	1									
DAAS-anxiety	0.6247*	1								
DAAS-stress	0.6536*	0.6320*	1							
CD-RISC-commitment	-0.4990*	-0.2885*	-0.2377	1						
CD-RISC-adaptation	-0.2475*	-0.2101	-0.0785	0.5795*	1					
CD-RISC-adaptability	-0.3013*	-0.2760*	-0.1726	0.4210*	0.2869*	1				
CD-RISC-significant	-0.2106	-0.0951	-0.1394	0.4448*	0.3387*	0.2171	1			
CD-RISC-optimism	-0.4594*	-0.2714*	-0.3824*	0.7113*	0.5050*	0.5468*	0.3345*	1		
CD-RISC-emotions	-0.0975	-0.3618*	-0.1694	0.3035*	0.2982*	0.5064*	0.1198	0.3545*	1	
CD-RISC-self efficacy	-0.3374*	-0.2480*	-0.147	0.6395*	0.5733*	0.2396	0.4493*	0.4582*	0.1959	1

Zhang *et al.*, 2020) have shown that the reduction of social interaction, lockdown restriction, difficulties to manage the lessons and home studying, substantial changes on daily life, living in *continuous* close contact with family members, with sport and leisure activities suspended, fear to be infected or to worsen the chronic medical condition, associated with boredom can undoubtedly create a dramatic psychological effects on adolescent and young adults. Although the rates of the contagions have diminished, somewhat reducing the health-related impact of the pandemic, our hypothesis is that the social restriction might led to the onset of depression, anxiety and stress, particularly in adolescence and young adults listed for liver transplant or live transplant recipient in as much they are already dealing with a chronic condition.

Adolescence is a challenging moment in life and a transitional time in which self-independence and autonomy are still developing, physical changes occur and the context of peer is paramount to allow the development a finite sense of identity (Ahola Kohut *et al.*, 2017; Kelly & Wray, 2014). Nevertheless, chronic illness and transplantation during this critical time overcame the challenge presented by adolescence and can place the young person at risk of isolation from peers, making their path to independency from family members even more complicated (Kelly & Wray, 2014). An important qualitative study

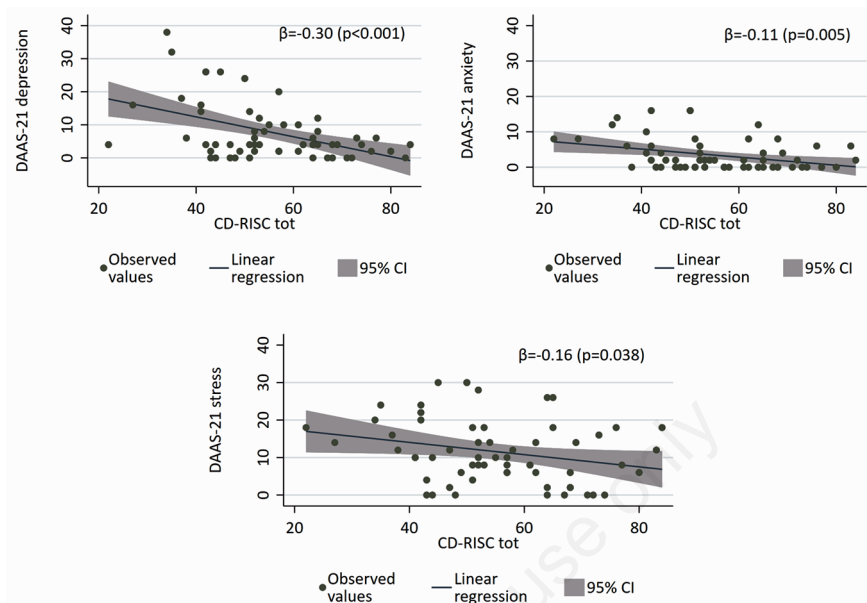


Figure 1. Linear relationship between Connor-Davidson (CD-RISC) scale total and DAAS-21 subscales score for depression, anxiety and stress.

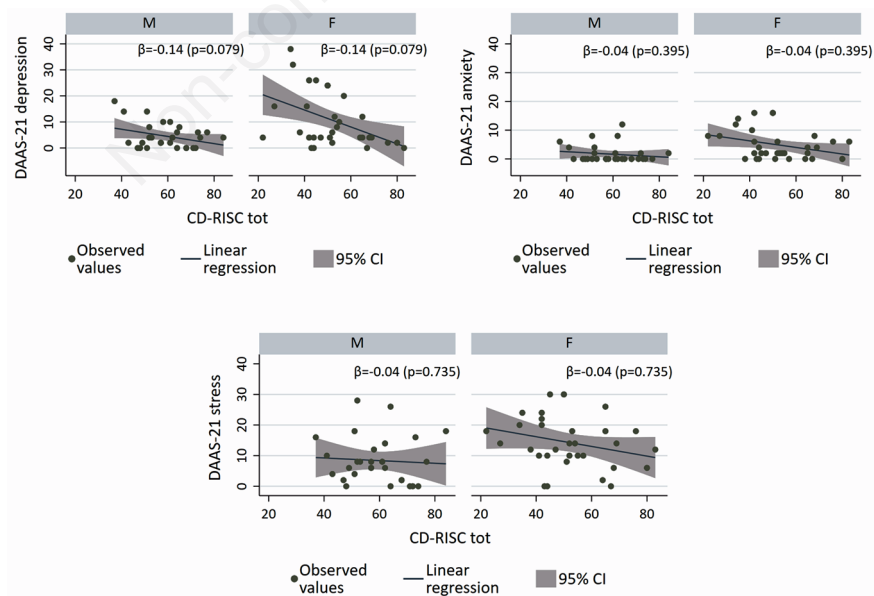


Figure 2. Linear relationship between Connor-Davidson (CD-RISC) scale total and DAAS-21 subscales score for depression, anxiety and stress stratified for gender.

conducted by Taylor *et al.* (2010) investigating the experience of adolescents living with a liver transplant, reports difficulties in relationship building, impacts on school studying, on management of medications and fatigue, on projects for the future in the context of a sense of tiredness (Fujita, 2016). Adolescents with chronic illness may suffer more as a consequence of the social distancing from their friends, as peers are particularly important in buffering the daily impact of the disease, making them feel more integrated and approved (Taylor *et al.*, 2010): they feel disadvantaged in achieving their developmental goals, when coping with the management of the chronic disease (Ahola Kohut *et al.*, 2017). Additionally, it has been investigated the level of resilience on participants: since resilience is considered the ability to cope with adverse and negative events of life in a constructive way (Connor & Davidson, 2003), it can act as a protective factor for adolescents liver transplant recipient and liver transplant candidates in mitigating the onset of depression, anxiety and stress symptoms.

Resilience is multidimensional (Q. Zhang *et al.*, 2020) determined by different factors, such as individual, psychological and biological traits, relationships with peers and family and it is influenced by the sociocultural context (Norris *et al.*, 2002). Individuals with high resilience tend to have an optimistic view of events and to see negative experiences as a chance to grow and learn, focus on personal resources, develop and maintain significant relationship with other and are more conscious of their internal emotional processes (Babić *et al.*, 2020). From a neurobiological point of view, resilience is connected to the reactions to acute or chronic stress, thus is implicated in the stress response system (Casale *et al.*, 2019).

In our study, the theory of reference is based on *the Resiliency model* developed by Richardson *et al.* (1990). The premise of this model is that every individual seeks adaptation to a state of biopsychospiritual balance (*homeostasis*) (Cynthia Carbo & Nancy Goldstein, 2018; Q. Zhang *et al.*, 2020). This homeostasis is often exposed to the risk of alteration by stressful events and adversity. New life events or adverse circumstances disrupt homeostasis that require energy for reintegration and growth. In order to restore the balance and become more resilient, individuals must reorganize their life, learn from previous experience and overcome past challenges (Richardson *et al.*, 1990). Consequently, individual's ability to cope with adverse events and challenging circumstances is influenced by previous adaptation when facing disruption or restoring the balance (Q. Zhang *et al.*, 2020).

Adolescence is commonly characterized by many disruptions. Lack of experience and less coping skills can make adolescence difficult and can compromise future outcomes. Recent studies have found a correlation between resilience and the prevention of psychopathologies, meaning that resilience helps reducing depression and anxiety (Barzilay *et al.*, 2020b). Moreover, resilience can lead to better psychological and mental health condition (Q.

Zhang *et al.*, 2020). Our results show that with the increase of CD-RISC total score, the score of DAAS-21 scales depression, anxiety and stress decreased significantly. The observation that as resilience increases, depression, anxiety and stress decrease, suggests that resilience represents a protective factor towards the onset and the evolution of depression, anxiety and stress levels. Specifically, our results showed that for each unit increase of CD-RISC total score, the score DAAS-21 depression decreases, on average, of 0.30 points (similarly, for each increase of 10 points on CD-RISC score, the Depression score decreases, on average, of 3 points). For each unit increase of CD-RISC total score, the score DAAS-21 anxiety decreases, on average, of 0.11 points. Moreover, for each unit increase of CD-RISC total score, the score DAAS-2 stress decreases, on average, of 0.16 points.

COVID-19 pandemic together with the necessary social spreading control measures, have caused enormous disruption in daily life of adolescents, posing a great challenge for their mental well-being (Shah *et al.*, 2020). Although the consequences of COVID-19 are incomparable, exposure to others disaster events like hurricane, or earthquake, or terrorism attacks have the same potential to impact many persons at the same time, inducing the onset of various psychopathologies (Goldmann & Galea, 2014) and thus causing different stressors (Norris *et al.*, 2002), at the same time, emotional resilience lies in the same adverse environments as disasters. The resilience does not mean the complete absence of any psychopathological symptoms following exposure to traumatic event; rather, it represents the capacity to *bounce back* (Goldmann & Galea, 2014) and it is commonly recognized as a useful response to disasters (Sandifer & Walker, 2018). Many empirical studies, before COVID-19 pandemic, showed that resilience is negatively correlated with depression and anxiety, and it is positively correlated with positive indicators of mental well-being (Hu *et al.*, 2015). These results support our initial hypothesis, that considers high resilience a protective factor in preventing the onset of negative psychological symptoms in adolescents during various adverse events, not only in time of COVID-19 pandemic.

Our findings on a population of adolescent liver transplant recipients and liver transplant candidates (already managing a chronic condition) are consistent with the recent literature investigating the impact of COVID-19 on adolescent mental health and how resilience can be a protective factor towards the onset of negative psychological symptoms and psychopathologies such as depression, anxiety and stress, which are strictly dependent on the consequences of COVID-19 pandemic. Therefore, our results suggest that health professionals should strive on building up resilience in adolescents aiming to prevent depression, anxiety and stress.

There are limitations in our study. First of all, the study was conducted on a relatively small sample of patients ($n=66$ patients). Even though studies with a larger sample could provide more accurate results, we have to highlight that

only a few liver transplant centres in the world can actually provide a large enough *transitional population* to be studied. Secondly, although we have made a great effort in investigating the psychological distress in adolescent/young transitional adult liver candidates and recipients during the COVID-19 pandemic utilizing specific tools, we cannot assert with certainty that the pandemic was the only factor influencing patients responses on distress and resilience measure because the absence of scores on psychological measures before the lockdown. Nonetheless, our hypothesis is that pandemic containment measures such as lockdown and social limitations, have undoubtedly impacted patients mental health; and resilience, as the individual ability to constructively overcome adverse events, can definitely represent a protective factor for the onset of psychopathologies. Finally, a 5-points Likert scale was chosen to measure the perception and the concerns of the patients towards the pandemic at the time of the design of the study at the very start of pandemic in Italy (March, 2020), before the release of the COVID-related measures proposed by the World Health Organization, which become available in July 2020.

Contributions: A.M., D.R., M.S.S., S.F. designed the study; A.M, D.R., S.F., L.DA., M.C., wrote the manuscript; A.M., collected data; A.M., D.R., A.G. analysed data; L.P., F.L., P.S., M.G., M.G.L., E.B., M.C., L.DA. participated in the performance of the research.

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

Ethical approval: informed consent of patients was collected verbally. The institutional Review Board provided approval for the study (257/2020, 13/02/2020).

Availability of data and materials: the datasets generated during and/or analysed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

REFERENCES

- Ahola Kohut, S., Stinson, J., Forgeron, P., Luca, S., & Harris, L. (2017). Been there, done that: the experience of acting as a young adult mentor to adolescents living with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology, 42*(9), 962-969. doi:10.1093/jpepsy/jsx062.
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Čurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina, 32*(Suppl 2), 226-232.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020a). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10*(1), 1-8. doi:10.1038/s41398-020-00982-4.

- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020b). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry*, *10*(1), 1-8. doi:10.1038/s41398-020-00982-4.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry*, *60*, 170-181. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.005.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, *395*(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Buoro, S., Marco, F. D., Rizzi, M., Fabretti, F., Lorini, F. L., Cesa, S., & Fagioli, S. (2020). Papa Giovanni XXIII Bergamo Hospital at the time of the COVID-19 outbreak: Letter from the warfront. *International Journal of Laboratory Hematology*, *42*(S1), 8-10. doi:10.1111/ijlh.13207.
- Bush, R., Upadhyay, K., & McPeters, S. (2021). Identification of anxiety and depression among adolescent kidney transplant recipients: a cross-sectional observational study. *Journal of Pediatric Health Care*. [Epub ahead of print].
- Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clinical and Experimental Rheumatology*, *37 Suppl 116*(1), 105-113.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113.
- Cynthia Carbo & Nancy Goldstein. (2018). Metatheory of resilience and resiliency in adolescent pregnancy and substance use disorders. *JOJ Nursing & Health Care*, *9*(2). doi:JOJNHC.2018.09.555760.
- Fagioli, S., Lorini, F. L., & Remuzzi, G. (2020). Adaptations and lessons in the Province of Bergamo. *New England Journal of Medicine*, *382*(21), e71. doi:10.1056/NEJMc2011599.
- Fujita, A. (2016). Daily lives of pre-adolescents/adolescents and their parents after liver transplant: Liver transplanted children; daily life. *Japan Journal of Nursing Science*, *13*(1), 10-19. doi:10.1111/jjns.12078.
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, *35*(1), 169-183. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182435.
- Hames, A., Matcham, F., Joshi, D., Heneghan, M. A., Dhawan, A., Heaton, N., & Samyn, M. (2016). Liver transplantation and adolescence: the role of mental health. *Liver Transplantation*, *22*(11), 1544-1553. doi:10.1002/lt.24629.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, *76*, 18-27. doi:10.1016/j.paid.2014.11.039.
- Kelly, D., & Wray, J. (2014). The adolescent liver transplant patient. *Clinics in Liver Disease*, *18*(3), 613-632. doi:10.1016/j.cld.2014.05.006.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *65*(3), 207-239. doi:psyc.65.3.207.20173.
- Perico, L., Tomasoni, S., Peracchi, T., Perna, A., Pezzotta, A., Remuzzi, G., & Benigni, A. (2020). COVID-19 and lombardy: TESTing the impact of the first wave of the pandemic. *EBioMedicine*, *61*, 103069. doi:10.1016/j.ebiom.2020.103069.
- Perico, N., Fagioli, S., Di Marco, F., Laghi, A., Cosentini, R., Rizzo, M., Gianatti, A., Rambaldi, A., Ruggenti, P., La Vecchia, C., Bertolini, G., Paglia, S., Lorini, F. L., & Remuzzi, G. (2020). Bergamo and COVID-19: how the dark can turn to light [Preprint]. *Open Science Framework*. doi:10.31219/osf.io/bupgn.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the

- general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261. doi:j.socscimed.2020.113261.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The Resiliency Model. *Health Education*, 21(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589.
- Sandifer, P. A., & Walker, A. H. (2018). Enhancing Disaster Resilience by Reducing Stress-Associated Health Impacts. *Frontiers in Public Health*, 6, 373. doi:10.3389/fpubh.2018.00373.
- Senni, M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy. *European Heart Journal*, 41(19), 1783-1784. doi:10.1093/eurheartj/ehaa279.
- Shah, K., Mann, S., Singh, R., Bangar, R., & Kulkarni, R. (2020). Impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents. *Cureus*. doi:10.7759/cureus.10051.
- Silva, C. A., Queiroz, L. B., Fonseca, C. de B., da Silva, L. E. V., Lourenço, B., & Marques, H. H. S. (2020). Spotlight for healthy adolescents and adolescents with preexisting chronic diseases during the COVID-19 pandemic. *Clinics*, 75, e1931. doi:10.6061/clinics/2020/e1931.
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Dhawan, A., & Gibson, F. (2010). The stories of young people living with a liver transplant. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1076-1090. doi:10.1177/1049732310368405.
- Watson, A. R. (2000). Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatric Nephrology*, 14(6), 0469-0472. doi:10.1007/s004670050794.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. doi:10.1186/1477-7525-9-8.
- Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747-755. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.08.026.
- Zhang, Q., Zhou, L., & Xia, J. (2020). Impact of COVID-19 on emotional resilience and learning management of middle school students. *Medical Science Monitor*, 26. doi:10.12659/MSM.924994.
- Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. doi:10.1007/s00787-020-01541-4.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 6 October 2021.

Accepted for publication: 8 April 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:595

doi:10.4081/rp.2022.595

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

COVID-19: ruolo della resilienza sull'impatto psicologico del lockdown nei candidati e nei riceventi del trapianto di fegato (adolescenti-giovani adulti)

Alessandra Merisio,¹ Daniela Ravasio,¹ Luisa Pasulo,² Filippo Leonardi,² Arianna Ghirardi,³ Paola Stroppa,⁴ Michela Guizzetti,⁵ Maria Grazia Lucà,² Maria Simonetta Spada,¹ Emi Bondi,⁶ Michele Colledan,⁵ Lorenzo D'Antiga,⁴ Stefano Fagioli²

SOMMARIO. – La pandemia del coronavirus 2019 (COVID-19) e le necessarie misure di controllo di diffusione, attuate dai governi, hanno indotto cambiamenti drastici nella vita quotidiana. La riduzione della mobilità e le severe limitazioni dei contatti sociali pongono una grande sfida, in particolare per gli adolescenti. Lo scopo di questo studio è di analizzare l'impatto psicologico del lockdown e l'eventuale correlazione con la resilienza, sugli adolescenti e sui giovani adulti in attesa di trapianto di fegato o nei riceventi. Sono state raccolte le variabili socio-demografiche dei partecipanti (n=66) come sesso, età, scolarità. Inoltre sono stati somministrati due questionari self-report: *Depression Anxiety and Stress Scales* (DASS-21) e la *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC 25). Questi strumenti indagando le seguenti aree: stati emotivi di depressione, ansia e stress e fattori di resilienza. La correlazione tra depressione/ansia e resilienza è stata valutata mediante l'Indice di correlazione di Pearson e i modelli di regressione lineare. I risultati hanno mostrato una correlazione significativa tra le sottoscale: DASS depressione/ansia ($r^2=0,62$) depressione/stress ($r^2=0,65$) CD-RISC impegno/ottimismo ($r^2=0,71$). Il punteggio totale delle scale DAAS depressione/ansia/stress è diminuito significativamente all'aumentare del punteggio totale CD-RISC. La correlazione inversa tra CD-RISC e DAAS sembra riferirsi alla scala secondaria della relazione tra DAAS depressione e CD-RISC ($\beta = -0,33$, $P=0,006$). I risultati del nostro studio suggeriscono che la resilienza può *rappresentare* un fattore protettivo per gli adolescenti sottoposti a trapianto di fegato e per i candidati a trapianto di fegato nel mitigare l'insorgenza di sintomi psicologici negativi correlati con la pandemia.

Parole chiave: Trapianto di fegato; transizione pediatrico-adulto; COVID-19; impatto psicologico del lockdown domestico.

¹UOC Psicologia Clinica; ²UOC Gastroenterologia Epatologia e Trapiantologia; ³FROM Fondazione di Ricerca; ⁴Epatologia e gastroenterologia pediatrica e dei trapianti; ⁵Dipartimento insufficienza d'organo e trapianti; ⁶UOC Psichiatria, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Italia. E-mail: alessandramerisio@yahoo.it

Introduzione

L'11 febbraio 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha nominato *coronavirus disease 2019* (COVID-19), la nuova malattia infettiva che è stata identificata in Cina e che si è diffusa rapidamente in tutto il mondo, portando ad una Pandemia. Dal 20 febbraio, la Lombardia, regione del Nord Italia, è stata l'epicentro della prima ondata del COVID-19 in Italia, soprattutto la provincia di Bergamo che è stata la città al centro della tempesta, con 14.865 casi segnalati entro il 21 luglio 2020 e 2300 morti (N. Perico *et al.*, 2020; Senni, 2020). A partire dalla fine di febbraio 2020, il numero di pazienti infetti è aumentato in modo brusco e drastico, causando un inaspettato sovraccarico negli Ospedali bergamaschi (Buoro *et al.*, 2020; Fagioli *et al.*, 2020; L. Perico *et al.*, 2020). Entro il 5 maggio 2020, grazie alle urgenti misure di contenimento adottate dal Governo italiano, la curva delle infezioni giornaliere è nettamente diminuita (Buoro *et al.*, 2020; Fagioli *et al.*, 2020; L. Perico *et al.*, 2020).

Tuttavia, la paura della pandemia e le misure restrittive di contenimento adottate dal Governo italiano, come il lockdown e il distanziamento sociale, hanno portato a drastici cambiamenti nella vita quotidiana degli adolescenti e dei giovani adulti. L'adolescenza è un periodo di egocentrismo, con il passaggio da un pensiero concreto a più astratto, un periodo in cui si sperimenta il rischio, ed è uguale per tutti gli adolescenti, compresi quelli con una malattia cronica (Kelly & Wray, 2014). Nel raggiungere gli obiettivi di sviluppo tipici dell'adolescenza, la presenza di una malattia cronica crea ulteriori difficoltà, poiché emerge il bisogno non solo di controllare i sintomi ma anche l'impatto che possono avere sulle interazioni sociali. Il lockdown e il distanziamento sociale, nonostante siano ben riconosciuti come misure di sicurezza necessarie durante la pandemia, possono causare effetti psicologici negativi negli adolescenti: depressione, ansia, stress, e disturbo post-traumatico da stress possono insorgere o peggiorare negli adolescenti (Silva *et al.*, 2020). Gli adolescenti sottoposti a trapianto di fegato o candidati a trapianto oltre ad essere in un periodo evolutivo già critico stanno affrontando anche una malattia cronica. Molti studi hanno mostrato che soggetti adolescenti trapiantati o in attesa di trapianto hanno cinque volte più probabilità di sperimentare ansia e depressione rispetto alla popolazione generale (Bush *et al.*, 2021). È stato dimostrato che i giovani pazienti con malattia epatica cronica e trapiantati di fegato presentano un livello maggiore di ansia e depressione, correlati significativamente alla malattia e al percorso di cura (Hames *et al.*, 2016). Inoltre, nel 74,0% dei pazienti adolescenti sottoposti a trapianto, è stato riscontrato uno stato d'ansia da lieve a moderato nel 46,4% e di depressione nel 35,7% (Bush *et al.*, 2021). Reazioni psicologiche come ansia e depressione possono essere esacerbate dalla pandemia COVID-19: cure speciali e una particolare

attenzione per preservare la salute psico-fisica sembrano essere per lo più necessarie. Gli eventi stressanti, come un'epidemia, creano situazioni avverse che possono predisporre gli individui a una risposta emotiva negativa come depressione, ansia e stress (Zhou *et al.*, 2020). Entro tale scenario, è utile analizzare la resilienza ovvero: *“la capacità personale di adattarsi costruttivamente alle circostanze difficili e di generare emozioni positive quando si affrontano eventi negativi”* (Q. Zhang *et al.*, 2020). Infatti, la resilienza può essere vista come una misura della capacità di far fronte allo stress e potrebbe rappresentare un fattore importante nella gestione della depressione, dell'ansia e dello stress (Connor & Davidson, 2003). Una ricerca psicologica riguardante gli adolescenti nel contesto di eventi avversi ha dimostrato che la resilienza ha mediato la relazione tra eventi di vita negativi e sintomi depressivi, ipotizzando che possa agire come fattore protettivo nel mitigare gli effetti di eventi stressanti (Ran *et al.*, 2020; Q. Zhang *et al.*, 2020).

All'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, la conseguenza del COVID-19 è stata drammatica e ha indotto una riorganizzazione strutturale e logistica in tutte le attività cliniche (Buoro *et al.*, 2020). Tra questi, l'ambulatorio transizionale pediatrico-adulto per i ragazzi trapiantati di fegato o in attesa di trapianto, ha continuato ad essere operativo ma online, ha previsto anche la somministrazione di questionari per valutare la presenza di sintomi depressivi, ansiosi e il livello di stress in relazione ad una scala inerente la resilienza. Nell'ambito di tale ambulatorio, il monitoraggio della salute dei giovani pazienti con malattia cronica è fondamentale, poiché il malessere psicologico è significativamente correlato alla non aderenza alle terapie con impatto sull'outcome del percorso clinico (Hames *et al.*, 2016; Watson, 2000). Ragion per cui questo studio ha analizzato l'impatto psicologico ed emotivo del lockdown su adolescenti e giovani adulti in lista per trapianto di fegato o già trapiantati approfondendo la correlazione tra depressione, ansia, stress e resilienza. La nostra ipotesi di lavoro è che alti livelli di resilienza possano agire come fattori protettivi verso l'insorgenza di depressione, ansia e stress, correlati al COVID-19 in pazienti adolescenti sottoposti a trapianto di fegato o in lista per il trapianto.

Materiali e metodi

Partecipanti

A partire dal 10 marzo 2020 è stato condotto uno studio trasversale mediante sondaggio online e questionari self-report. Tutti i pazienti inclusi nel database del Centro Trapianti ASST-PG23, nati tra il 1999 e il 2003, sono stati contattati telefonicamente. Il campione totale da database era di

172 pazienti, di cui 23 risultavano deceduti. Il consenso informato dei pazienti è stato raccolto da remoto. Il Comitato di revisione istituzionale ha approvato lo studio (257/2020, 13/02/2020).

Il contatto telefonico iniziale ci ha permesso di raggiungere 99 pazienti che hanno risposto e dato il loro consenso a partecipare allo studio: tra i 50 pazienti che non hanno partecipato, 8 hanno rifiutato di partecipare, 15 non sono stati raggiungibili telefonicamente, e 27 sono andati persi al follow-up. I pazienti che hanno deciso di partecipare allo studio hanno ricevuto un link via mail per compilare i questionari online; 66 questionari sono stati completati correttamente. Pertanto, nello studio sono stati coinvolti sessantasei pazienti (34 femmine e 32 maschi; età media 18,5 anni).

Materiali

È stata sviluppata una scala Likert a 5 punti finalizzata ad indagare le preoccupazioni dei partecipanti e la loro percezione di come la pandemia possa mettere a repentaglio il loro progetto di vita e di conseguenza influire sulla loro condizione psicologica. Ai partecipanti è stato chiesto di valutare le affermazioni, da 0 (mai) a 5 (sempre).

La depressione e l'ansia sono state valutate tramite la *Depression, Anxiety and Stress Scale* - 21 domande (DASS-21). La DASS-21 è uno strumento semplice e permette di misurare il distress generale su tre dimensioni: depressione, ansia e stress; ha tre scale self-report, ognuna delle quali contiene 7 items. I partecipanti hanno dovuto valutare su una scala di 4 punti i loro vissuti. La scala della depressione valuta disforia, perdita di speranza, svalutazione della vita, mancanza di interesse/coinvolgimento, anedonia, e inerzia. La scala dell'Ansia valuta l'eccitazione del sistema nervoso autonomo, gli effetti dei muscoli scheletrici, l'ansia situazionale e l'esperienza soggettiva dell'affettività ansiosa. La scala dello Stress è sensibile ai livelli di arousal cronici non-specifici. Valuta la difficoltà di rilassamento, l'eccitazione nervosa e l'essere facilmente turbato/agitato, irritabile/iperattivo e impaziente. I punteggi per depressione, ansia e stress vengono calcolati sommando i punteggi agli items inerenti alla scala indagata. La DASS-21 si basa su una concezione dimensionale piuttosto che categorica della sofferenza psicologica. L'ipotesi su cui si basa lo sviluppo della DASS-21 (che è stata confermata dai dati di ricerca) è che le differenze tra depressione, ansia e stress sperimentate dai soggetti normali e soggetti sofferenti, sono essenzialmente legate all'intensità con cui si manifestano i sintomi. La DASS-21 non ha una funzione diagnostica.

Uno studio sulle proprietà psicometriche della versione italiana della DASS-21 ha mostrato una buona coerenza interna e una buona attendibilità (Bottesi *et al.*, 2015). È stata usata la DASS-21 per la sua specificità nell'indagare l'ansia, la depressione e lo stress e per la sua rapida

somministrazione, inoltre, la DASS-21 è stata frequentemente usata in studi di ricerca con bambini e adolescenti (C. Zhang *et al.*, 2020).

La scala di resilienza Connor-Davidson (CD-RISC) è un questionario self-report, finalizzato a valutare la propria capacità di gestire lo stress, affrontare le esperienze avverse e valutare la risposta ad eventi stressanti. La CD-RISC ha buone proprietà psicometriche (Connor & Davidson, 2003), ed è tra le prime tre sulle quindici scale che valutano la resilienza (Windle *et al.*, 2011). Ha 25 items, con risposta su scale a 5 punti, con un punteggio minimo di 0 e un punteggio massimo di 4. Questa scala è stata costruita (dagli psichiatri Kathryn M. Connor e Jonathan R.T. Davidson) con l'intento di produrre uno strumento affidabile per indagare il livello di resilienza delle persone con disturbo da stress post-traumatico; successivamente il suo utilizzo è stato esteso anche alla popolazione generale; per rilevare variazioni nei livelli di resilienza a seguito di trattamenti farmacologici o non farmacologici specifici.

La scala è composta da 25 items, che analizzano i seguenti fattori: i) competenza personale e tenacia (punti 4-5-6-7-8-10-11-17); ii) fiducia in sé stessi e gestione delle emozioni negative (item 12-15-16-21-23-24); iii) accettazione positiva del cambiamento e relazioni sicure (item 1-2-13-18-22-25); iv) capacità di autocontrollo (item 14-19-20); v) influenze spirituali (item 3-9).

Il punteggio totale varia da 0 a 100, maggiore è il punteggio, maggiore è il grado di resilienza della persona. Il punteggio totale può essere così interpretato: resilienza bassa (0-73), resilienza scarsa (74-82), resilienza moderata (83-90) e resilienza alta (91-100). La CD-RISC ha dimostrato una buona coerenza interna (α di Cronbach=0.89) e un elevato livello di attendibilità ($r=0.87$). La scala di resilienza Connor-Davidson (CD-RISC 25) con 25 affermazioni è stata tradotta e convalidata in italiano da Comoretto (2006).

Analisi statistica

È stata effettuata un'analisi descrittiva delle variabili socio-demografiche: le variabili continue (punteggi da 5 punti scala Likert, DASS-21 e CD-RISC) sono state espresse con media deviazione standard (DS), mediana e scarto interquartile (IQR); le variabili categoriche (sesso, stato clinico, istruzione, professione e caso positivo in famiglia) sono state espresse come conteggi assoluti e percentuali.

Il coefficiente di correlazione di Pearson è stato adottato per misurare la relazione statistica tra i punteggi delle sottoscale CD-RISC e i punteggi delle sottoscale DASS-21. I modelli di regressione lineare sono stati adattati per descrivere la relazione tra il punteggio CD-RISC e i punteggi delle sottoscale DASS-21, globali e stratificati per genere. Sono state riportate le

linee di regressione (e i corrispondenti coefficienti β). Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando Stata Software, versione 16 (StataCorp LP, College Station TX, USA). Tutti i test sono stati eseguiti a due code e un valore $P < 0,05$ è stato considerato significativo.

Informazioni demografiche e generali

Sono state raccolte variabili socio-demografiche come età, sesso, stato clinico, livello di scolarizzazione, e casi in famiglia di COVID-19. Tra i 66 partecipanti, 64 (97%) avevano ricevuto un trapianto di fegato mentre 2 erano in lista d'attesa, 84,8% erano studenti (33 con un diploma di scuola secondaria di primo grado, 32 con un diploma di scuola secondaria di secondo grado e uno laureato) e il 15% lavorava. Cinquantanove partecipanti (89,4%) non hanno riportato infezioni da SARS-CoV-2 tra i loro parenti durante la pandemia, 5 hanno riportato casi di COVID-19 nelle loro famiglie, e 2 non ne erano a conoscenza (Tabella 1).

La scala Likert a 5 punti ha riportato: una lieve preoccupazione di infezione facendo riferimento ai mesi passati ($M=2,7$, $SD=1,2$), una preoccupazione attuale molto lieve di infezione ($M=2,4$, $SD=1,1$), una attuale preoccupazione per il futuro ($M=2,7$, $SD=1,4$), quanto i partecipanti pensavano che la pandemia poteva influenzare negativamente i loro progetti futuri ($M=2,9$, $SD=1,3$), quanto la pandemia ha influenzato la loro

Tabella 1. Caratteristiche sociali e demografiche del gruppo di studio.

	Totale N=66 n (%)
Età, media (DS)	18,5 (1,2)
Sesso	
Maschio	32 (48,5%)
Femmina	34 (51,5%)
Stato clinico	
Ricevente del trapianto di fegato	64 (97,0%)
In lista per trapianto di fegato	2 (3,0%)
Istruzione	
Laurea	1 (1,5%)
Scuola superiore	32 (48,5%)
Scuola secondaria	33 (50,0%)
Professione	
Studente	56 (84,8%)
Lavoratore	10 (15%)
Caso positivo in famiglia	
Sì	5 (7,6%)
No	59 (89,4%)
Non lo so	2 (3,0%)

sensibilità ($M=2,8$, $SD=1,5$) e quanto i pazienti si sentivano orgogliosi di se stessi ($M=2,6$, $SD=1,2$). I risultati complessivi della scala Likert a 5 punti hanno mostrato una lieve preoccupazione per gli effetti negativi della pandemia sulla loro sensibilità e sui loro progetti (Tabella 2).

I punteggi medi della DASS-21 hanno riportato un punteggio medio normale di depressione ($M=7,7$; $SD=8,6$), sintomi di depressione lievi e moderati sono stati riportati rispettivamente nel 9,1% e 9,1%. Sintomi di depressione gravi ed estremamente gravi sono stati riportati rispettivamente nel 7,6% e nel 3,0%. I punteggi medi di Ansia DASS-21 hanno mostrato un livello normale di sintomi di ansia ($M=3,5$; $SD=4,6$). Sintomi di ansia normali e lievi sono stati riscontrati rispettivamente nel 80,3% e nel 7,6% dei pazienti. Sintomi di ansia moderati e gravi sono stati riportati rispettivamente nel 7,6% e nel 4,5%. Non sono stati riportati sintomi di ansia estremamente gravi. I punteggi DASS-21 hanno riportato una media dei sintomi da stress normali ($M=11,8$; $SD=8,7$); i partecipanti hanno riportato sintomi da stress normali e lievi rispettivamente nel 67,7% e nel 13,8%; sintomi da stress moderati e gravi sono stati riportati rispettivamente nel 7,7% e 10,8%. Non sono stati riportati sintomi da stress estremamente gravi (Tabella 3).

I punteggi medi totali di CD-RISC hanno mostrato una bassa resilienza ($M=55,8$; $SD=13,8$). Le sotto-scale presentavano i seguenti punteggi (Tabella 4): i) CD-RISC: impegno/sfida/controllo hanno mostrato bassa resilienza ($M=16,3$; $SD=5,4$); ii) CD-RISC: capacità di adattamento al cambiamento ($M=12,6$; $SD=3,0$); iii) CD-RISC: adattabilità/flessibilità ($M=6,9$; $SD=2,2$); iv) CD-RISC: significativo/scopo ($M=6,5$; $SD=2,9$); v) CD-RISC: ottimismo ($M=3,9$; $SD=1,9$); vi) CD-RISC: regolazione della

Tabella 2. Scala di Likert a 5 punti: indagine sull'atteggiamento e sulle preoccupazioni del SARS-CoV-2.

Su una scala da 0 (mai) a 5 (sempre)...		
Quanto ti preoccupava essere infettato dal SARS-CoV-2?	Media±DS	2,7 (1,2)
	Mediana (IQR)	3,0 (2,0-4,0)
Quanto sei preoccupato di essere infettato dal SARS-CoV-2?	Media±DS	2,4 (1,1)
	Mediana (IQR)	2,0 (1,0-3,0)
Quanto sei preoccupato per il tuo futuro?	Media±DS	2,7 (1,4)
	Mediana (IQR)	3,0 (2,0-4,0)
Ritieni che la pandemia SARS-CoV-2 influenzerà i tuoi progetti futuri?	Media±DS	2,9 (1,3)
	Mediana (IQR)	3,0 (2,0-4,0)
In che modo SARS-CoV-2 ha influenzato la tua sensibilità?	Media±DS	2,8 (1,5)
	Mediana (IQR)	3,0 (1,0-4,0)
Quanto sei stato orgoglioso del tuo ruolo?	Media±DS	2,6 (1,2)
	Mediana (IQR)	3,0 (2,0-3,0)

cognizione e delle emozioni ($M=3,8$; $SD=2,0$); vii) CD-RISC: autoefficacia ($M=5,2$; $SD=1,7$).

Il coefficiente di correlazione di Pearson ha mostrato una correlazione moderata tra ciascuna delle sotto-scale DASS-21 (Tabella 5). È stata riscontrata una forte correlazione statisticamente significativa tra l'ottimismo CD-RISC e l'impegno CD-RISC. Il coefficiente di correlazione di Pearson tra il punteggio totale CD-RISC e i punteggi delle sottoscale DAAS-21 per depressione, ansia e stress, hanno riportato una relazione lineare (Figura 1).

Quando il punteggio totale CD-RISC aumentava i punteggi della depressione dell'ansia e dello stress (DAAS-2) diminuivano significativamente ($P<0,05$). In particolare, un aumento del punteggio totale CD-RISC corrispondeva a una diminuzione media del punteggio di depressione DAAS-21 di 0,30 punti, una diminuzione media del punteggio di ansia DAAS-21 di 0,11 punti e una diminuzione media dello stress DAAS-21 di 0,16 punti. Per quanto riguarda l'impatto di genere, i nostri risultati hanno dimostrato una correlazione inversa tra depressione DAAS-21 e CD-RISC ($\beta = -0,33$, $P=0,006$) nelle donne. Il punteggio DAAS-21 per l'ansia e il punteggio DAAS-21 per lo stress nei maschi hanno mostrato una scarsa correlazione con il CD-RISC, mentre nelle femmine una diminuzione

Tabella 3. DASS-2: Indagine della depressione, ansia e sintomi da stress.

Punteggio DAAS-21		
Punteggio DAAS-21: depressione	Media \pm DS	7,7 (8,6)
	Mediana (IQR)	4,0 (2,0-10,0)
	n (%)	
Normale (0-9)		47 (71,2%)
Lieve (10-13)		6 (9,1%)
Moderato (14-20)		6 (9,1%)
Grave (21-27)		5 (7,6%)
Estremamente grave (28+)		2 (3,0%)
Punteggio DAAS-21: ansia	Media \pm DS	3,5 (4,6)
	Mediana (IQR)	2,0 (0,0-6,0)
	n (%)	
Normale (0-7)		53 (80,3%)
Lieve (8-9)		5 (7,6%)
Moderato (10-14)		5 (7,6%)
Grave (15-19)		3 (4,5%)
Estremamente grave (20+)		0 (0,0%)
Punteggio DAAS-21: stress	Media \pm DS	11,8 (8,7)
	Mediana (IQR)	10,0 (6,0-18,0)
	n (%)	
Normale (0-14)		44 (67,7%)
Lieve (15-18)		9 (13,8%)
Moderato (19-25)		5 (7,7%)
Grave (26-33)		7 (10,8%)
Estremamente grave (34+)		0 (0,0%)
ND		1

del punteggio DAAS-21 era correlata a una tendenza all'aumento dei punteggi totali della CD-RISC, anche se non risultava statisticamente significativa (Figura 2).

Discussione

Sebbene la correlazione tra adolescenza, resilienza e disagio psicologico collegata al COVID-19 sia ben nota (Barzilay *et al.*, 2020a; Connor & Davidson, 2003; Ran *et al.*, 2020; Shah *et al.*, 2020), secondo le nostre conoscenze, questo è il primo studio ad esaminare l'impatto psicologico del lockdown della pandemia COVID-19 negli adolescenti in lista e riceventi di trapianto di fegato, ed il possibile ruolo della resilienza come fattore protettivo nel mitigare l'insorgenza della depressione, dell'ansia e dello stress. A partire dalla fine di febbraio 2020, le conseguenze della prima ondata del COVID-19 sono state drammatiche (Senni, 2020). Il numero di pazienti infetti è aumentato bruscamente e in modo drastico, causando un inaspettato sovraffollamento degli ospedali nella zona Bergamasca (Buoro *et al.*, 2020; Faggioli *et al.*, 2020; L. Prico *et al.*, 2020) e in particolare per l'Ospedale "Papa Giovanni XXIII" di Bergamo.

Tabella 4. RISCHIO CD: livello di resilienza.

Scala di resilienza Connor-Davidson (CD-RISC)		
Totale CD-RISC	Media±DS	55,8 (13,8)
	Mediana (IQR)	54,0 (45,0-65,0)
Bassa resilienza (0-73)	n (%)	56 (88,9%)
Scarsa resilienza (74-82)		5 (7,9%)
Resilienza moderata (83-90)		2 (3,2%)
Forte resilienza (91-100)		0 (0,0%)
ND		3
CD-RISC: impegno/sfida/controllo	Media±DS	16,3 (5,4)
	Mediana (IQR)	16,5 (12,0-20,0)
CD-RISC: capacità di adattarsi al cambiamento	Media±DS	12,6 (3,0)
	Mediana (IQR)	13,0 (10,5-15,0)
CD-RISC: adattabilità/flessibilità	Media±DS	6,9 (2,2)
	Mediana (IQR)	7,0 (5,0-8,0)
CD-RISC: significativo/scopo	Media±DS	6,5 (2,9)
	Mediana (IQR)	6,0 (4,0-9,0)
CD-RISC: ottimismo	Media±DS	3,9 (1,9)
	Mediana (IQR)	4,0 (3,0-5,0)
CD-RISC: regolazione della cognizione e delle emozioni	Media±DS	3,8 (2,0)
	Mediana (IQR)	4,0 (2,0-5,0)
CD-RISC: autoefficacia	Media±DS	5,2 (1,7)
	Mediana (IQR)	5,0 (4,0-6,0)

Tabella 5. Coefficienti di correlazione lineare di Pearson (ρ) tra le sottoscale DAAS-21 e CD-RISC.

	DAAS- depressione	DAAS- ansia	DAAS- stress	Impegno CD-RISC	Adattamento CD-RISC	Adattabilità CD-RISC	Significativo CD-RISC	Ottimismo CD-RISC	Emozioni CD-RISC	Autoefficacia CD-RISC
DAAS-depressione	1									
DAAS-ansia	0,6247*	1								
DAAS-stress	0,6536*	0,6320*	1							
CD-RISC-impegno	-0,4990*	-0,2885*	-0,2377	1						
CD-RISC-adattamento	-0,2475*	-0,2101	-0,0785	0,5795*	1					
CD-RISC-adattabilità	-0,3013*	-0,2760*	-0,1726	0,4210*	0,2869*	1				
CD-RISC-significativo	-0,2106	-0,0951	-0,1394	0,4448*	0,3387*	0,2171	1			
CD-RISC-ottimismo	-0,4594*	-0,2714*	-0,3824*	0,7113*	0,5050*	0,5468*	0,3345*	1		
CD-RISC-emozioni	-0,0975	-0,3618*	-0,1694	0,3035*	0,2982*	0,5064*	0,1198	0,3545*	1	
CD-RISC-autoefficacia	-0,3374*	-0,2480*	-0,147	0,6395*	0,5733*	0,2396	0,4493*	0,4582*	0,1959	1

Per fronteggiare la pandemia del COVID-19 e ridurre la diffusione della malattia infettiva, il governo italiano ha attuato misure di sicurezza rigide, come il lockdown e il distanziamento sociale. La riduzione della mobilità e la limitazione dei contatti sociali, la chiusura delle attività scolastiche e il passaggio alle classi online hanno rappresentato una sfida importante sia per gli adolescenti che per i giovani adulti (C. Zhang *et al.*, 2020). Studi recenti (Brooks *et al.*, 2020; C. Zhang *et al.*, 2020) hanno dimostrato che la riduzione dell'interazione sociale, le limitazioni del lockdown, le difficoltà nel gestire le lezioni e lo studio da casa, i cambiamenti sostanziali nella vita quotidiana, vivendo in stretto contatto *continuo* con i membri della famiglia, con attività sportive e ricreative sospese, la paura di essere infettati o di peggiorare la condizione medica cronica, associati alla noia, possono senza dubbio creare un drammatico effetto psicologico su adolescenti e giovani adulti. Anche se i tassi di contagio sono diminuiti, riducendo in qualche modo l'impatto sanitario della pandemia, la nostra ipotesi è che la restrizione sociale potrebbe aver portato all'insorgenza di depressione, ansia e stress, in particolare negli adolescenti e giovani adulti in lista o già trapiantati di fegato.

L'adolescenza è un momento impegnativo della vita e un periodo transitorio in cui l'indipendenza e

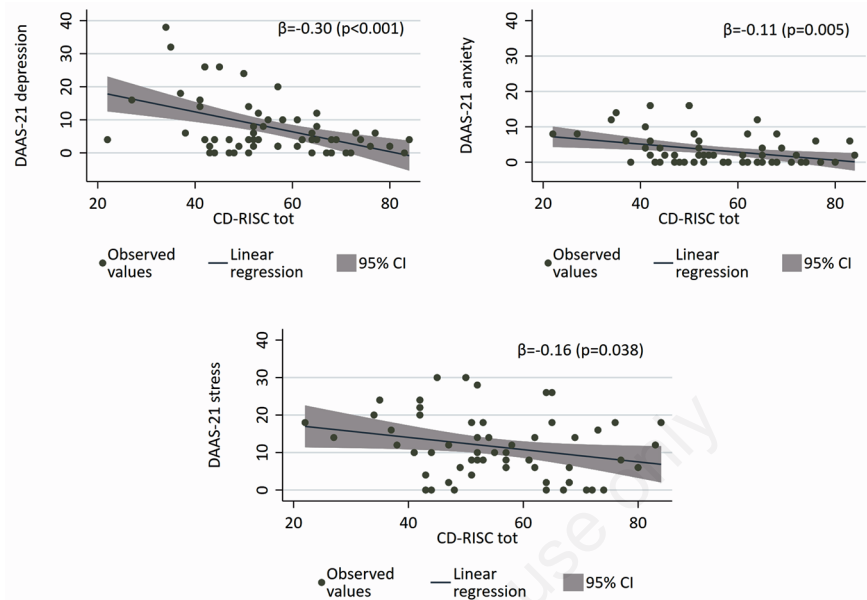


Figura 1. Rapporto lineare tra il totale della scala Connor-Davidson (CD-RISC) e i punteggi delle sottoscale DAAS-21 per depressione, ansia e stress.

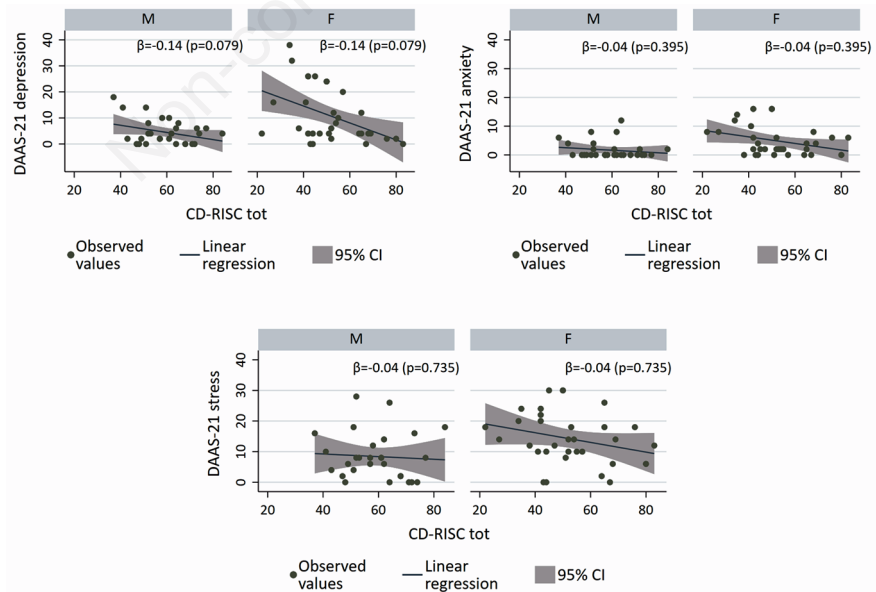


Figura 2. Rapporto lineare tra la scala totale di Connor-Davidson (CD-RISC) e il punteggio delle sottoscale DAAS-21 per depressione, ansia e stress, stratificate per sesso.

l'autonomia sono ancora in via di sviluppo, si verificano cambiamenti fisici e il contesto del *peer* (pari) è fondamentale per consentire lo sviluppo di un senso completo di identità (Ahola Kohut *et al.*, 2017; Kelly & Wray, 2014). Tuttavia, la malattia cronica e il trapianto durante questo periodo critico aggiungono ulteriori sfide a questa fase evolutiva, e possono mettere i ragazzi a rischio di isolamento dai coetanei, rendendo il loro percorso verso l'indipendenza dai membri della famiglia ancora più complicato (Kelly & Wray, 2014). In un importante studio qualitativo condotto da Taylor *et al.* (2010) che ha indagato l'esperienza degli adolescenti che vivono con un trapianto di fegato, è emersa non solo la difficoltà nel costruire relazioni, ma anche conseguenze sullo studio scolastico, sulla gestione dei farmaci e relativa spossatezza, sui progetti per il futuro nel contesto di un senso di affaticamento generale (Fujita, 2016). Gli adolescenti con malattia cronica possono risentire maggiormente del distanziamento sociale, in quanto i coetanei sono particolarmente importanti nel tamponare l'impatto quotidiano della malattia, facendoli sentire più integrati e approvati (Taylor *et al.*, 2010): poiché si sentono svantaggiati nel raggiungimento dei loro obiettivi di sviluppo (Ahola Kohut *et al.*, 2017). Inoltre, è stato esaminato il livello di resilienza nei partecipanti: poiché la resilienza è considerata la capacità di affrontare gli eventi avversi e negativi della vita in modo costruttivo (Connor & Davidson, 2003), può agire come fattore protettivo per gli adolescenti riceventi trapianto di fegato e per quelli in lista nel mitigare l'insorgenza della depressione, ansia e sintomi di stress.

La resilienza è multidimensionale (Q. Zhang *et al.*, 2020) e determinata da diversi fattori, quali i tratti individuali, psicologici e biologici, i rapporti con i pari e la famiglia ed è influenzata dal contesto socioculturale (Norris *et al.*, 2002). Gli individui con alta resilienza tendono ad avere una visione ottimistica degli eventi e a vedere le esperienze negative come una possibilità di crescita per imparare, concentrandosi sulle risorse personali, sviluppando e mantenendo un rapporto significativo con gli altri e sono più consapevoli dei loro processi emotivi interni (Babić *et al.*, 2020). Da un punto di vista neurobiologico, la resilienza è legata alle reazioni allo stress acuto o cronico, quindi è coinvolta nel sistema di risposta allo stress (Casale *et al.*, 2019). Nel nostro studio, la teoria di riferimento si basa sul *modello di resilienza* sviluppato da Richardson *et al.* (1990). La premessa di questo modello è che ogni individuo cerca di adattarsi ad uno stato di equilibrio bio-psico sociale (*omeostasi*) (Cynthia Carbo & Nancy Goldstein, 2018; Q. Zhang *et al.*, 2020). Questa omeostasi è spesso esposta al rischio di alterazione da eventi stressanti e dalle avversità. Nuovi eventi di vita o circostanze avverse interrompono l'omeostasi richiedendo così energia per la reintegrazione e la crescita. Per ristabilire l'equilibrio e diventare più resilienti, gli individui devono riorganizzare la loro vita,

imparare dalle esperienze precedenti e superare le sfide del passato (Richardson *et al.*, 1990). Di conseguenza, la capacità dell'individuo di affrontare eventi avversi e circostanze difficili è influenzata da un precedente adattamento nell'affrontare un disagio e ripristinare l'equilibrio (Q. Zhang *et al.*, 2020).

L'adolescenza è caratterizzata comunemente da molti disagi. La mancanza di esperienza e le poche strategie di coping possono rendere difficile l'adolescenza e compromettere i risultati futuri. Studi recenti hanno trovato una correlazione tra resilienza e prevenzione delle psicopatologie (Barzilay *et al.*, 2020b). Inoltre, la resilienza può portare a migliori condizioni di salute psicologica (Q. Zhang *et al.*, 2020). I nostri risultati mostrano che con l'aumento del punteggio totale CD-RISC, il punteggio delle scale DAAS-21 di depressione, ansia e stress sono diminuite significativamente. L'aver osservato che con l'aumentare della resilienza, la depressione, l'ansia e lo stress diminuiscono, suggerisce che la resilienza rappresenta un fattore protettivo verso l'insorgenza e l'evoluzione dei livelli di depressione, ansia e stress. In particolare, i nostri risultati hanno mostrato che per ogni incremento unitario del punteggio totale CD-RISC, il punteggio DAAS-21 depressione diminuisce, in media, di 0,30 punti (analogamente, per ogni incremento di 10 punti sul punteggio CD-RISC, il punteggio depressione diminuisce, in media, di 3 punti). Per ogni incremento unitario del punteggio totale CD-RISC, il punteggio DAAS-21 dell'ansia diminuisce, in media, di 0,11 punti. Inoltre, per ogni incremento unitario del punteggio totale CD-RISC, il punteggio DAAS-21 dello stress diminuisce, in media, di 0,16 punti.

La pandemia del COVID-19, unitamente alle necessarie misure di controllo della diffusione della malattia, hanno causato enormi disagi nella vita quotidiana degli adolescenti, ponendo una grande sfida per il loro benessere (Shah *et al.*, 2020). Sebbene le conseguenze del COVID-19 siano incomparabili all'essere esposti ad altri eventi come uragani, terremoti, o attacchi terroristici, hanno lo stesso potenziale perché hanno un impatto su molte persone allo stesso tempo, inducendo l'insorgenza di varie psicopatologie (Goldmann & Galea, 2014) e quindi causando diversi *stressors* (fattori di stress) (Norris *et al.*, 2002). La resilienza non significa la completa assenza di sintomi psicopatologici in seguito ad esposizione ad eventi traumatici; rappresenta piuttosto la capacità di *rimbalzare* (Goldmann & Galea, 2014) ed è comunemente riconosciuta come una risposta utile ai disastri (Sandifer & Walker, 2018). Molti studi empirici, prima della pandemia COVID-19, hanno dimostrato che la resilienza è negativamente correlata alla depressione e all'ansia, ed è positivamente correlata agli indicatori positivi del benessere mentale (Hu *et al.*, 2015). Questi risultati supportano la nostra ipotesi iniziale, che considera l'elevata resilienza un fattore protettivo nella prevenzione dell'insorgenza di

malessere e sofferenza psichica negli adolescenti durante vari eventi avversi, non solo in tempo di pandemia COVID-19.

I nostri risultati su una popolazione di pazienti adolescenti sottoposti a trapianto di fegato e in lista per lo stesso trapianto (già in trattamento per una condizione cronica) sono coerenti con la recente letteratura che indaga sull'impatto del COVID-19 sulla salute degli adolescenti, in particolare, come la resilienza possa essere un fattore protettivo verso l'insorgenza di sintomi psicologici negativi e psicopatologie come la depressione, l'ansia e lo stress, che sono strettamente dipendenti dalle conseguenze della pandemia COVID-19. Pertanto, le conclusioni del presente studio suggeriscono che gli operatori sanitari dovrebbero favorire la resilienza negli adolescenti al fine di prevenire uno stato di malessere con notato da depressione, ansia e stress.

Ci sono però limitazioni al nostro studio. In primo luogo, lo studio è stato condotto su un campione relativamente piccolo di pazienti (n=66 pazienti). Anche se gli studi con un campione più grande potrebbero fornire risultati più accurati, dobbiamo evidenziare che solo pochi centri di trapianto di fegato possono effettivamente fornire una popolazione sufficientemente grande di *transizione* (pediatrico-adulto) da studiare. In secondo luogo, sebbene abbiamo fatto un grande sforzo per indagare la sofferenza psicologica nei candidati e nei riceventi di fegato (adolescenti/giovani adulti) durante la pandemia COVID-19, utilizzando strumenti specifici, non possiamo affermare con certezza che la pandemia era l'unico fattore che influenzava le risposte dei pazienti sulla misura di sofferenza e resilienza, per via dell'assenza dei punteggi delle misure psicologiche prima del lockdown. Tuttavia, la nostra ipotesi è che le misure di contenimento della pandemia, come il lockdown e le limitazioni sociali, abbiano senza dubbio influenzato la salute dei pazienti; e la resilienza, come capacità individuale di superare costruttivamente gli eventi avversi, può sicuramente rappresentare un fattore protettivo per l'insorgenza delle psicopatologie. Infine, è stata scelta, durante la progettazione dello studio all'inizio della pandemia in Italia (marzo 2020), una scala Likert a 5 punti per misurare la percezione e le preoccupazioni dei pazienti nei confronti della pandemia, prima del rilascio delle misure relative al COVID proposte dall'Organizzazione mondiale della sanità, che diventarono disponibili a luglio 2020.

Autori: A.M., D.R., M.S.S., S.F. hanno progettato lo studio; A.M., D.R., S.F., L.DA., M.C., hanno scritto il testo; A.M. ha raccolto i dati; A.M., D.R., A.G. hanno condotto l'analisi dei dati; L.P., F.L., P.S., M.G., M.G.L., E.B., M.C., L.DA. hanno partecipato all'esecuzione della ricerca.

Conflitto d'interesse: gli autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Approvazione etica: il consenso informato dei pazienti è stato raccolto verbalmente poiché il reclutamento è avvenuto per via telefonica. Il Comitato di revisione istituzionale ha approvato lo studio (257/2020, 13/02/2020).

Disponibilità di dati e materiali: i dataset generati e/o analizzati durante lo studio corrente sono disponibili su eventuale richiesta dall'autore responsabile per la corrispondenza.

BIBLIOGRAFIA

- Ahola Kohut, S., Stinson, J., Forgeron, P., Luca, S., & Harris, L. (2017). Been there, done that: the experience of acting as a young adult mentor to adolescents living with chronic illness. *Journal of Pediatric Psychology, 42*(9), 962-969. doi:10.1093/jpepsy/jsx062.
- Babić, R., Babić, M., Rastović, P., Čurlin, M., Šimić, J., Mandić, K., & Pavlović, K. (2020). Resilience in health and illness. *Psychiatria Danubina, 32*(Suppl 2), 226-232.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020a). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10*(1), 1-8. doi:10.1038/s41398-020-00982-4.
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020b). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10*(1), 1-8. doi:10.1038/s41398-020-00982-4.
- Bottesi, G., Ghisi, M., Altoè, G., Conforti, E., Melli, G., & Sica, C. (2015). The Italian version of the Depression Anxiety Stress Scales-21: Factor structure and psychometric properties on community and clinical samples. *Comprehensive Psychiatry, 60*, 170-181. doi:10.1016/j.comppsy.2015.04.005.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet, 395*(10227), 912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
- Buoro, S., Marco, F. D., Rizzi, M., Fabretti, F., Lorini, F. L., Cesa, S., & Fagioli, S. (2020). Papa Giovanni XXIII Bergamo Hospital at the time of the COVID-19 outbreak: Letter from the warfront. *International Journal of Laboratory Hematology, 42*(S1), 8-10. doi:10.1111/ijlh.13207.
- Bush, R., Upadhyay, K., & McPeters, S. (2021). Identification of anxiety and depression among adolescent kidney transplant recipients: a cross-sectional observational study. *Journal of Pediatric Health Care*. [Epub ahead of print].
- Casale, R., Sarzi-Puttini, P., Botto, R., Alciati, A., Batticciotto, A., Marotto, D., & Torta, R. (2019). Fibromyalgia and the concept of resilience. *Clinical and Experimental Rheumatology, 37 Suppl 116*(1), 105-113.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82. doi:10.1002/da.10113.
- Cynthia Carbo & Nancy Goldstein. (2018). Metatheory of resilience and resiliency in adolescent pregnancy and substance use disorders. *JOJ Nursing & Health Care, 9*(2). doi:JOJNHC.2018.09.555760.
- Fagioli, S., Lorini, F. L., & Remuzzi, G. (2020). Adaptations and lessons in the Province of

- Bergamo. *New England Journal of Medicine*, 382(21), e71. doi:10.1056/NEJMc2011599.
- Fujita, A. (2016). Daily lives of pre-adolescents/adolescents and their parents after liver transplant: Liver transplanted children; daily life. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(1), 10-19. doi:10.1111/jjns.12078.
- Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual Review of Public Health*, 35(1), 169-183. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182435.
- Hames, A., Matcham, F., Joshi, D., Heneghan, M. A., Dhawan, A., Heaton, N., & Samyn, M. (2016). Liver transplantation and adolescence: the role of mental health. *Liver Transplantation*, 22(11), 1544-1553. doi:10.1002/lt.24629.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. doi:10.1016/j.paid.2014.11.039.
- Kelly, D., & Wray, J. (2014). The adolescent liver transplant patient. *Clinics in Liver Disease*, 18(3), 613-632. doi:10.1016/j.cld.2014.05.006.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239. doi:psyc.65.3.207.20173.
- Perico, L., Tomasoni, S., Peracchi, T., Perna, A., Pezzotta, A., Remuzzi, G., & Benigni, A. (2020). COVID-19 and lombardy: TESTing the impact of the first wave of the pandemic. *EBioMedicine*, 61, 103069. doi:10.1016/j.ebiom.2020.103069.
- Perico, N., Fagioli, S., Di Marco, F., Laghi, A., Cosentini, R., Rizzo, M., Gianatti, A., Rambaldi, A., Ruggenenti, P., La Vecchia, C., Bertolini, G., Paglia, S., Lorini, F. L., & Remuzzi, G. (2020). Bergamo and COVID-19: how the dark can turn to light [Preprint]. *Open Science Framework*. doi:10.31219/osf.io/bupgn.
- Ran, L., Wang, W., Ai, M., Kong, Y., Chen, J., & Kuang, L. (2020). Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*, 262, 113261. doi:j.socscimed.2020.113261.
- Richardson, G. E., Neiger, B. L., Jensen, S., & Kumpfer, K. L. (1990). The Resiliency Model. *Health Education*, 21(6), 33-39. doi:10.1080/00970050.1990.10614589.
- Sandifer, P. A., & Walker, A. H. (2018). Enhancing Disaster Resilience by Reducing Stress-Associated Health Impacts. *Frontiers in Public Health*, 6, 373. doi:10.3389/fpubh.2018.00373.
- Senni, M. (2020). COVID-19 experience in Bergamo, Italy. *European Heart Journal*, 41(19), 1783-1784. doi:10.1093/eurheartj/ehaa279.
- Shah, K., Mann, S., Singh, R., Bangar, R., & Kulkarni, R. (2020). Impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents. *Cureus*. doi:10.7759/cureus.10051.
- Silva, C. A., Queiroz, L. B., Fonseca, C. de B., da Silva, L. E. V., Lourenço, B., & Marques, H. H. S. (2020). Spotlight for healthy adolescents and adolescents with preexisting chronic diseases during the COVID-19 pandemic. *Clinics*, 75, e1931. doi:10.6061/clinics/2020/e1931.
- Taylor, R. M., Franck, L. S., Dhawan, A., & Gibson, F. (2010). The stories of young people living with a liver transplant. *Qualitative Health Research*, 20(8), 1076-1090. doi:10.1177/1049732310368405.
- Watson, A. R. (2000). Non-compliance and transfer from paediatric to adult transplant unit. *Pediatric Nephrology*, 14(6), 0469-0472. doi:10.1007/s004670050794.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. doi:10.1186/1477-7525-9-8.
- Zhang, C., Ye, M., Fu, Y., Yang, M., Luo, F., Yuan, J., & Tao, Q. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on teenagers in China. *Journal of Adolescent Health*, 67(6), 747-755. doi:10.1016/j.jadohealth.2020.08.026.

- Zhang, Q., Zhou, L., & Xia, J. (2020). Impact of COVID-19 on emotional resilience and learning management of middle school students. *Medical Science Monitor*, 26. doi:10.12659/MSM.924994.
- Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 749-758. doi:10.1007/s00787-020-01541-4.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 6 ottobre 2021.

Accettato per la pubblicazione: 8 aprile 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:595

doi:10.4081/rp.2022.595

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

They killed Spider-Man. Birth, splendour and decline of a mythical phase of clinical psychopathology and psychotherapy. Is there still room for their scientific dignity? A complex connexionist proposal

*Miriam Gandolfi**

ABSTRACT. – The landscape of technical interventions in the field of psychotherapy offers a wide range of different treatments. Even Psychiatry (especially the non-academic kind) is producing a huge quantity of research data dealing with two important issues: the widespread surge in prescribing psychotropic drugs and the severe underestimation of side effects and of withdrawal syndromes due to these medications. On the other hand, we cannot find the same research effort being put into conceptualizing, discussing, and providing viable theories questioning the true nature of behaviour defined as relevant from a psychopathologic perspective. Enhancing the understanding of these behaviours could allow for better management of psychotherapeutic processes and not just a mere attempt to control symptomatic aspects. The term ‘outburst’ (or fit) has come back into vogue as an explanation of a supposedly pathological sensation/trauma, even though it is devoid of real semantic meaning. Thanks to the concept of ‘epigenetics’, the evolutionary perspective reintroduces a linear and deterministic description of how residual genes work in causing behaviour. Neuropsychologists and neurobiologists have no doubt about the existence of structures and faulty basic biological mechanisms that allow for the conceptualization of a precise demarcation dividing normality from psychopathology. Firstly, the author gives an in-depth analysis of the many disciplines dealing with human behaviour and then proposes a rigorous and coherent pathway (via a systemic-connexionist approach) towards a modification of the current concepts of mind, psychopathology, and psychotherapeutic change. Furthermore, the author underlines the risk of replacing theoretical concepts with tempting yet misleading descriptive definitions. This article also provides an introduction describing the author’s epistemological framework, the reasons for her choice and she proposes her work method - through a clinical case study - in which transmissibility and verifiability must be the mainstay of its scientific criteria.

Key words: Global health; complexity theory; emergent quality; disruption; psychiatric drug withdrawal; COVID-19.

*Psychologist, Trained as a Systemic Psychotherapist; Head of the Thought Laboratory/Workshop of Bolzano and Trento. E-mail: miriamgandolfi@yahoo.it

Ostrich policy does not go far

On the 18th of January 2020 in Milan, at *La Casa della Psicologia* (House of Psychology), a meeting was held with a vintage tone to it: it was self-convened, self-financed and self-managed, with a few young psychologists (experts by profession), many old-timers and just as many 'experts by experience' (patients and/or family members) attending.

It was impossible not to be reminded of the heroic days at the end of the 70s and all through the 80s in which the enthusiasm and cultural mix of clinical psychology and alternative psychiatry managed to dialogue and engage in stimulating intellectual challenges. These were the years of a global buzz in which ethical, social, and scientific efforts had broken down the barriers between psychotherapeutic Schools and psychopathological theories. Professional figures from different backgrounds were all united in the hope of democratizing; a keen spirit, Franco Basaglia, immediately grasped the ambiguities and dangers of this. He called it 'the antiscientific risk' (Basaglia, 1971).

However, the opportunity was perfect: Giuseppe Tibaldi, Marcello Macario and Raffaella Pocobello¹ had gathered those who were sensitive to and interested in creating an Italian section in *the International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal* (IIPDW). Certainly, such an important international board did not act without reason. A few days later on the other side of Milan, a large conference on Neuropsychopharmacology and new therapeutic frontiers would be held: with Presidents C. Mencacci and M. Balestrieri.

The blow to my heart was hard: the conference was held in the mythical halls of the Palazzo delle Stelline in Corso Magenta. The place where Mara Palazzoli Selvini had debated with Framo and Stirling, squabbled with Andolfi (she always left the audience electrified. With whom did she not quarrel?). All the greatest had been through there, Boscolo, Cecchin and Hoffman, and from there they would meet again in Zurich, Florence, Rome, and Heidelberg and those who could, would also go overseas. Those gatherings were a breeding ground for a wide variety of ideas and work, but all were interested in providing a knowledge contribution to the various areas of mental health.

I detest lamentations of time gone by, but it is inevitable to take note of the decline, of a sort of cultural abandonment, in which the present clinical psychopathology languishes. Increasingly more attracted by the dazzling

¹ G. Tibaldi: Psychiatrist and Psychotherapist, Director of Mental Health, Area Nord AUSL Modena. M. Macario: Psychiatrist, Head of Mental Health Centre of Carcàre, ASL Savona. A. Pocobello: Psychologist, Researcher at the CNR Institute of Cognitive Science and Technology.

promises of neuroscience, psychologists have become the greatest mentors of pharmacological treatments.

Of that creative movement, which was transversal to the various psychopathological theories, and which originated from the Mental Research Institute in Palo Alto, there seems to be no more trace. The Milan Approach, today, lends itself to the quotation: “Nothing underneath!”. And what of the efforts to renew developmental psychopathology and of the annexed theme of school management? Child psychologists and neuropsychiatrists have become certificate producers at the service of the efficient ‘factory aimed at breaking children’, in which all functions are transformed into a quotient in order to self-legitimize it as *evidence based*, because it is expressed as a number (Gandolfi, 2018, 2019, 2020b).

Do we really want to continue being ostriches and hiding our heads in the sand by issuing ecumenical/triumphalist interviews like those that recently saw Beppe Dell’Acqua and Massimo Cirri (2020) praising the great humanization of psychiatry and the scholastic reception guaranteed to all children?

Or even worse do we want to believe that, without taking anything away from neuroscientific discoveries, we accept that all the complexity of the human mind can be explained by basic biological circuits, neurotransmitters or individual genes? (Kandel, 2018).

I am personally concerned to discover that the neuroscience department in Pisa is concerned with demonstrating that Buddhist monks are the scientific evidence that everything can be explained by transcranial electromagnetic recordings of brain activity and can be controlled by meditative techniques (Gasperetti, 2020; www.unipi.it).

The present article takes its cue from what the IIPDW set in motion. Indeed, if we fail in developing a scientific study project on the way *we conceive, explain, theorize and verify another way (not purely organicist) of thinking about* mental illness, I do not think we will have much chance of countering the rampant reductionist and mercantile approach currently taking over.

We must not let ourselves be pushed into *the ideologized corner*, I think it is time to take up wide-ranging thoughts that have characterized important moments in the history of clinical psychology/psychiatry. Thus, I am not beyond exhuming ‘obsolete’ expressions such as epistemology, language precision, coherence between theoretical models and technical choices.

I will adhere to the Confucianism principle of *cheng ming*, that is, ‘rectification of names’, which means that if words are not in agreement with the reality of things, whatever it is we want to undertake cannot be accomplished. The task of the scholar must be to act ethically and *cheng ming* allows action and ethics to meet (Castellani, 1984).

The current state of art

A group of colleagues from the Department of Human and Social Sciences of the University of Bergamo recently published a research article that attempted to analyse and identify the degree of attention that the different psychotherapy schools assign to the conscious study of epistemological frameworks, to which the proposed models refer, and whether this conscious teaching influences an attitude/perspective of research in future psychotherapists during their clinical work. I will not get into the careful elaboration and analysis of the items and of the specificities between different psychotherapeutic schools (analytical, cognitive, and systemic). What I will emphasize is the transversal fact that once the students became therapists, with few differences between models, they were more interested in the strictly operative aspects, the dreaded ‘good practices’, rather than paying attention to the coherence between acquired theoretical concepts and implemented technical choices. This would explain the lack of awareness of the manoeuvres that induce a targeted and conscious change in the therapeutic process implemented (Negri *et al.*, 2019). This result, despite not being encouraging, is not surprising if one considers a background noise that mattifies reflections on the concept of psychopathology.

The explicit question “What do you think mental illness is?” is now almost clandestine, and perhaps even considered obscene, and definitely dangerous. All this pushes us to understand what to do, how to more or less control unwanted behaviours. Implicitly, the DSM-5 diagnostic system and the silent acceptance of the idea that mind and brain coincide are shared throughout. Consequently, psychopathology becomes a personal dysfunction of those who manifest it. Enlightened psychiatrists, psychologists and psychotherapists from all different training backgrounds and patient and family organizations are not excluded from this. This is also what emerges when reading technical articles and articles by different organizations.

I personally believe that we should return to the problem at the base of it all. It is not enough to confine ourselves to a struggle on the principle of self-determination (pharmacological or regarding recovery) or compassionate intervention for a social anti-stigma mobilization. The pivotal point is perfectly expressed by Frances Allen (2015): “I was forced to take sides in what has become a civil war for the heart of psychiatry - fighting a mostly losing battle to protect normality from medicalization and psychiatry from overexpansion”. Allen goes straight to the heart of the problem: can we still talk about a scientific method in making diagnoses? Or rather build a theory on the phenomenon we want to study and then choose a treatment to verify it by checking results and their reproducibility?

Allen again talking about the DSM-5 states: “All changes to the diagnostic system should be *science driven and evidenced based*, not

influenced by my personal whims or anyone else's... there weren't compelling scientific data to back up the many proposals we eventually received. The basic science of psychiatry was daily coming up with exciting insights into how the *brain works*, but none of this translated one bit into how we should diagnose and treat patients" (ibidem).

The problem of the relationship between the criteria used by the observer of behaviour and the construction of the condition of mental illness was precisely one of the *pièces de résistance* of the veteran approach and subsequently related to complexity theory, which led to a revolution in diagnosis, therapy and social-welfare interventions. But it seems that this push has been lost, considering that almost all systemic schools sell EMDR training and an acritical adherence to the linear theory of attachment. Obviously let us not forget the hint of evolutionary theory, which believes that it can explain every pathology as a residual archaegenetic memory of behaviours that were useful to survival in the distant past. Finally, there is no school that does not present the mindfulness approach, giving an orientalist touch, which is currently very in vogue. The problem is that all these ideas are presented as a miscellany, which does not distinguish the logical level and the epistemological framework of the explanatory theory from the technical one, which is also useful in terms of contingent control.

I have analysed (Gandolfi, 2019) the dangerous slip that transforms descriptive processes into explanatory processes and the epistemological roots of this serious error. However, this does not happen by chance, in fact I have found that contexts that are considered 'scientifically sound and pure', have more of a habit of using suggestive language and that leads to slippage between the formulation of a theory and its presumed *material existence*, as 'evidence based' (Sokal and Bricmont, 1999). Here I would like to give some examples of how suggestive language risks confusing and aggravating the problem. Jill Bolte Taylor, a 1994 Member of the Board of Directors of The National Institute of Mental Health (NIMH) and Researcher at Harvard University's Brain Bank, was constantly hunting for schizophrenic brains to elaborate "a protocol where we could visualize three neurotransmitter systems in the same piece of tissue [...]. It was our goal to understand the microcircuitry of the brain [...]. The better we understood what the differences were at a cellular level, between the brains of individuals diagnosed with a severe mental illness and normal control brains, the closer the medical community would be to helping those in need with appropriate medications" (Taylor, 2017).

This is the theoretical premise that assumes that the brain of schizophrenics works with defective neurotransmitters. But the truly disturbing aspect, which violates the principle of *cheng ming* (name rectification), is the continuous use of terms and expressions that I would call animistic: the anatomical structure of the two hemispheres is defined as 'duality of the mind', "by its design, our right mind is spontaneous, carefree, and imaginative. It allows our artistic juices

to flow freely”; “the cells in my left brain tell me I like red” (ibidem). You will tell me that you cannot expect more from a neuroanatomist. But under the guise of scientific rigour of a journal like *Le Scienze* we find a full-bodied article on the biological mechanisms underlying *the disease of loneliness*. Not to be confused with the disease of depression, into which, however, if left untreated it could evolve (Russo, 2018). Russo discards the old theories that were in vogue in the 60s, thanks to the great success of American psychoanalysis, and also those theories offered by sociologists in the 70s and 80s, relating to a lack of social network. He points out that John Cacioppo, from the University of Chicago, had no doubt about it. Evolutionary theory provides a scientific rigour-proof explanation: as with other animal species, the instinct for survival activates patterns of the reaffiliation motive (RAM) allowing us to bond to our group of conspecifics. “The results of these studies in children and adolescents agree with the model of a failing RAM and intense hypervigilance developed by John Cacioppo [...]. A study of 730 adolescents in 2015 (Brussels, Author’s note) [...] indicated that children suffering from chronic loneliness can feel alone because of their own negative interpretations of social situations” (pg. 79-80). Cognitive behavioural therapy to correct cognitive distortion together with psychotropic drugs are considered a cure-all.

It can be said that this is an approach marked by typically Anglo-Saxon pragmatism. But what about scientists like Edoardo Boncinelli? He can be inserted among the prominent Italians to be remembered in the history of Italy for training generations of researchers on the study of human behaviour at the University of San Raffaele in Milan. In 2018, the last year in which he still produced his tireless activity as a scientific commentator, he wrote an article on the experimental demonstration of a topic that has been debated since the dawn of time: whether cooperative attitude is the result of education and persuasion or whether it “depends more on the nature of the individual”. “Well, administering food, however welcome, fails to teach mice to change strategy, while a small electric stimulation does. [...] Education, that is to say the elaboration of an ordered complex of conditioning, may sometimes not work properly or even at all. Acting directly on the brain, for example with a drug, can have another effect, perhaps a more tangible one” (Boncinelli, 2018). How can we not think of Bateson’s mice and weasels and simultaneously of the reference centres for rechristened electrotherapy that flourished everywhere?

Certainly, there is not only the cognitive-behavioural approach, with all its more or less soft and even heterodoxical variants. I have colleagues who I esteem greatly in the psychoanalytic field - indeed I found myself at Home in their own magazine *Ricerca Psicoanalitica* -, I read and appreciate the depth and cultured humanity of greats like Eugenio Borgna. I don’t appreciate stars like Massimo Recalcati as much. But since he seems to represent the spearhead for the treatment of eating disorders, I thought I would analyse his statements in light of the problem I pose: have we

increased scientific knowledge in psychopathology so that we can choose conscious and disruptive interventions? Moreover, from a systemic point of view, this theme represents a repository of knowledge, and indeed of identity. Anorexia is to a systemic like the unconscious is to Freud. But we know that Mara Palazzoli Selvini made the great leap by using her own psychoanalytic training and never renounced it. In fact, she wrote: “There is nothing worse and more disqualifying for psychoanalysis than its amateur use” (Palazzoli Selvini, 1976, p.39 1981). This leap was due to her passion for rigorous scientific thought and for the search for a transmissible and verifiable method that would escape the damage of ‘psychologising divulgation’ (p. 43 1981).

In analysing the sites of presentation of Recalcati’s many activities, it strikes me that he qualifies himself as an expert “in new pathologies: anorexia, bulimia, obesity, panic attacks, depression, psychosomatic phenomena, drug addiction, hyperactivity”. That this long list now defines historical pathologies as new (excluding hyperactivity, which appeared in the early 1990s anyway) is frankly striking. But having discovered that Recalcati preferred to graduate in philosophy rather than psychology, despite his young age, I think shows he did not have to study the history of psychopathology. The act of covering up for the lack of general explanatory concepts and hypotheses of pathological cases known for some time now, with proliferation and fragmentation in particular cases is evident. It is the opposite of a scientific process.

Of course, from a Lacanian psychoanalyst we might expect more respect for language. Respect for that principle of the *rectification of names* which I am precisely looking for.

In the field of eating disorders, especially restrictive ones, I have a lot of direct experience, because after patients have used the year state run healthcare program in the various ‘*new temporary nuthouses*’ (Italian or overseas), they return home and start their war again.

This letter was sent to me by a father and demonstrates this:

“...I am the father of a 26-year-old girl who has been suffering from a serious eating disorder for ten years (restrictive anorexia nervosa that has recently turned into ‘binge eating’). In addition to this, a mood disorder (bipolar and schizotypic) was diagnosed as well as a personality disorder (borderline) depending on which psychiatrist we were dealing with. She has been treated in public facilities, such as the Mental Health Service of xxx, and private ones, (such as Residence xxx to xxx), but also by various private professionals. The approach to her problem has been predominantly psychiatric based on the prescription of many psychotropic drugs (which she has taken up to now).

As a parent, I am very concerned about the chronicization of my daughter’s problems, the lack of a differential diagnosis, the heavy emotional family burden, the unpredictable consequences of the psychotropic drugs and the lack of a real psychotherapy” (Gandolfi, 2020 b).

The tragic confusion described by this father testifies to the fact that anyone, especially laymen, can speak and write about psychology and psychic distress, or replace the word mind indifferently with soul or brain, although sometimes even with enviable results. In fact, I found the last book by the archaeologist Andrea Carandini (2017 a) incredibly shrewd. I think it is not a coincidence that he revolutionized archaeology in the vital years of the 70s/80s, making it a scientific discipline. I found his conquering of the concept of *context* extremely useful and an example of the spirit of the times. The same complex construct that in psychology was supposed to replace the linear one of *environment*, in which instead even the systemics have decided to hide themselves in for some time (Carandini, 2017 b).

A huge cultural legacy, a great heritage wasted

Bateson (1979) tells of how psychiatrists opened their eyes wide when during his first lesson he asked what their theory on mental health and illness was. They simply did not understand the question, yet the history of medicine is all a sequence of outdated, confirmed, incorrect, imaginative, and sometimes very damaging theories (Capua, 2014; Corbellini, 2014). I wonder if psychologists and psychiatrists know that systemic theory was formulated by the mathematician Hadamard, regarding the processes that generate theories. Whether they know that double bind theory delves into the analysis of Gödel's bizarre rings, and that the problem of the effects of the observation method on the outcomes of the observed phenomenon is still a puzzle for physicists today. So much so, that the debate on what generates 'the real world' is more heated than ever (Greene and Geltenbort, 2016). In medicine, too, the classical linear concepts of cause/effect and time, on which psychoanalysis and cognitive-behavioural approaches are based, have proved insufficient in explaining the unpredictability and variability of disease processes. They have been replaced by the concepts *syndemic* and *emergent quality* (Vineis, 2014).

In reading older texts, one can trace all the ingenuity and inaccuracies of the transposition of these concepts into clinical psychology, which at the time were new and borrowed from other disciplines (physics, mathematics, biology, and genetics), yet the conceptual legacy is still enormous. What has stopped is the effort to continue in the study of theoretical evolution, continuing to ruminate on certain aphorisms, but above all, to mechanically overlay technical interventions exchanging them for theoretical premises, which for that matter are no longer understood. How to speak a by now unknown language. Mental laziness and mainstream acceptance have dried up all innovative incentives, leading to low-quality modern-day junk.

Still in those texts, however, it is still possible to find methodological

rigour and the clarity that marked the real turning point, the one that I would call the *second failed revolution*, in accordance with a statement by Kuhn (1962) on Gestalt theory. To exemplify the usual lucidity and precision of Mara Palazzoli Selvini:

“All interventions [...] have a common epistemology, that is, they share some conceptual patterns on the nature, the origins and the evolution of mental pathology and behavioural disorders. Such patterns are not applied only in the field of psychopathology, but they are deeply rooted in Western culture [...]. All attention is centred on the intrapsychic mechanisms of a subject, on his/her mind considered the bearer of the disorder. Modern psychology and in particular psychoanalysis have allowed science to make a major qualitative leap, overcoming the organic conception of mental illness, that is, linked to a soma dysfunction. Often the picture has even been overturned by hypothesising a possible psychic root of certain somatic diseases. But we did not leave the classic idea of the monadic conception of man consisting of soma+psyche with reciprocal interrelations. When confronted with abnormal behaviour, such as, the complex series of manifestations that is known as schizophrenia, if we no longer search for ‘schizococcus’, we are convinced that: i) you are faced with a person with a disease, with a dysfunctional psyche; ii) by investigating the mind of the subject, by observing, and getting to know them more deeply, one will be able to discover the causes of such a dysfunction; iii) the greatest difficulty will consist in the removal of such a dysfunction, whose roots can be found in a distant and therefore often irretrievable past; iv) other people (parents, members of the community) are the possible agents that trigger or favour the disease, which in any case resides in the carrier of the symptoms. The behaviour is strange, illegible: in this dimension the unconscious becomes the unexplored, unknown area where everything is possible [...] there is no question what the exploratory direction and the object of the analysis is, *i.e., the legitimacy of the intrapsychic conception of mental illness.*”

This is basically the core of traditional epistemology. The epistemological change consists in abandoning the mechanistic-causal vision of phenomena, which has dominated science to date, in order to access a systemic vision (today we would say complex, Author’s note). The object of study is therefore no longer the individual intrapsychic, but the relational system of which the individual is a part of. In this context, the symptom is investigated not as an external manifestation of an internal pathology of the subject, but in its communicational significance within the relational system.

This systemic vision also implicates new problems of a semantic and syntactic nature. In the case of semantics, it is because the use of a term which is loaded with meanings borrowed from other conceptual schemes requires continuous clarifications; consider terms such as: symptom, pathology, anxiety, depression, *etc.* in syntax, because the need to describe not individual behaviours, but interpersonal relationships, with simultaneous communications on various levels” (Palazzoli Selvini, 1976, pp. 55-57).

We find the same reference to the risks of the semantic effects of psychiatric lexicon in Basaglia’s work (in Goffman, 1968), because the rectification of words, strictly connected to ethical awareness, cannot hide behind the presumed neutrality of science. Through its classificatory and

interpretative choices, it can make reality match its own hypotheses. To define mental illness as *incomprehensible* and *incurable* and assume that it depends on a *sick body* in order to receive the legitimacy of being a branch of general scientific medicine, meant that psychiatry was “born to treat a disease of which the aetiology and pathogenesis were unknown. It found itself manufacturing a sick person as its image, so as to justify and guarantee the methods on which its therapeutic action is based” (Goffman, 1968, p. 407, 2001).

In these 1968 and 1976 texts there is the core of the cultural leap, of the true distilled heritage thanks to that intellectual and methodological maturation that characterized the leap between two incredible and simultaneously dramatic centuries: the end of the 1800s and the first half of 1900s.

But it is impossible not to realize that the temporal needle seems to have been reversed, turned upside down. What was considered to have been surpassed in the 70s bloomed as novelty in the 2000s. Have we therefore proceeded to ‘turn back the clock’ as Umberto Eco stated? Evidently, we have, if an epistemologist like Michela Massimi is awarded the Wilkins-Bernal-Medawar 2017 Medal by the Royal Society because she is committed to “defending a realistic perspective on science” against “flagrant conceptual changes, as Thomas Kuhn emphasized in the 1960s” (Massimi, 2019, p. 59). Moreover, for example, she cites the advantage of using “theoretical pluralism” to understand the aggressive behaviour associated with sexuality much like the physics of particles (p. 46). This is exactly what Eco (2006) calls “the syncretic acceptance of all models, not to mention all values” (p. 340). Thus, the embarrassing question is: «What theory do we choose to explain mental illness?» we fall back on a mix in which a reference to the theory of attachment is always present, legitimized by the current infatuation for epigenetics. Thus, the return to the seduction of a biological explanation of each behaviour, pushed towards Freud’s innovative ideas, that gave dignity also to affectivity and subjectivity, uniting the Freudian drives to the genetic heritage, by now considered completely discovered. While brushing up on self-suggestive and meditative techniques serves to paint the grey clothes of Western self-control a brighter colour. What comes out of it is what I call a diagnosis, or a theory, a chimera (Gandolfi, 2019). This is all strictly ascribed to an individual subject, although with some concessions to the effects of the environment based on the reassuring concept of a linear cause and effect. All this is made scientifically plausible with the integrated intervention label. Therefore, confusing algebra with combinatorics!

“Yet here, too, as the new giants reject the legacy of the old giants, the dwarf’s deference also asserts itself [...]. The risk, for everyone, though the fault of no one is that constant innovation constantly accepted by everybody will lead to ranks of dwarfs sitting on the shoulders of other dwarfs” (Eco, 2006).

A connexionist approach to the concept of mind and Matteo's story

I return to the motivation that prompted me to choose the content of this article, aware of running the risk of appearing hypercritical or too pessimistic about the state of health in our discipline. But the meeting in Milan and the hope that something can really change in the troubled and desolate panorama of psychic suffering, especially in the context of the developmental age, has made me get straight to the point. So, I close with the negative part of criticizing views (the *pars destruens*) and I venture into that *pars construens*. I venture with the spirit of the stupid, willing to be criticised and corrected: “Mediocre, I do not have the stature of the greatest minds. Good or bad, I try to follow the path of the scholar... The path of honour is paved with misery and servility. Stupidity, she indeed has her own elegance” (Nguyen Tai, in Bussolino, 2009).

Psychotropic drugs have always accompanied the history of man and the debate about their use interests me in understanding the meaning that both the patient and his/her entire relational network attribute to it. The purely biochemical aspects I leave to the specialists in the field. In my work I never interfere with the choices of fellow psychiatrists, who are often valuable allies, when they share the premise that we work together for the good of the patient. Management, interruption, and chronicization of drugs are in fact manageable only if one understands how the drug information is perceived and conveyed in order to define the mutual relations of belonging and self-definition. In fact, “the drug is immediately given a meaning that will both bond with the identity of the person who takes it and nourish the conversational mind of the whole reference system” (Gandolfi, 2015, p. 204). It is common in psychotherapeutic practice to see patients try to guess whether their therapist is in favour or against their taking the drug, or whether the psychiatrist could be offended if he/she knew that the patient had doubts about its effectiveness or its toxicity. Thus, as in families, it is always a creeping and sometimes clandestine subject. In the text *Manuale di tessitura del cambiamento* [Manual for weaving change] (2015) I illustrated a series of situations where the understanding of drug information allowed us to identify the profound meaning of the individual and family suffering of those who take it and also to optimize its management. This is also the case in facilities that are no longer called asylums, but that do not work very differently.

Matteo's case lends itself in a striking way. Matteo is a handsome young man of 27 years, he is successfully coming to the end of an internship at an important company and, if he wishes to, he can choose to continue working there or to join his family's company. Since the end of university, he has lived independently in a small apartment above his parents. His autonomy became almost total since he began living with his girlfriend,

and this had been going on for a year now. He suffered from panic attacks at the start of university. A psychiatrist diagnosed him with social anxiety and supported him with drugs for two years. The attacks disappeared, he graduated from his undergraduate degree and then began his master's to specialise in his field of study. After two years of well-being, and his internship going extremely well, his attacks started again. He returned to the psychiatrist he trusted, who supported him for another year. He meets Anna with whom he starts a progressive and functioning relationship where they live together. He no longer suffers from panic attacks, so he ends it with the psychiatrist.

He now knows how to manage the medication on his own and takes it 'when needed' in case of stress. If he needs a prescription, his mother obtains it for him through her psychiatrist, whom she visits a couple of times a year for depression, which is treated with lithium.

Matteo believes he is cured from the panic attacks. He comes to me after the last contact with the psychiatrist because he considers himself a procrastinator. He claims that he never experienced this unpleasant characteristic before. He feels indecisive in his work, with Anna, for the decision of possibly moving house. Matteo completely disregards any connection between the current situation of indecision, which he defines as a weakness, and previous periods of crisis. He also does not understand that it is normal to be indecisive in the face of these existential choices.

I omit here all the work of negotiating and defining the therapeutic relationship and of reconstructing the family system, in order to reach the point of interest for this article. I ask Matteo if he is willing to do a job for me. I propose that he create a grid in which to mark in one column the years when he went to the psychiatrist and took medication. Then to add a column for each of the people who are important to him (mother, father, half-brother - the father's first son from a previous marriage -, other family members who collaborate in the family business, and Anna). He had to reconstruct the temporal link between his treatment with the psychiatrist and what those people were doing at that time in their lives.

The next session Matteo returns with a treasure trove of information hung to dry, as though they were photos that have just been developed on the thread of his medication history, that is, of his official label of 'patient to psychiatrist'. I will not reveal to the reader all the simultaneous systemic/family events that coincide with the 'pharmacological' starts and stops. The interesting thing is that when Matteo comes to me the family picture is stabilized in terms of conflict. So, there is no apparent cause for his discomfort. His family system looks like a bunch of Mikado sticks that have been placed in precarious equilibrium, but they are balanced. Everything had happened in the previous years. Matteo navigated through it, also thanks to the help of the psychiatrist, but now it is he who can upset the balance.

He has become *the emergent quality*, he demonstrates the Mikado structure: whatever stick he moves, that is, whatever decision he makes, all the sticks will be involved. As the young Matteo grasps the connections between all the sticks and sees the processes that have positioned them in that way, his current and prior 'feeling of being weak and indecisive' takes on a clear, new and perfectly plausible meaning. Anyone would have felt this way in that context, with that life story.

The work of complexification of the connections proceeded. Matteo comes to each session more and more angry and nervous, and I ask him if this is a situation in which he would 'need' to take medication. He confirms to me that in fact he has been taking medication, but always self-medicating. I point out to him that it does not seem to me an act of weakness to ask the psychiatrist for help again, while it does not seem to me a good idea to self-medicate, all the more since we made that synoptic grid and it had emerged that it was important that he manage his prescriptions directly, without asking his mother 'for a favour'. It is at this juncture that *the meaning of the medicine information* emerges with all its paradoxical strength. The context gives and reveals a much wider meaning to the 'banal' behaviour of the sporadic use of a pill: "The medication is in my mother's bathroom, downstairs, so she is always informed when I take it and of how many pills I have left! Should I tell her openly that I want to bring the pills to my house? Should I argue about this too? Hear her again say: after all the sacrifices I have made for..." The therapist has to be responsible for co-building a way of managing the medication. Only in this way will Matteo stay afloat.

I chose the story of Matteo because the significance of the problem of drug management and discontinuation emerges, but I could have talked about the case of Eric, who has a genetic disease with mental deficiency, or Katy, who ended up in intensive care due to the severity of her anorexia, or Carlo who, at the age of 35, has lived for 15 years in rehab centres, going on holiday every once in a while to a psychiatric ward, and many other stories (Gandolfi, 2015). In fact, medication, like any other behaviour linked to a diagnosed psychopathology, is a significant 'conversational pretext': the *emergent quality* of the way the specific system we meet works. The mind, like pathology is no longer an individual attribute, but it is the emergent quality of the process of interconnection between all the 'conversationalists' in which each individual is inevitably involved. Therefore, 'any mind' is to be understood both as a system of simultaneously interconnected functions relevant to an individual (biological organisation), and as a result of the process of interconnection between individuals bound by increasingly complex contexts and in turn hierarchically interconnected: family level, social level, macrocultural and religious level, and political level. What I call *the conversational mind*.

Living beings look more like chaotic systems than microscopy preparations or individual neurones. “A healthy system... is a system that guarantees belonging of one of its components while allowing it a complexification and multiplication of the possibilities of acting with other members inside and outside the original system” (Gandolfi, 2015, p. 33).

“Therefore, the mind, although biologically supported by an individual brain and body, is generated and developed in the complex and simultaneous relationships that bind individuals. [...] It is on this basis that I consider ‘any mind’ a superindividual process” (pp. 52-53). In this perspective, the symptomatic onset, and its possible structure and chronicization into a diagnostic label, is to be considered the epiphenomenon that highlights the functioning/dysfunctioning of the entire network of relations. Pathology is generated by the collapse of the system and makes all connections visible simultaneously.

The therapist must become an expert on complex conversational networks. Only in this way does bizarre behaviour take on meaning, comprehensibility and the possibility of being treated.

Exactly the opposite of what happens with a diagnosis codified by the DSM that extrapolates behaviour from the context, allowing for at most a textbook stereotyped relationship. This behaviour transforms into a complete definition of the patient’s reality and personality. But if the mind is considered the emergent quality of a complex process of interconnection, pathology, understood at this point as syndemic, cannot be controlled or expelled by controlling the single bizarre individual or moving him/her away from its system.

The choice of a linear paradigm explains the cohabitation of ‘theoretical polytheism’ accepted in the integrated approach: each piece of description of consciousness or self has its own theory. After all, even the most orthodox psychoanalysis includes the term relationship. The theory of attachment has also given back some dignity/responsibility to fathers. The cognitive-behavioural approach can include things as far away from its premise for rationality, falling under the transcendental contemplation into neurobiological materialism (Balter, 2017; www.unipi.it). With regard to the return of systemics to the good old fashioned linear concept of trauma (linearization of time and breakdown of simultaneity) I have already spoken. What allows for coexistence to be integrated summation (to each a floor of the theoretical building) is the sharing of the same paradigm: one can now highlight one plane or another, but psychopathology is always considered something that belongs to the individual. It can change the emphasis on the mind/body connection, or on the child/adult bond, or on the individual/environment bond, or on the subject/event bond at a given time, or on the connection between neurotransmitters, but psychopathology remains a problem, a suffering resulting from an individual imbalance that

must, using different techniques, go back into equilibrium. Each local theory is concerned with making its own floor of the building shine.

But it is the entire condominium that is rickety, like those buildings that we find in post-colonial countries or in the improvised suburbs of megacities where, depending on the whim of the inhabitants of the single portion of the house, you can find a gothic gargoyle, a classic gable, a pagoda roof and a large electronic advertising panel.

Changing paradigm means seeking out superordinate concepts that deal with the processes of connection of individual partial theories, not seeking out which partial theory can explain the whole, because it is a contradiction. On the other hand, the premise that the mind and its pathologies are individual explains why each of the accredited psychological theories can accept the DSM-5 diagnostic system.

In a complex approach to living beings, by changing the paradigm that replaces circularity with linearity, both the concept of mind and psychopathology become extra individual and dislocated.

Pathology, considered in this way, is to the concept of health, as the problem of waste is to environmental pollution. In a linear paradigm, you create ways and need to find ways to store them. In a circular logic, that is actually ecological, *i.e.*, Batesonian, that favours processes and ‘the structure that connects them’, waste must not be produced. Indeed, the problematic excess of one element is emergent quality, it is an indicator of an imbalance in the interconnection of all systems.

Can Spider-Man still be saved?

This article was written during the COVID-19 pandemic, when people seemed more disturbed by the discovery that science is not omnipotent, that statistics are not totally superimposable to real life, that an explanatory hypothesis must await verification, and above all, that not all scientists think the same, than from the discovery of human fragility in the face of nature’s self-defence force. Here, then, we mobilized psychiatrists and psychologists who explained the difference between fear, anxiety, and panic and then the techniques to control them, obviously with abundant concessions to psychotropic drugs, use of relaxation techniques and paternalistic occupational therapy advice. This event brought us back to reflecting on what the process of science is and what ethical and useful science is. There is nothing more suitable to conclude my discussion than the preface by Umberto Curi, Professor Emeritus of the History of Philosophy at the University of Padua, in Ilaria Capua’s text, *Circular Health: Empowering the one health revolution*. “[...] we are surprised [...] disappointing the enthusiasts of disciplinary rigidities, the academically

defined vestals of knowledge. Both of them destined to the object of fierce sarcasm of people who know best - I am referring to Albert Einstein - who loves to remind the proponents of the divisions between disciplines that nature is not divided into departments, as are universities... the One Health approach, that is a scaffolding in the text, undoubtedly marks the appearance of a new paradigm... revisiting Thomas Kuhn's scheme in a not merely decorative manner" (Curi, 2014, pp. 10-11).

In this text we can find the concepts that have marked the failed revolution even in the psychological field that I have already mentioned. A revolution that conceives health as a system and that by putting 'interconnections and interdependencies' at the centre changes the very definition of health and disease.

Perhaps the needle of time has again turned in the right direction. The ecological approach to Bateson's mind reminds us that, as man belongs to Nature and only within Nature can he understand who he is, thus every individual is born and lives within his system of relationships, that are complex and interconnected, and only within that system can he/she find the meaning of all his/her behaviours, even the most painful and disturbing ones. Before shortening the sleeves of a jacket, so that you have the right length for your hands, you must make sure that your shoulders are cut to the right height and the centre line of your back is perpendicular to the hem. This is the difference between a tailor-made dress and a dress that looks perfect on a mannequin, but once worn will make you look like a scarecrow. Today we apply this to the concept of health, even mental health: a highly specialized factory where there is the department of sleeves, the shoulder department, the sewing department of the back, *etc.* but the master craftsman, who has in mind a template in which every part must find its own proportionate location, is missing. Therefore, the concept of a pre-conscious paradigm choice is needed.

And what about the mythical '*Uomo Ragno*' (Spider-Man) in the song written by the band 883 in 1992? The history of customs tells us that in times that foreshadow moments of great instability and social control, songs that are apparently stupid appear, but they have subversive metaphorical content. This is the case for the song '*È arrivata la bufera*' (the storm has arrived), written by Renato Raschel in 1939 and which was censored. Our Spider-Man seems to have been created out of economic lobbies and the power of advertising. Economists tell us that by the beginning of the 90s, finance changed the World (Perkins, 2004). We know that all scientific disciplines suffer enormously because of economic mechanisms underlying funding and peer review management systems (Bucci, 2015). That is why one must recover a psychotherapeutic working method capable of documenting one's disruptive capacity step by step. That can structure audits and checks over time and also document the cost-benefit ratio.

This is exactly the heart of the current problem of science in general, in which the repetition of procedures that do not question the theoretical premises (consilience) prevents the most robust and up-to-date theories from emerging, highlighting the contradictory effects on the same problems in relation to the different way of dealing with them (triangulation). This is considered by epistemologists to be the only way out of theoretical polytheism that renders many interventions ineffective. “Most scientists would be hard-pressed to describe it. Researchers typically receive extensive training on experimental methods and the design of experiments, while training for causal inference approaches is poor. They are left with no framework to guide scientific pursuit” (Munafò and Smith, 2018, p. 68).

We hope that the third revolution will not be missed again and... long live Spider-Man!

REFERENCES

- Allen, F. (2013). *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Balter, M. (2017). I misteri della schizofrenia. *Le Scienze*, 7: 68-73. Titolo originale Schizophrenia's Unyielding Mysteries in *Scientific American*, April 2017, vol. 3016, issue 5, pp. 54-61. doi:10.1038/scientificamerican0517-54.
- Basaglia, F., & Ongaro, F. (1971). *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*. Torino: Einaudi.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi, 1984.
- Boncinelli, E. (2018). Incentivi e condizionamenti. Uno studio sul comportamento cooperativo nei topi ha dato risultati sorprendenti. In Rubrica Appunti di Laboratorio. *Le Scienze*, 596. p. 15.
- Bucci, E. (2015). *Cattivi scienziati. La frode nella ricerca scientifica*. Torino: Add editore.
- Carandini, A. (2017a). *Antinomia ben temperata. Scavi nell'io e nel noi*. Torino: Utet.
- Carandini, A. (2017b). *La forza del contesto*. Bari: Laterza.
- Corbellini, G. (2014). *Storia e teorie della salute e della malattia*. Roma: Carocci.
- Castellani, A., a cura di (1984). *I Dialoghi di Confucio*. Firenze: Sansoni.
- Cirri, M., & Dell'Acqua, B. (2020). Intervento al programma RAI *Quante storie*; 17/03/2020.
- Curi, U. (2019). In Capua I. (2019). *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*. Milano: Egea.
- Dal Col, G., & Duggleby, L. (2009). *Il lato invisibile del paradiso. Pellegrinaggi ai confini del Tibet*. Trento: Egon Editore.
- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121. doi:10.1016/j.addbeh.
- Demichelis, L. (2018). *La grande alienazione. Narciso, Pigmalione, Prometeo e il tecnocapitalismo*. Milano: Jaca Book.
- Eco, U. (2006). *A passo di gambero. Guerre calde e populismo mediatico*. Milano: Bompiani.

- Gandolfi, M. (2015). *Manuale di tessitura del cambiamento. Un approccio connessionista alla psicoterapia*. Roma: Fioriti editore.
- Gandolfi, M. (2018). L'importanza di chiamarsi Ernesto e di essere mancini. Per un approccio connessionista complesso ai disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). *Ricerca Psicoanalitica*, 29(2), 11-20. doi:10.3280/RPR2018-002004.
- Gandolfi, M. (2019). ADHD e 'diagnosi chimera': efficaci indicatori dello stato di salute della scienza psicologica. *Ricerca Psicoanalitica*, 30(2), 55-74. doi:10.3280/RPR2019-002005.
- Gandolfi, M. (2020b). Quale cura della mente per quale futuro. Costruire salute o alimentare patologia? Testo disponibile al sito MAD IN ITALY, 13 marzo 2020: www.mad-in-italy.com.
- Garboglio, L. (2018). La scatola magica resta un mistero. Intervista a Eric Kandel. *La Repubblica*, 27 febbraio 2018.
- Gasperetti, M. (2019). A caccia di segreti nella testa dei monaci che meditano. Un team di docenti dell'Università di Pisa nel centro di Dharamsala. *Corriere della Sera*, 8 febbraio 2020.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Edizioni di Comunità, 2001.
- Greene, G. L., & Geltenbort, P. (2016). L'enigma del neutrone. *Le Scienze*. Giugno 2016, pp. 31-35. Titolo originale The Neutron Enigma, in *Scientific American*, 314(4), 36-41. doi:10.1038/scientificamerican0416-36.
- Healy, D. (2016). *PHARMAGEDON. Eclissi della cura e marketing della medicina*. Milano: Mimesis.
- Kuhn, T.S. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi, 2009.
- Massimi, M. (2019). Il salto della pulce ovvero a cosa serve la filosofia della scienza. *MicroMega*, 1, 41-62.
- Munafò, M. R., & Smith, G. D. (2019). Triangolazione: per un nuovo paradigma nella ricerca scientifica. *Micromega*, 1, 63-69.
- Negri, A., Andreoli, G., Belotti, L., Barazzetti, A., & Martin, E. H. (2019). Psychoterapy trainees' epistemological assumptions influencing research-practice integration. *Research in Psychoterapy: Psychopathology*, 22(3), 344-358. doi:10.4081/rippco.2019.397.
- Nguyen, T., in Bussolino, C., (2009). *VIET NAM. Dal delta del Mekong ai mille faraglioni di Halong*. Faenza: Polaris.
- Palazzoli Selvini, M. (1976). *Il mago smagato*. Milano: Feltrinelli, 1981.
- Perkins, J. (2004). *Confessioni di un sicario dell'economia*. Roma: BEAT, 2012.
- Rossi, M., & Vanni, F., a cura di (2018). Alla ricerca di una psichiatria dell'interiorità: intervista a Eugenio Borgna. *Ricerca psicanalitica*, 29(3), 13-35. doi:10.3280/RPR2018-003003.
- Russo, F. (2018). L'abisso tossico della solitudine. *Le Scienze* 3: 76-81. Titolo originale Loneliness Can Be Toxic, *Scientific American*. (2017), 318(1), 64-69. doi:10.1038/scientificamerican0118-64.
- Sadin, E. (2016). *La silicolonizzazione del mondo. L'irresistibile espansione del liberismo digitale*. Torino: Einaudi.
- Sokal, A., & Bricmont, J. (1997). *Imposture intellettuali. Quale deve essere il rapporto tra filosofia e scienza*. Milano: Garzanti 1999.
- Taylor, J. B. (2006). *La scoperta del giardino della mente. Cosa ho imparato dal mio ictus cerebrale*. Milano: Mondadori, 2017.
- Tibaldi, G. (2016). Il gioco vale la candela? Riconsiderare l'uso degli antipsicotici alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine. *Rivista sperimentale di freniatria*. CXL (2), 43-64. doi:10.3280/RSF2016-002004.
- Università di Pisa. (A.A. 2019-2020). Master Universitario in 'Neuroscienze, Mindfulness

e Pratiche Contemplative' in collaborazione con l'istituto Lama Tzong Khapa.
Disponibile online: www.unipi.it
Vineis, P. (2014). *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*. Torino:
Codice edizioni.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 27 July 2021.

Accepted for publication: 7 February 2022.

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

©Copyright: the Author(s), 2022
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:608
doi:10.4081/rp.2022.608

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

Hanno ucciso l’Uomo Ragno. Nascita, splendore, declino di una fase mitica della psicopatologia clinica e della psicoterapia. C’è ancora margine per una loro dignità scientifica? Una proposta connessionista complessa

*Miriam Gandolfi**

SOMMARIO. – Il panorama delle offerte di interventi tecnici in ambito psicoterapeutico non fa certo difetto per quantità e varietà. Anche la psichiatria, soprattutto non accademica, sta producendo grande mole di ricerca circa due gravi fenomeni: l’incremento incontrollato della prescrizione farmacologica e la grave sottovalutazione degli effetti collaterali e della sindrome da interruzione di assunzione. Non altrettanto si può dire dello sforzo concettuale nel riflettere, formulare e dibattere teorie che si interrogano sulla natura dei comportamenti che vengono definiti psicopatologici. Migliorare la loro comprensione permetterebbe una gestione più efficace dei processi psicoterapeutici e non il semplice controllo degli aspetti sintomatici. Attualmente è tornato in auge il vuoto, benché rassicurante, termine di raptus, così come l’onniesplicitiva ricerca di un trauma/causa. La prospettiva evolucionista, grazie al termine epigenetica, reintroduce una descrizione lineare e determinista di geni residuali. Neuropsicologi e neurobiologi non hanno dubbi sull’esistenza di strutture e meccanismi biologici di base difettosi che permetterebbero di tracciare una linea di demarcazione certa tra normalità e psicopatologia. L’autrice, dopo aver messo a confronto gli sviluppi dei diversi approcci che affrontano le tematiche e la gestione della psicopatologia, propone un percorso rigoroso e coerente con un approccio sistemico-connessionista circa le modificazioni del concetto di mente, di psicopatologia e di cambiamento psicoterapeutico e richiama l’attenzione circa il rischio di sostituire concetti teorici con la suggestione di linguaggi descrittivi fuorvianti. Dopo aver indicato nelle teorie della complessità la scelta della sua cornice epistemologica di riferimento, propone, attraverso l’esemplificazione e la presentazione di un caso clinico, il suo metodo di lavoro. Un metodo dove trasmissibilità e verificabilità restano criteri scientifici fondamentali.

Parole chiave: Global health; teorie della complessità; qualità emergente; perturbazione; interruzione degli psicofarmaci; COVID-19.

*Psicologa, Psicoterapeuta di formazione sistemica; Responsabile della ricerca di Officina del Pensiero di Bolzano e Trento. E-mail: miriamgandolfi@yahoo.it

La politica dello struzzo non porta lontano

Il 18 gennaio 2020 a Milano, ospiti di *La Casa della Psicologia*, si è tenuto un incontro dal sapore *vintage*: autoconvocato, autofinanziato e autogestito, pochi *psy* (esperti per professione) giovani, molti attempati e altrettanti ‘esperti per esperienza’ (pazienti e/o familiari).

Era impossibile non tornare con la mente ai giorni eroici di fine anni ‘70 e tutti gli anni ‘80 del Novecento in cui l’entusiasmo e il fermento culturale della psicologia clinica e della psichiatria alternativa riuscivano a dialogare e impegnarsi in sfide intellettuali stimolanti. Gli anni di un fermento mondiale in cui impegno etico, sociale e scientifico avevano incrinato le barriere tra Scuole e teorie psicopatologiche. Figure professionali di diversa formazione erano tutte accomunate in una speranza di democratizzazione di cui uno spirito acuto come Franco Basaglia aveva subito colto ambiguità e pericoli. Quello che definì ‘il rischio antiscientifico’ (Basaglia, 1971).

L’occasione era comunque delle migliori: Giuseppe Tibaldi, Marcello Macario e Raffaella Pocobello¹ avevano chiamato a raccolta chi fosse sensibile ed interessato a creare una sezione italiana di *International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal* (IIPDW). Un *board* internazionale così importante non si muoveva certo senza motivi. D’altra parte proprio a Milano a pochi giorni di distanza si sarebbe tenuto il mega convegno di *Neuropsicofarmacologia e nuove frontiere terapeutiche*: presidenti C. Mencacci e M. Balestrieri.

Il colpo al cuore di chi scrive fu duro: il convegno si teneva nelle mitiche sale del Palazzo delle Stelline di Corso Magenta. Il luogo dove Mara Palazzoli Selvini aveva dibattuto con Framo e Stirling, battibeccato con Andolfi (ma con chi non battibeccava, lasciando elettrizzato il pubblico?). Erano passati di lì tutti i grandi, Boscolo e Cecchin, la Hoffman e poi da lì ci si rincontrava a Zurigo, a Firenze, a Roma, ad Heidelberg e chi poteva anche oltreoceano. Quei raduni erano una fucina di pensieri e lavori di grande o piccolo respiro, ma tutti interessati a fornire un apporto di conoscenza ai vari ambiti della salute mentale.

Detesto le *lamentationes* del tempo andato, ma è inevitabile prendere atto del declino, di una sorta di abbandono culturale, in cui langue la psicopatologia clinica attuale. Sempre più attratti dalle abbaglianti promesse

¹ G. Tibaldi: psichiatra e psicoterapeuta, Direttore Salute Mentale Area Nord AUSL Modena. M. Macario: psichiatra, Responsabile Centro Salute Mentale di Carcàre, ASL Savona. R. Pocobello: psicologa, ricercatrice presso l’Istituto di Scienze e Tecnologie della Cognizione del CNR.

delle neuroscienze, proprio gli psicologi sono diventati i maggiori mentori dei trattamenti farmacologici.

Di quel movimento creativo, trasversale alle varie teorie psicopatologiche, partorito dalla Scuola di Palo Alto non sembra restare più traccia. Il *Milan Approach*, oggi, si presta alla citazione: “Sotto il vestito niente!”. E degli sforzi di rinnovare la psicopatologia dell’età evolutiva e della tematica annessa della gestione del mondo della scuola? Psicologi e Neuropsichiatri Infantili si sono trasformati in produttori di certificazioni al servizio della efficiente ‘fabbrica per rompere i bambini’, in cui tutte le funzioni vengono trasformate in un quoziente per potersi autolegittimare come *evidence based*, perché espresso in un numero (Gandolfi, 2018, 2019, 2020b).

Veramente vogliamo continuare a fare gli struzzi rilasciando interviste ecumenico/trionfalistiche come quelle che recentemente hanno visto Beppe Dell’Acqua e Massimo Cirri (2020) decantare la grande umanizzazione della psichiatria e l’accoglienza scolastica garantita a tutti i bambini?

Oppure, ancor peggio, vogliamo credere che, senza nulla togliere alle scoperte delle neuroscienze, accettiamo che tutta la complessità della mente umana possa essere spiegata da circuiti biologici di base, da neurotrasmettitori o da singoli geni? (Kandel, 2018).

Personalmente mi inquieta sapere che il tempo delle neuroscienze di Pisa si occupa di dimostrare che i monaci buddisti sono la prova scientifica che tutto si può spiegare con una registrazione elettromagnetica transcranica dell’attività cerebrale e controllare con le tecniche meditative (Gasperetti, 2020; www.unipi.it).

Questo lavoro prende le mosse proprio da ciò che ha messo in moto l’IIPDW. Infatti, se non riusciremo a sviluppare un progetto di studio scientifico sul modo di *concepire, spiegare, teorizzare e verificare un modo altro* (non puramente organicista) la malattia mentale, non credo avremo molte possibilità di contrastare l’approccio riduzionista e mercantile che sta dilagando.

Non dobbiamo lasciarci spingere nell’*angolino degli ideologizzati*, penso sarebbe ora di riprendere pensieri di ampio respiro che hanno caratterizzato momenti importanti della storia della psicologia/psichiatria clinica. Dunque, non mi farò scrupolo di riesumare espressioni ‘obsolete’ come epistemologia, precisione del linguaggio, coerenza tra modello teorico e scelte tecniche.

Mi atterrò al principio confuciano del *cheng ming*, cioè della ‘rettificazione dei nomi’, che significa che se le parole non sono in accordo con la realtà delle cose ciò che si intraprende non può essere portato a compimento. Compito dello studioso deve essere agire eticamente e il *cheng ming* consente ad azione ed etica di incontrarsi (Castellani, 1984).

L'attuale stato dell'arte

Un gruppo di colleghi del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università di Bergamo ha recentemente pubblicato un lavoro di ricerca che tenta di analizzare ed individuare il grado di attenzione che le diverse scuole di formazione psicoterapeutica assegnano allo studio consapevole delle cornici epistemologiche, a cui i modelli proposti fanno riferimento, e se questo insegnamento consapevole influenzi un atteggiamento/attitudine di ricerca dei futuri psicoterapeuti nel corso del loro lavoro clinico. Non entro nel merito dell'accurata elaborazione e analisi degli items e delle specificità tra diverse scuole psicoterapeutiche (analitica, cognitivista, sistemica). Sottolineo il fatto trasversale che gli allievi, con poche differenze tra i modelli, una volta divenuti terapeuti sono più interessati agli aspetti strettamente operativi, le terribili 'buone prassi', piuttosto che a porre attenzione alla coerenza tra concetti teorici acquisiti e scelte tecniche attuate. E questo spiegherebbe la scarsa consapevolezza di quali siano le manovre che inducono un cambiamento mirato e consapevole del processo terapeutico attuato (Negri *et al.*, 2019).

Il risultato, benché poco incoraggiante, non stupisce, se si considera un rumore di sottofondo che opacizza la riflessione sul concetto di psicopatologia.

La domanda esplicita «cosa pensi che sia la malattia mentale?» è ormai quasi clandestina, forse considerata oscena, certamente pericolosa. Tutto spinge al cosa fare, al come controllare i comportamenti più o meno indesiderati. Implicitamente viene accolto come condiviso il sistema diagnostico del DSM-5 e la silenziosa accettazione dell'idea che mente e cervello coincidono. Di conseguenza la psicopatologia diventa una disfunzione personale di chi la manifesta. A questo *must* non si sottraggono psichiatri illuminati, psicologi e psicoterapeuti di ogni formazione e associazioni di pazienti e familiari. Questo è quanto emerge anche leggendo articoli tecnici e di associazioni.

personalmente credo si debba tornare al problema di fondo. Non è sufficiente limitarsi ad una lotta di principio all'autodeterminazione (farmacologica o di *recovery*) o di intervento compassionevole per una mobilitazione sociale anti stigma. Il punto cruciale è espresso perfettamente da Frances Allen (2015): “sono stato costretto a schierarmi in quella che era diventata una lotta intestina per il cuore della psichiatria: mi sono trovato a combattere una battaglia, che si annunciava disperata, per proteggere la normalità dalla medicalizzazione e la psichiatria da un'espansione eccessiva” (p. 10). Allen punta dritto al cuore del problema: possiamo parlare ancora di un metodo scientifico nel fare diagnosi? Ovvero costruire una teoria sul fenomeno che vogliamo studiare e poi scegliere un trattamento per verificarla attraverso il controllo dei risultati e la loro replicabilità?

Ancora Allen parlando del DSM-5: 'Qualsiasi cambiamento del sistema diagnostico doveva essere orientato *al metodo scientifico* e basato su prove oggettive, e non certo influenzato dai miei ghiribizzi personali, o da quelli di qualcun altro... non c'erano dati scientifici stringenti che corroborassero la gran quantità di proposte che ricevemmo. Ogni giorno la ricerca psichiatrica di base aveva da offrire nuove entusiasmanti informazioni sul funzionamento del *cervello, ma nessuna si traduceva in nuovi modi di diagnosticare e curare i pazienti*' (ivi p. 11).

Il problema del rapporto tra criteri usati dall'osservatore del comportamento e la costruzione della condizione di malato mentale è stato proprio uno dei cavalli di battaglia dell'approccio veterosistemico e successivamente afferente alle teorie della complessità, che hanno portato a rivoluzionare diagnosi, terapia e interventi socio-assistenziali. Ma pare che questa spinta sia andata perduta, se si considera che quasi tutte le scuole sistemiche vendono formazioni in EMDR e adesione acritica alla lineare teoria dell'attaccamento. Ovviamente senza dimenticare un pizzico di teoria evuzionista, che ritiene di poter spiegare ogni patologia come residuale memoria archeogenetica di comportamenti utili alla sopravvivenza nel lontano passato. Infine, non esiste scuola che non presenti l'approccio *mindfulness*, conferendo un tocco orientalista, al momento in auge. Il problema è che tutti questi spunti sono presentati come una miscellanea, che non distingue il piano logico e dell'inquadramento epistemologico della teoria esplicativa da quello tecnico, anche utile sul piano del controllo contingente.

Ho analizzato altrove (Gandolfi, 2019) il pericoloso slittamento che trasforma processi descrittivi in processi esplicativi e le radici epistemologiche di tale grave errore. Tuttavia, ciò non succede a caso, infatti ho constatato che contesti quanto più considerati 'scientificamente duri e puri', tanto più hanno l'abitudine di usare linguaggi suggestivi e che portano a slittamenti tra la formulazione di una teoria e la sua presunta *esistenza materiale*, definita *evidence based* (Sokal e Bricmont, 1999). Qui vorrei riportare alcuni esempi di quanto un linguaggio suggestivo rischi di confondere a aggravare il problema. Jill Bolte Taylor, membro nel 1994 del consiglio di amministrazione del NIMH (*National Institute of Mental Health*) e ricercatrice presso la Brain Bank dell'Università di Harvard, era in perenne caccia di cervelli di schizofrenici per elaborare "un protocollo con cui visualizzare tre sistemi di neurotrasmettitori di una medesima porzione di tessuto [...] Volevamo comprendere meglio i microcircuiti del cervello [...] Più fossimo riusciti a capire le differenze a livello cellulare fra il cervello di persone affette da gravi malattie mentali e il cervello normale, più la comunità medica sarebbe stata in grado di aiutare i malati con farmaci appropriati" (Taylor, 2017, p. 12).

Questa la premessa teorica che ipotizza che il cervello degli

schizofrenici funzioni con neurotrasmettitori difettosi. Ma l'aspetto davvero inquietante, che viola il principio del *cheng ming* (la rettificazione dei nomi) è il continuo uso di termini ed espressioni che definirei animistiche: la struttura anatomica dei due emisferi è definita come 'dualità della mente', "la mente destra, per sua stessa natura, è spontanea, spensierata, e fantasiosa, e consente ai nostri umori artistici di scorrere liberi" (p. 32); "le cellule del mio emisfero sinistro mi dicono che mi piace il rosso" (p. 34). Mi si dirà che da una neuroanatomista non ci si può attendere molto altro. Ma sempre sotto il mantello del rigore scientifico di una rivista come *Le Scienze* troviamo un corposo articolo sui meccanismi biologici sottostanti alla *malattia della solitudine*. Da non confondere con la malattia della depressione, in cui comunque se non curata potrebbe evolvere (Russo, 2018). Russo scarta le vecchie teorie, in auge negli anni '60, grazie al grande successo della psicoanalisi americana, che la farebbero dipendere da uno svezzamento precoce, e anche quelle, offerte dalle teorie sociologiche, degli anni Settanta e Ottanta, relative ad una mancanza di rete sociale. Egli precisa che John Cacioppo, Università di Chicago, non ha dubbi. La teoria evoluzionista fornisce una spiegazione a prova di rigore scientifico: come per altre specie animali l'istinto di sopravvivenza attiva gli schemi di motivazione alla riaffiliazione (RAM) consentendo di legarsi al gruppo di conspecifici. "I risultati di questi studi su bambini e adolescenti si accordano bene con il modello della RAM difettosa e dell'ipervigilanza intensa sviluppato da John Cacioppo [...] Uno studio condotto nel 2015 su 730 adolescenti (Bruxelles, n.d.r.) [...] indicava che i ragazzi affetti da solitudine cronica possono rimanere soli a causa delle proprie interpretazioni negative delle situazioni sociali" (pp. 79-80). Terapia cognitivo comportamentale per correggere la distorsione cognitiva e psicofarmaci sono considerati il toccasana.

Si dirà che si tratta di un approccio segnato dal pragmatismo tipicamente anglosassone. Ma che dire di uno scienziato come Edoardo Boncinelli, inserito tra gli Italiani da ricordare nella storia d'Italia, che ha formato generazioni di ricercatori sullo studio del comportamento umano presso l'Università del San Raffaele di Milano. Nel 2018, ultimo anno in cui ancora produce la sua instancabile attività di commentatore scientifico, ci offre un articolo sulla dimostrazione sperimentale di un tema dibattuto dalla notte dei tempi: se l'atteggiamento cooperativo sia frutto di educazione e persuasione o se "dipenda di più dall'indole dei singoli individui". "Ebbene, la somministrazione di cibo per quanto gradita, non riesce a insegnare ai topi a cambiare strategia, mentre la piccola stimolazione elettrica sì. [...] L'educazione, cioè l'elaborazione di un complesso ordinato di condizionamenti, talvolta può non funzionare a dovere o addirittura per niente. Intervenire direttamente sul cervello, per esempio con un farmaco, può avere un altro effetto, magari più tangibile" (Boncinelli, 2018). Come

non pensare ai topi e alle donnole di Bateson e simultaneamente ai centri di riferimento per la ribattezzata elettroterapia rifioriti un po' ovunque.

Certo non esiste solo l'approccio cognitivo-comportamentale, con tutte le sue varianti più o meno soft e anche eterodosse. Ho colleghi che stimo in ambito psicanalitico - anzi ho trovato Casa proprio nella loro rivista *Ricerca Psicanalitica* -, leggo e apprezzo la profondità e la colta umanità di un grande come Eugenio Borgna. Apprezzo meno una star come Massimo Recalcati. Ma visto che sembra rappresentare la punta di diamante per il trattamento dei disturbi alimentari, ho pensato di analizzare le sue affermazioni alla luce del problema che pongo: abbiamo aumentato la conoscenza scientifica della psicopatologia in modo da scegliere interventi consapevoli e perturbativi? Inoltre, tra l'altro, per un sistemico questo tema rappresenta un deposito di conoscenze, anzi di identità. L'anorexia dovrebbe stare ad un sistemico come l'inconscio sta a Freud. Ma sappiamo che Mara Palazzoli Selvini ha compiuto il grande salto proprio facendo leva sulla propria formazione psicanalitica e senza mai rinunciarvi. Infatti, scrive: "non c'è nulla di peggio e di più squalificante per la psicoanalisi del suo uso dilettantesco" (Palazzoli Selvini, 1976, p. 39 1981). Salto dovuto proprio alla sua passione per un pensiero rigorosamente scientifico e alla ricerca di un metodo trasmissibile e verificabile che rifuggisse dai danni della 'divulgazione psicologizzante' (p. 43, 1981).

Entrando nei siti di presentazione delle molteplici attività di Recalcati mi colpisce che si qualifichi come esperto "nelle nuove patologie: anoressie, bulimie, obesità, attacchi di panico, depressioni, fenomeni psicosomatici, tossicomanie, iperattività". Ora, che il lungo elenco definisca patologie storiche come nuove (esclusa l'iperattività, affacciatasi comunque agli inizi degli anni Novanta) francamente colpisce. Ma avendo scoperto che Recalcati ha preferito laurearsi in filosofia piuttosto che in psicologia, nonostante la giovane età, penso che non abbia dovuto affrontare lo studio della storia della psicopatologia. Risulta evidente l'operazione di coprire la mancanza di concetti e ipotesi generali esplicativi di quadri patologici noti da tempo, con una proliferazione e parcellizzazione in casi particolari. Esattamente l'opposto di un procedimento scientifico.

Certo da uno psicanalista lacaniano ci si potrebbe aspettare maggior rispetto per il linguaggio. Il rispetto per quel principio di *rettificazione dei nomi* del quale appunto sono in cerca.

In ambito di disturbi alimentari, soprattutto restrittivi, ho molta esperienza diretta, perché dopo che i pazienti hanno usufruito dell'anno di convenzione con i diversi '*new temporary nuthouse*', italiani o di oltre confine, tornano a casa e ricominciano con la loro guerra.

Ne fa testo la lettera inviata da questo padre:

«... Sono il padre di una ragazza di 26 anni che soffre da dieci anni di un grave disturbo nel comportamento alimentare (anorexia nervosa restrittiva che si è recentemente trasformata in 'binge eating'). Oltre a questo, è stato diagnosticato

un disturbo dell'umore (bipolare e schizotipico) ma anche un disturbo della personalità (borderline) a seconda con quale psichiatra avevamo a che fare. La ragazza è stata presa in cura da strutture pubbliche, come il Servizio di Salute Mentale di xxx, e private, (come Residenza xxx a xxx), ma anche da vari professionisti privati. L'approccio verso il suo problema è stato prevalentemente psichiatrico basato sulla prescrizione di un numero elevato di psicofarmaci (che sta prendendo fino ad oggi).

Come genitore sono molto preoccupato per la cronicizzazione dei problemi di mia figlia, per la mancanza di una diagnosi differenziale, per l'elevato carico emotivo familiare, le conseguenze imprevedibili degli psicofarmaci e per la mancanza di una vera e propria psicoterapia» (Gandolfi, 2020 b).

La tragica confusione descritta da questo padre testimonia il fatto che chiunque, soprattutto se non addetto ai lavori, può parlare e scrivere di psicologia e disagio psichico, o sostituire la parola mente indifferentemente con anima o cervello, benché a volte anche con risultati invidiabili. Infatti, ho trovato incredibilmente acuto l'ultimo libro dell'archeologo Andrea Carandini (2017 a). Penso non sia un caso che egli ha rivoluzionato, proprio nei vitali anni '70/'80, l'archeologia rendendola una disciplina scientifica. Ho trovato utilissimo e cifra dello spirito del tempo il suo percorso di conquista del concetto di *contesto*. Lo stesso costruito complesso che in psicologia doveva sostituire quello lineare di *ambiente*, in cui invece anche i sistemici da tempo hanno deciso di rintanarsi nuovamente (Carandini, 2017 b).

Un enorme lascito culturale, una grande eredità sperperata

Bateson (1979) racconta di come gli psichiatri sbarrassero gli occhi quando alla prima lezione chiedeva quale fosse la loro teoria sulla salute e malattia mentale. Semplicemente non capivano la domanda, eppure la storia della medicina è tutta una sequela di teorie superate, confermate, scorrette, fantasiose e a volte molto dannose (Capua, 2014; Corbellini, 2014). Mi chiedo se psicologi e psichiatri sappiano che la teoria sistemica è una teoria formulata dal matematico Hadamard, relativa ai processi che generano teorie, se sanno che la teoria del doppio legame affonda nell'analisi degli anelli bizzarri di Gödel e che il problema degli effetti del metodo di osservazione sugli esiti del fenomeno osservato è tutt'ora un rompicapo per i fisici. Tanto che è più vivace che mai il dibattito su cosa generi 'il mondo reale' (Greene e Geltenbort, 2016). Ormai anche in medicina i concetti classici lineari di causa/effetto e di tempo, su cui si fondano tanto la psicoanalisi quanto l'approccio cognitivo-comportamentale, si sono mostrati insufficienti per spiegare l'imprevedibilità e la variabilità dei processi morbosi. Essi sono stati sostituiti dai concetti di *sindemia* e di *qualità emergente* (Vineis, 2014).

Leggendo i testi di 'veterosistemica' si possono rintracciare tutte le ingenuità e le imprecisioni della trasposizione di quei concetti, allora nuovi e

mutuati da discipline altre (fisica, matematica, biologia, genetica), nella psicologia clinica, ma il lascito concettuale è ancora enorme. Ciò che si è interrotto è lo sforzo di proseguire nello studio dell'evoluzione teorica, continuando a ruminare alcuni aforismi, ma soprattutto, a sovrapporre meccanicamente interventi tecnici scambiandoli per premesse teoriche peraltro non più comprese. Come pronunciare una lingua ormai sconosciuta. La pigrizia mentale e l'adesione al *mainstream* hanno lasciato prosciugare ogni spinta innovativa portando ad offrire chincaglierie di modernariato di scarsa qualità.

Sempre in quei testi è però ancora possibile trovare il rigore metodologico e la chiarezza che ha contrassegnato la vera svolta, quella che, recuperando un commento di Kuhn (1962) sulla teoria della Gestalt, chiamerei la *seconda rivoluzione mancata*. Così la consueta lucidità e precisione di Mara Palazzoli Selvini:

“Tutti gli interventi [...] hanno un'epistemologia comune, ossia condividono alcuni schemi concettuali sulla natura, sull'origine e sull'evoluzione della patologia mentale e del disturbo comportamentale. Tali schemi non trovano la loro applicazione solamente nel campo della psicopatologia, ma sono profondamente radicati nella cultura occidentale [...] Tutta l'attenzione è centrata sui meccanismi intrapsichici del soggetto, sulla sua mente considerata come portatrice del disturbo. La psicologia moderna e in modo particolare la psicoanalisi, hanno fatto compiere alla scienza un grosso salto qualitativo superando la concezione organica della malattia mentale, legata cioè a una disfunzione del soma. Spesso il quadro è stato addirittura ribaltato ipotizzando la radice psichica di alcune malattie somatiche. Ma non si è usciti dallo schema classico della concezione monadica dell'uomo costituito da soma+psiche con reciproche interrelazioni. Di fronte ad un comportamento anomalo, quale, ad esempio, la complessa serie di manifestazioni che viene designata come schizofrenia, se non si cerca più lo 'schizococco' si è convinti che: i) ci si trova di fronte ad un soggetto portatore di malattia, con una psiche disfunzionante; ii) indagando nella mente del soggetto, osservando, conoscendo sempre più profondamente si riuscirà a scoprire le cause di tale disfunzione; iii) la difficoltà maggiore consisterà nella rimozione di tale disfunzione le cui radici si annidano in un passato lontano e perciò spesso irrecuperabile; iv) gli altri (i genitori, i membri della comunità) sono i possibili agenti scatenanti o favorenti la malattia, la quale comunque risiede nel portatore dei sintomi. Il comportamento è strano, illeggibile: in questa dimensione l'inconscio diventa l'area inesplorata, sconosciuta dove tutto è possibile [...] non si mette in discussione la direzione esplorativa e l'oggetto dell'analisi, cioè la *legittimità della concezione intrapsichica della malattia mentale*.

Questo è fondamentalmente il nucleo della epistemologia tradizionale. Il cambiamento epistemologico consiste nell'abbandonare la visione meccanicistico-causale dei fenomeni, che ha dominato le scienze fino ad oggi, per accedere ad una visione sistemica (oggi diremmo complessa, N.d.r.). L'oggetto quindi dello studio non è più l'intrapsichico individuale, ma il sistema relazionale di cui l'individuo fa parte. In questo contesto il sintomo viene indagato non come una manifestazione esteriore di una patologia interna al soggetto, ma nel suo significato comunicazionale nell'ambito del sistema relazionale.

Questa visione sistemica comporta nuovi problemi anche di natura semantica e sintattica. Nel primo caso a causa dell'uso di una terminologia che, essendo carica di significati mutuati da altri schemi concettuali, richiede continue precisazioni; si pensi a termini quali: sintomo, patologia, ansia, depressione, ecc. Nel secondo caso a motivo della necessità di effettuare descrizioni non di comportamenti individuali, ma di relazioni interpersonali, con comunicazioni simultanee su vari livelli” (Palazzoli Selvini, 1976, pp. 55-57).

Troviamo lo stesso richiamo ai rischi degli effetti semantici del lessico psichiatrico in Basaglia (in Goffman, 1968), perché la rettificazione delle parole, strettamente connessa alla consapevolezza etica, non può nascondersi dietro una presunta neutralità della scienza. Essa attraverso le sue scelte classificatorie e interpretative può far combaciare la realtà alle proprie ipotesi. Definire la malattia mentale come *incomprensibile e incurabile* e presumere che ciò dipenda da un *corpo malato* per ricevere la legittimazione di essere una branca della medicina scientifica generale, ha fatto sì che la psichiatria “nata per curare una malattia di cui risultavano ignote l’eziologia e la patogenesi, si è trovata a fabbricare un malato a sua immagine, tale da giustificare e garantire insieme, i metodi su cui fonda la sua azione terapeutica” (Goffman, 1968, p. 407, 2001).

In questi testi del 1968 e del 1976 c’è tutto il succo del salto culturale, della vera eredità distillata grazie a quella maturazione intellettuale e metodologica che ha caratterizzato il balzo tra due secoli incredibili e insieme drammatici: la fine del 1800 e la prima metà del 1900.

Ma è impossibile non accorgersi che la freccia temporale sembra invertita, capovolta. Ciò che è stato considerato come superato negli anni ‘70 del Novecento sprizza da tutte le parti come novità negli anni 2000. Abbiamo dunque proceduto a ‘passo di gambero’ come segnala Umberto Eco? Evidentemente sì, se un’epistemologa come Michela Massimi viene insignita della *Wilkins-Bernal-Medawar 2017* dalla *Royal Society* perché impegnata a ‘difendere una prospettiva realista sulla scienza’ contro ‘plateali cambiamenti concettuali come enfatizzava Thomas Kuhn negli anni Sessanta’ (Massimi, 2019, p. 59). E come esempio cita il vantaggio di usare il ‘pluralismo teorico’ per comprendere tanto il comportamento aggressivo associato alla sessualità quanto la fisica delle particelle (p. 46). Esattamente quella che Eco (2006) chiama ‘l’accettazione sincretica di tutti i modelli, per non dire di tutti i valori’ (p. 340). Ecco, dunque, perché alla domanda imbarazzante: «che teoria scegliamo per spiegare la malattia mentale?» si ricorre ad un assemblaggio in cui non può mancare il riferimento alla teoria dell’attaccamento, legittimata dall’attuale infatuazione per l’epigenetica. Così il ritorno alla seduzione di una spiegazione biologica di ogni comportamento piega la spinta innovativa di Freud, di dare dignità anche all’affettività e alla soggettività, incollando le pulsioni al patrimonio genetico, ormai considerato senza segreti. Mentre il rispolvero delle tecniche autosuggestive e meditative

serve a dipingere di arancione il grigio abito dell'autocontrollo occidentale. Ciò che ne esce è quello che ho definito una diagnosi, o una teoria, chimera (Gandolfi, 2019). Il tutto è rigorosamente ascritto al singolo soggetto, pur con qualche concessione agli effetti dell'ambiente fondati sul rassicurante concetto di causa-effetto lineare. L'insieme è reso scientificamente plausibile con l'etichetta di intervento integrato. Come confondere l'algebra con il calcolo combinatorio!

'Qui riemerge, sotto il rifiuto di nuovi giganti che vogliono azzerare l'eredità dei giganti antichi, l'ossequio al nano [...]. Il rischio, per chiunque, e senza colpa di nessuno, è che in un'innovazione ininterrotta e ininterrottamente accettata da tutti, schiere di nani siedano sulle spalle di altri nani' (Eco, 2006, pp. 338-343).

Un approccio concessionista al concetto di mente e alla storia di Matteo

Torno alla motivazione che mi ha spinto a scegliere il contenuto di questo articolo, consapevole di correre il rischio di apparire ipercritica o troppo pessimista sullo stato di salute della nostra disciplina... Ma l'incontro di Milano e la speranza che davvero possa cambiare qualcosa nel panorama tanto agitato quanto desolato della sofferenza psichica, specie nell'ambito dell'età evolutiva, mi ha fatto rompere gli indugi. Chiudo perciò con la *pars destruens* e mi azzardo in quella *construens*. Mi ci avventuro con lo spirito dello stupido, disposto ad ogni critica e correzione: "Mediocre, non possiedo la statura dei grandi ingegni. Bene o male cerco seguir la via del letterato... La strada degli onori è pavimentata di miseria e servilità. La stupidità, lei sì ha una sua eleganza" (Nguyen Trai, in Bussolino, 2009, p.137).

Le sostanze psicotrope hanno sempre accompagnato la storia dell'uomo e il dibattito circa il loro uso mi interessa nell'ottica di comprendere il significato che sia il paziente, sia la sua intera rete relazionale vi attribuisce. Lascio agli specialisti del campo gli aspetti squisitamente biochimici. Nel mio lavoro non interferisco mai sulle scelte di colleghi psichiatri, che anzi sono spesso preziosi alleati, quando condividono la premessa che lavoriamo insieme per il bene del paziente. Gestione, sospensione, cronicizzazione del farmaco sono gestibili, infatti, solo se si comprende come *l'informazione farmaco* viene significata e veicolata al fine di definire le reciproche relazioni di appartenenza e autodefinizione. Infatti "*il farmaco viene subito vestito di un significato che andrà sia a saldarsi con l'identità di chi lo assume, sia ad alimentare la mente conversazionale dell'intero sistema di riferimento*" (Gandolfi, 2015, p. 204). È usuale nella prassi psicoterapeutica constatare che i pazienti cercano di indovinare se il terapeuta è contrario o favorevole alla loro assunzione, o se lo psichiatra potrebbe offendersi se sapesse che il paziente ha dei dubbi circa la loro efficacia o nocività. Così, come nelle famiglie, resta sempre un argomento strisciante e a volte clandestino. Nel testo *Manuale di tessitura del*

cambiamento (2015) ho illustrato una serie di situazioni dove la comprensione dell'informazione farmaco consente di individuare il significato profondo della sofferenza individuale e familiare di chi ne fa uso e anche di ottimizzare la sua gestione. Ciò anche in strutture che non si chiamano più manicomi, ma che non funzionano poi tanto diversamente.

Il caso di Matteo si presta in modo folgorante. Matteo è un bel giovanotto di 27 anni, sta terminando con successo un praticantato presso un'azienda importante e, volendo, potrà scegliere al termine se impiegarsi lì o entrare nell'azienda di famiglia. Dalla conclusione dell'università vive in autonomia in un piccolo appartamento sopra i suoi genitori. Autonomia diventata totale da quando ci convive, quasi stabilmente da un anno, con la sua ragazza. Ha sofferto di attacchi di panico all'inizio dell'Università. Lo psichiatra ha formulato la diagnosi di fobia sociale e l'ha supportato anche con farmaci con regolarità per due anni. Gli attacchi spariscono, termina il triennio e inizia il biennio specialistico. Dopo due anni di benessere, a tirocinio già brillantemente in corso, si ripresentano gli attacchi. Torna dallo psichiatra di cui si fida, che lo seguirà ancora per un anno. Conosce Anna con la quale avvia una convivenza progressiva e funzionante. Non soffre più di attacchi di panico, perciò, chiude con lo psichiatra.

Ormai sa gestire i farmaci in autonomia 'al bisogno' in caso di stress. Se gli serve la prescrizione la madre gli fa la cortesia di procurargliela tramite il proprio psichiatra, da cui lei si reca un paio di volte l'anno per trattamento di depressione, curata con litio.

Matteo si ritiene guarito dagli attacchi di panico. Si rivolge a me dopo l'ultimo contatto con lo psichiatra perché si considera un indeciso. Sostiene di non aver mai percepito prima questa sua sgradevole caratteristica. Si sente indeciso per il lavoro, per Anna, per la scelta di un eventuale trasloco. A Matteo sfugge completamente ogni connessione tra l'attuale situazione di indecisione, che lui definisce di debolezza, e i precedenti periodi di crisi, così come non coglie che è normale essere indecisi di fronte e quelle scelte esistenziali.

Tralascio qui tutto il lavoro di contrattazione e definizione del rapporto terapeutico e di ricostruzione del sistema familiare, per giungere al punto che interessa. Chiedo a Matteo se è disposto a fare un lavoro per me. Gli propongo una griglia in cui segnare in una colonna gli anni in cui lui è andato dallo psichiatra e ha preso farmaci. Poi di assegnare una colonna a ognuna delle persone per lui importanti (madre, padre, fratellastro - figlio di prime nozze del padre -, altri familiari che collaborano nell'azienda, Anna). Dovrà ricostruire il nesso temporale tra il suo trattamento con lo psichiatra e ciò che quelle persone stavano facendo all'epoca nella loro vita.

La seduta successiva Matteo torna con la miniera di informazioni appese, come foto sviluppate ad asciugare, al filo della sua assunzione di farmaci, ovvero della sua etichettatura ufficiale di 'paziente da psichiatra'. Non

svelerò al lettore tutte le vicende sistemico/familiari simultanee alle pause e alle riprese 'farmacologiche'. La cosa interessante è che quando Matteo giunge da me il quadro familiare è stabilizzato nel conflitto. Quindi apparentemente senza cause per il suo disagio. Il suo sistema familiare appare come un mazzo di Shanghai lanciato e in equilibrio precario, ma in equilibrio. Tutto si è consumato negli anni antecedenti. Matteo ci ha navigato in mezzo anche grazie all'aiuto dello psichiatra, ma ora è lui quello che può perturbare la situazione.

Lui è diventato la *qualità emergente*, mostra la struttura degli Shanghai: qualunque bastoncino egli muova, cioè qualunque decisione prenda, tutta la costruzione ne risulterà coinvolta. A mano a mano che il giovane Matteo coglie le connessioni tra tutti i bastoncini e *vede* i processi che li hanno posizionati in quel modo, il suo 'sentirsi debole e indeciso' attuale e pregresso assumono un significato nitido, nuovo e perfettamente plausibile. Chiunque si sarebbe sentito così in quel contesto, in quella storia.

Il lavoro di complessificazione delle connessioni procede. Matteo arriva in seduta sempre più arrabbiato e nervoso e gli chiedo se questa è una delle situazioni in cui gli serve il farmaco 'al bisogno'. Mi conferma che infatti ha ripreso ad usarlo, ma sempre facendo da solo. Gli segnalo che non mi sembra un atto di debolezza chiedere aiuto di nuovo allo psichiatra, mentre non mi sembra una buona idea arrangiarsi, tanto più che dopo quello che avevamo messo a fuoco con la griglia sinottica era emerso come fosse importante che potesse gestire anche la prescrizione direttamente senza chiedere 'il piacere' alla madre. È in quel frangente che il *significato dell'informazione farmaco* emerge con tutta la sua forza paradossale. Il contesto assegna e svela un significato ben più ampio al comportamento 'banale' di assunzione sporadica di una pillola: «I farmaci stanno nel bagno di mia madre, al piano di sotto, perciò lei è sempre informata quando li prendo e non solo quanto durano globalmente! Dovrei dirle apertamente che me li porto in casa mia? Dovrei litigare anche per questo? Sentirle dire di nuovo: dopo tutti i sacrifici che ho fatto per... ». Al terapeuta spetterà di co-costruire un modo per disincagliare i farmaci. Solo così Matteo sarà disincagliato.

Ho scelto la storia di Matteo perché emerge eclatante il significato del problema della gestione e interruzione dei farmaci, ma avrei potuto parlare del caso di Eric, affetto da una malattia genetica con insufficienza mentale, o di Katy, finita in rianimazione a causa delle severità della sua anoressia, o di Carlo che a 35 anni ne ha già vissuti 15 in una Comunità, andando ogni tanto in vacanza in reparto psichiatrico, e altri ancora (Gandolfi, 2015). Infatti, i farmaci come ogni altro comportamento legato alla diagnosticata psicopatologia sono un significativo 'pretesto conversazionale': la *qualità emergente* del modo di funzionare dello specifico sistema che incontriamo. La mente come la patologia non è più un attributo individuale, ma sono l'emergere del processo di interconnessione tra tutti i 'conversatori' in cui ogni singolo individuo è

giocoforza coinvolto. Dunque, la ‘mente qualunque’ va intesa *sia* come sistema di funzioni simultaneamente interconnesse attinenti ad un individuo (assetto biologico), *sia* come esito del processo di interconnessione tra individui vincolati da contesti via via più complessi e a loro volta gerarchicamente interconnessi: livello familiare, livello sociale, livello macroculturale e religioso, livello politico. Quella che ho definito *la mente conversazionale*. Gli esseri viventi assomigliano di più a sistemi caotici che a preparazioni per microscopio o a singoli neuroni. “Un sistema sano... è un sistema che garantisce l'appartenenza di un suo componente pur consentendogli una complessificazione e moltiplicazione delle possibilità di comporsi con altri membri dentro e fuori il sistema originario” (Gandolfi, 2015, p. 33).

“Dunque la mente, benché biologicamente supportata da un cervello e da un corpo individuali, si genera e si sviluppa nelle relazioni complesse e simultanee che legano gli individui. [...] È secondo queste premesse che considero la ‘mente qualunque’ un processo sovraindividuale” (pp. 52-53). In quest’ottica l’esordio sintomatico e il suo eventuale strutturarsi e cronicizzarsi in un’etichetta diagnostica è da considerarsi l’epifenomeno che porta in evidenza il funzionamento/disfunzionamento dell’intera rete di relazioni. La patologia si genera dal collassamento del sistema e rende visibili simultaneamente tutte le connessioni.

Il terapeuta deve diventare un esperto di reti conversazionali complesse. Solo così il comportamento bizzarro assume significato, comprensibilità e possibilità di essere trattato.

Esattamente l’opposto di ciò che avviene con una diagnosi codificata da DSM che estrapola dal contesto il comportamento, concedendo al massimo qualche relazione stereotipata da manuale. Comportamento che si trasforma così nella definizione totale della realtà del paziente e della sua personalità. Ma se la mente è considerata la qualità emergente di un processo complesso di interconnessione, la patologia, intesa a questo punto come sindemia, non può essere né controllata, né espulsa controllando il singolo membro bizzarro o allontanandolo dal suo sistema.

La scelta di un paradigma lineare spiega la coabitazione del ‘politeismo teorico’ accolto nell’approccio definito integrato: ad ogni pezzetto di descrizione della coscienza o del sé la propria teoria. In fondo anche la psicoanalisi più ortodossa ha incluso il termine relazione. La teoria dell’attaccamento ha restituito un po’ di dignità/responsabilità anche ai padri. L’approccio cognitivo-comportamentale può includere quanto di più distante dalle proprie premesse di primato della razionalità, inscrivendo il trascendentale meditativo nel materialismo neurobiologico (Balter, 2017, www.unipi.it). Del ritorno dei sistemici al buon vecchio concetto lineare di trauma (linearizzazione del tempo e scomposizione della simultaneità) ho già detto. Ciò che consente la convivenza a sommatoria integrata (a ciascuno un piano dell’edificio teorico) è la condivisione del medesimo paradigma: si

può mettere l'accento ora su un piano o sull'altro, ma la psicopatologia è considerata sempre qualcosa che appartiene al singolo individuo. Può cambiare l'accento ora sul legame mente/corpo, ora sul legame bambino/adulto, ora sul legame individuo/ambiente, ora sul legame soggetto/evento in un momento, ora su quello tra neurotrasmettitori, ma la psicopatologia resta un problema, una sofferenza frutto di un disequilibrio individuale che va, se pure con tecniche diverse, riportato in equilibrio. E ogni teoria locale si occupa di tirare a lucido il proprio piano dell'edificio.

Ma è l'intero condominio a risultare sgangherato, come quegli edifici che si incontrano nei paesi post coloniali o nelle periferie improvvisate delle megalopoli dove, a seconda del ghiribizzo degli abitanti della singola porzione di casa, si può trovare un gargoyle gotico, un timpano classicheggiante, un tetto a pagoda e un mega pannello pubblicitario elettronico.

Cambiare paradigma significa cercare dei concetti sovraordinati che si occupino dei processi di connessione delle singole teorie parziali, non cercare quale teoria parziale possa spiegare il tutto, perché appunto è una contraddizione. D'altra parte, la premessa che la mente e le sue patologie siano individuali spiega perché ognuna delle teorie psicologiche accreditate può accettare il sistema diagnostico del DSM-5.

In un approccio complesso agli esseri viventi, cambiando il paradigma che sostituisce alla linearità la circolarità, tanto il concetto di mente quanto quello di psicopatologia diventano extraindividuali e dislocati.

La patologia considerata in questo modo sta al concetto di salute come il problema dei rifiuti sta all'inquinamento ambientale. In un paradigma lineare si creano e si devono trovare modi per stoccarli. In una logica circolare, realmente ecologica, cioè batesoniana, che privilegia i processi e 'la struttura che li connette', il rifiuto non deve proprio essere prodotto. Infatti, l'eccesso problematico di un elemento è qualità emergente, è indicatore di uno squilibrio a livello di interconnessione di tutti i sistemi.

Si può ancora salvare l'Uomo Ragno?

Questo articolo è stato scritto durante la pandemia del COVID-19, periodo in cui la gente sembrava più frastornata dalla scoperta che la scienza non è onnipotente, che la statistica non è totalmente sovrapponibile alla vita reale, che un'ipotesi esplicativa deve attendere la verifica sul piano di realtà e, soprattutto, che non tutti gli scienziati la pensano allo stesso modo, che non dalla scoperta della fragilità dell'essere umano di fronte alla forza autodifensiva della Natura. Ecco allora mobilitare psichiatri e psicologi che spiegassero la differenza tra paura, ansia e panico e poi le tecniche per controllarli, ovviamente con abbondanti concessioni agli psicofarmaci, utilizzo di tecniche

di rilassamento e paternalistici consigli di terapia occupazionale. Questo evento ci ha riportati a riflettere su cos'è un procedimento che possa chiamarsi scienza e scienza utile ed etica. Non trovo nulla di più adatto per concludere il mio discorso della prefazione di Umberto Curi, professore emerito di Storia della Filosofia presso l'Università di Padova, al testo di Ilaria Capua, *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*. “[...] ci sorprende [...] lasciando con un palmo di naso i cultori delle rigidità disciplinari, le vestali dei saperi definiti per via accademica. Gli uni e gli altri destinati a essere oggetto del feroce sarcasmo di qualcuno che se ne intendeva - alludo ad Albert Einstein - il quale amava ricordare ai fautori degli steccati fra discipline che la natura non è divisa in dipartimenti, come lo sono le università... l'impostazione *One Health* che fa da impalcatura al testo segna indubbiamente la comparsa di un nuovo paradigma... Riprendendo in maniera non meramente decorativa lo schema di Thomas Kuhn” (Curi, 2014, pp. 10-11).

In questo testo ritroviamo i concetti che hanno segnato la rivoluzione mancata anche in ambito psicologico di cui ho accennato. Rivoluzione che concepisce la salute come sistema che mettendo al centro ‘interconnessioni e interdipendenze’ cambia la definizione stessa di salute e di malattia.

Forse la freccia del tempo si è di nuovo orientata nel verso giusto. L'approccio ecologico alla mente di Bateson ci ricorda che, come l'uomo appartiene alla Natura e solo dentro la Natura può comprendere chi lui sia, così ogni individuo nasce e vive dentro il suo sistema di relazioni, complesso e interconnesso, e solo dentro quel sistema può trovare il significato di ogni suo comportamento, anche quello più doloroso e disturbante. Prima di accorciare le maniche di una giacca, sicché spuntino correttamente le mani, è necessario assicurarsi che le spalle siano tagliate all'altezza giusta e la linea mediana della schiena sia perpendicolare all'orlo. Questa la differenza tra un abito di sartoria e uno che alla vista appare perfetto, ma una volta indossato farà apparire il malcapitato uno spaventapasseri. Oggi applichiamo al concetto di salute, anche mentale, quello di fabbrica altamente specializzata dove c'è il reparto maniche, il reparto spalle, il reparto cucitura della schiena, ecc. Ma manca il mastro artigiano che abbia in mente un cartamodello in cui ogni pezzo deve trovare la propria proporzionata collocazione. A questo serve il concetto di scelta consapevole preliminare di paradigma.

E che ne sarà dunque del mitico Uomo Ragno della canzonetta scritta dagli 883 nel 1992? La storia del costume ci dice che in epoche che preludono a momenti di grande instabilità e controllo sociale circolano canzoncine apparentemente stupide, ma dal contenuto metaforico sottilmente sovversivo. Così fu per *È arrivata la bufera*, scritta da Renato Rascel nel 1939 e censurata. Il nostro Uomo Ragno pare sia stato fatto fuori da lobby economiche e dal potere della pubblicità. Gli economisti ci dicono che con l'inizio degli anni '90 la finanza ha cambiato il Mondo (Perkins, 2004). Sappiamo che tutte le discipline scientifiche soffrono enormemente a causa

dei meccanismi economici sottostanti ai finanziamenti e al sistema di conduzione della *peer review* (Bucci, 2015). Ecco perché si deve recuperare un metodo di lavoro psicoterapeutico in grado di documentare passo passo la propria capacità perturbativa. Che sappia strutturare percorsi di verifica e controllo a distanza di tempo e che sappia documentare anche la proporzione costi benefici.

Questo è esattamente il cuore dell'attuale problema della scienza in generale in cui la reiterazione di procedure che non mettono in discussione le premesse teoriche (consilienza) impedisce alle teorie più robuste e aggiornate di emergere, mettendo in evidenza gli effetti contraddittori su stessi problemi in rapporto al modo diverso di affrontarli (triangolazione). Questo è considerato dagli epistemologi l'unico metodo per uscire dal politeismo teorico che rende inefficaci molti interventi. "Ma la maggior parte degli scienziati si troverebbe in difficoltà nel doverlo descrivere. I ricercatori normalmente ricevono un'ampia formazione sui metodi sperimentali e sulla progettazione degli esperimenti, mentre per quanto riguarda gli approcci di inferenza causale la formazione è scarsa. Non viene fornita loro alcuna cornice di riferimento che guidi la ricerca" (Munafò e Smith, 2019, p. 68).

Speriamo che la terza rivoluzione non venga nuovamente mancata e... lunga vita all'Uomo Ragno!

BIBLIOGRAFIA

- Allen, F. (2013). *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Balter, M. (2017). I misteri della schizofrenia. *Le Scienze*, 7: 68-73. Titolo originale Schizophrenia's Unyielding Mysteries in *Scientific American*, April 2017, vol. 3016, issue 5, pp. 54-61. doi:10.1038/scientificamerican0517-54.
- Basaglia, F., & Ongaro, F. (1971). *La maggioranza deviante. L'ideologia del controllo sociale totale*. Torino: Einaudi.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi, 1984.
- Boncinelli, E. (2018). Incentivi e condizionamenti. Uno studio sul comportamento cooperativo nei topi ha dato risultati sorprendenti. In Rubrica Appunti di Laboratorio. *Le Scienze*, 596. p. 15.
- Bucci, E. (2015). *Cattivi scienziati. La frode nella ricerca scientifica*. Torino: Add editore.
- Carandini, A. (2017a). *Antinomia ben temperata. Scavi nell'io e nel noi*. Torino: Utet.
- Carandini, A. (2017b). *La forza del contesto*. Bari: Laterza.
- Corbellini, G. (2014). *Storia e teorie della salute e della malattia*. Roma: Carocci.
- Castellani, A., a cura di (1984). *I Dialoghi di Confucio*. Firenze: Sansoni.
- Cirri, M., & Dell'Acqua, B. (2020). Intervento al programma RAI *Quante storie*; 17/03/2020.
- Curi, U. (2019). In Capua I. (2019). *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*. Milano: Egea.
- Dal Col, G., & Duggleby, L. (2009). *Il lato invisibile del paradiso. Pellegrinaggi ai confini del Tibet*. Trento: Egon Editore.
- Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration

- of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121. doi:10.1016/j.addbeh.
- Demichelis, L. (2018). *La grande alienazione. Narciso, Pigmalione, Prometeo e il tecno-capitalismo*. Milano: Jaca Book.
- Eco, U. (2006). *A passo di gambero. Guerre calde e populismo mediatico*. Milano: Bompiani.
- Gandolfi, M. (2015). *Manuale di tessitura del cambiamento. Un approccio connessionista alla psicoterapia*. Roma: Fioriti editore.
- Gandolfi, M. (2018). L'importanza di chiamarsi Ernesto e di essere mancini. Per un approccio connessionista complesso ai disturbi specifici dell'apprendimento (DSA). *Ricerca Psicoanalitica*, 29(2), 11-20. doi:103280/RPR2018-002004.
- Gandolfi, M. (2019). ADHD e 'diagnosi chimera': efficaci indicatori dello stato di salute della scienza psicologica. *Ricerca Psicoanalitica*, 30(2), 55-74. doi:10.3280/RPR2019-002005.
- Gandolfi, M. (2020b). Quale cura della mente per quale futuro. Costruire salute o alimentare patologia? Testo disponibile al sito MAD IN ITALY, 13 marzo 2020: www.mad-in-italy.com.
- Garbaglio, L. (2018). La scatola magica resta un mistero. Intervista a Eric Kandel. *La Repubblica*, 27 febbraio 2018.
- Gasperetti, M. (2019). A caccia di segreti nella testa dei monaci che meditano. Un team di docenti dell'Università di Pisa nel centro di Dharamsala. *Corriere della Sera*, 8 febbraio 2020.
- Goffman, E. (1968). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Edizioni di Comunità, 2001.
- Greene, G. L., & Geltenbort, P. (2016). L'enigma del neutrone. *Le Scienze*. Giugno 2016, pp. 31-35. Titolo originale The Neutron Enigma, in *Scientific American*, 314(4), 36-41. doi:10.1038/scientificamerican0416-36.
- Healy, D. (2016). *PHARMAGEDON. Eclissi della cura e marketing della medicina*. Milano: Mimesis.
- Kuhn, T.S. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*. Torino: Einaudi, 2009.
- Massimi, M. (2019). Il salto della pulce ovvero a cosa serve la filosofia della scienza. *MicroMega*, 1, 41-62.
- Munafò, M. R., & Smith, G. D. (2019). Triangolazione: per un nuovo paradigma nella ricerca scientifica. *Micromega*, 1, 63-69.
- Negri, A., Andreoli, G., Belotti, L., Barazzetti, A., & Martin, E. H. (2019). Psychoterapy trainees' epistemological assumptions influencing research-practice integration. *Research in Psychoterapy: Psychopathology*, 22(3), 344-358. doi:10.4081/rippo.2019.397.
- Nguyen, T., in Bussolino, C., (2009). *VIETNAM. Dal delta del Mekong ai mille faraglioni di Halong*. Faenza: Polaris.
- Palazzoli Selvini, M. (1976). *Il mago smagato*. Milano: Feltrinelli, 1981.
- Perkins, J. (2004). *Confessioni di un sicario dell'economia*. Roma: BEAT, 2012.
- Rossi, M., & Vanni, F., a cura di (2018). Alla ricerca di una psichiatria dell'interiorità: intervista a Eugenio Borgna. *Ricerca psicanalitica*, 29(3), 13-35. doi:10.3280/RPR2018-003003.
- Russo, F. (2018). L'abisso tossico della solitudine. *Le Scienze* 3: 76-81. Titolo originale Loneliness Can Be Toxic, *Scientific American*. (2017), 318(1), 64-69. doi:10.1038/scientificamerican0118-64.
- Sadin, E. (2016). *La silicolonizzazione del mondo. L'irresistibile espansione del liberismo digitale*. Torino: Einaudi.
- Sokal, A., & Bricmont, J. (1997). *Imposture intellettuali. Quale deve essere il rapporto tra filosofia e scienza*. Milano: Garzanti 1999.
- Taylor, J. B. (2006). *La scoperta del giardino della mente. Cosa ho imparato dal mio ictus cerebrale*. Milano: Mondadori, 2017.
- Tibaldi, G. (2016). Il gioco vale la candela? Riconsiderare l'uso degli antipsicotici alla luce

- delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine. *Rivista sperimentale di freniatria*. CXL (2), 43-64. doi:10.3280/RSF2016-002004.
- Università di Pisa. (A.A. 2019-2020). Master Universitario in 'Neuroscienze, Mindfulness e Pratiche Contemplative' in collaborazione con l'istituto Lama Tzong Khapa. Disponibile online: www.unipi.it
- Vineis, P. (2014). *Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione*. Torino: Codice edizioni.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 27 luglio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 7 febbraio 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:608

doi:10.4081/rp.2022.608

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

Lilia

Ottavia Zerbi*

“Una buona pratica preliminare di qualunque altra pratica è la pratica della meraviglia. Esercitarsi a non sapere e a meravigliarsi. Guardarsi attorno e lasciar andare il concetto di albero, strada, casa, mare e guardare con sguardo che ignora il risaputo. Esercitare la meraviglia cura il cuore malato che ha potuto esercitare solo la paura.”
Chandra Livia Candiani

Ogni giorno, nel nostro studio, si affacciano numerosi pazienti.

Persone diverse, uniche, particolari che ci agganciano e coinvolgono in quanto terapeuti, toccando diverse parti di noi. Qualcuno ci suscita immediata simpatia, qualcuno sintonizzazione, altri neutralità e distacco, altri ancora vera e propria antipatia.

Molti ci attivano curiosità. Lilia me ne ha fatta nascere subito moltissima.

Per questo vi parlo di lei: una bimba di 4 anni con una grande paura.

Niente di che, penserete voi, fin qui.

A 4 anni si affacciano continuamente paure nella mente dei bambini!

Paura di lasciare la mamma, paura del buio, di lasciare il ciuccio, di usare il vasino, di andare all’asilo o a scuola, di qualche particolare animale (cani, api e formiche vanno per la maggiore!); paure delle ombre e dei rumori, delle streghe e dei mostri.

Molte di queste noi adulti le sappiamo *ri-conoscere*. Attivano significati ancestrali collegandoci alla nostra parte biologica, ‘animale’; ci dicono di noi che non siamo solo Io-soggetto, individuo dentro una specie ma siamo anche Io-biologico-collettivo; abbiamo storia e radici che ereditiamo da chi è venuto prima di noi, anche molto molto tempo prima di noi.

Se anche non ne soffriamo più le riusciamo a ricordare. Se poi, per lavoro, ci occupiamo di bambini ne siamo in contatto costantemente.

Così, lo sguardo ‘sufficientemente allenato’ del terapeuta deve esercitarsi a non dare per scontato il significato delle paure più comuni per connettere l’antico sentire all’attuale configurazione e funzionamento di quel Io-soggetto nel qui e ora.

*Psicologa psicoterapeuta, socia SIPRe e IFPS, presidente di ‘D come Donna’ APS e socia di ARGO Centro per la Persona Cooperativa STP. E-mail: ottaviazzerbi@me.com

Incuriosirsi del perché quel bambino ha scelto proprio quella paura è così semplice e banale da rischiare di dimenticarsene!

Certamente non nel caso di Lilia!

La sua inconsueta paura ha aperto immediatamente la porta del mio interesse professionale, rendendo vero lo 'sguardo che ignora il risaputo' e invogliandomi ad 'esercitare l'esercizio della meraviglia'.

Scopriremo che la curiosità verso questo Io-soggetto è anche caratteristica principale dei genitori di Lilia che definirei coppia-genitoriale altamente competente, accanto all'essere coppia-amorosa in armonia col proprio momento presente.

Vediamo i passaggi di questo interesse alla scoperta dell'Altro.

La coordinatrice di un asilo nido del territorio, che fa uno splendido lavoro coi più piccoli, mi avverte di aver dato il mio contatto ad una famiglia che è ormai passata alla scuola d'infanzia ma che da tempo pensava di chiedere una consulenza psicologica.

Il periodo lavorativo per me è molto intenso così anticipo di far sapere alla famiglia che potrei non avere spazio per prendere in carico un nuovo paziente.

Al primo contatto telefonico conosco la mamma che si presenta e mi riassume il 'problema' di Lilia, parlandone in realtà come un problema che sento essere vissuto empaticamente da tutta la famiglia.

Il sintomo, già vecchio conoscente del comportamento di Lilia, si è presentato diverso tempo fa avendo fortune alterne: alla prima comparsa presente e invalidante, poi regredito e rimasto solo nei pensieri, poi riapparso, poi tenuto a bada in qualche modo e ora tornato prepotentemente nella vita della bimba e della famiglia, diventando insopportabile e spaventoso.

Lilia teme le altalene!

Sì avete sentito bene, proprio le altalene.

Ne ha così paura che non può più nemmeno passarci accanto, vederle da lontano, addentrarsi in un parchetto dove sono presenti questi terribili strumenti di tortura per bambini e neanche immaginare che qualcuno (ad esempio la sua amica, con la quale è molto protettiva) possa salirci! Non riesce più nemmeno ad andare in piscina (il nuoto è attività che adora) perché per entrarvi deve oltrepassare il giardino della struttura sportiva arredato da giostre per bambini.

L'altalena! Uno dei giochi più antichi del mondo, che richiamano alla mente immagini bucoliche di alberi possenti che lasciano pendere dalle proprie braccia corde e assi di legno, tuttalpiù vecchi copertoni, al nobilissimo scopo di far volare alti, scatenare piacevoli brividi alla pancia e ai piedini, cullare avanti e indietro, far provare l'ebbrezza della velocità sognando di non avere peso sfidando le leggi dell'inerzia.

Catturata! Voglio saperne di più e mi attrezzo per riuscire a inserire in agenda un appuntamento per questi genitori.

Al primo colloquio si presentano entrambi e spontaneamente ho l'impressione di una coppia ben assortita e fisicamente armonica.

Il papà, quarantacinquenne matematico, ha un viso e un fisico paffuto e

rassicurante. Parla con voce chiara ma bassa, sorride e si lancia in battute autoironiche misurate ed efficaci.

È figlio unico e riporta di avere rapporti quotidiani coi genitori, frequentati assiduamente anche nel ruolo di nonni.

La mamma, pressappoco stessa età del marito, è anch'essa molto sorridente e più spigliata nella parola. Con eloquio veloce e dettagliato mi racconta moltissimo di tutta la famiglia. Fa l'educatrice, crede molto nell'importanza del proprio lavoro che svolge con passione. Gli studi pedagogici che ha approfondito l'hanno guidata anche nella costruzione della propria genitorialità.

Partorisce il secondo figlio in piena prima pandemia, riportando un dispiacere per non aver potuto coinvolgere Lilia nei passaggi che sono avvenuti in quel periodo, momento della vita familiare che avevano preparato ampiamente. Il secondogenito costringe la mamma a 10 giorni di ospedalizzazione per ittero e questo periodo è il primo vero distacco prolungato con la primogenita. Al papà invece capita più spesso di essere assente qualche giorno per lavoro. Al rientro dall'ospedale mamma e figli passeranno molti mesi sempre insieme.

La mamma riporta di sé di essere 'ipocondriaca' e di aver vissuto malamente l'avvento del COVID, estremizzando all'eccesso le regole di auto-protezione imposte o suggerite. (Come famiglia frequentavano moltissime altre famiglie di amici, dal 2020 hanno ridotto all'osso le relazioni mantenendo, dopo il periodo di maternità della mamma, solo gli impegni 'istituzionali').

Entrambe le gravidanze sono esito di percorsi di procreazione assistita.

Lilia, che ha frequentato l'asilo nido, attualmente è inserita in una scuola d'infanzia con classi eterogenee. Nel pomeriggio frequenta un corso di danza propedeutica, un corso di arte pittorica ed è iscritta al corso di nuoto che ha svolto da quando è nata.

Di lei i genitori mi dicono che è una bambina matura e sensibile, sveglia e chiacchierina, coinvolgente e attenta ad ogni dettaglio. Ha molte amicizie.

Fa molte attività e tutte con successo, ha una buona manualità ed è sempre pronta a coinvolgersi in nuove occupazioni. La mamma sente l'esigenza di doverne proporre diverse, per placare la sua sete di attivazione.

Gli stimoli che questi genitori forniscono a Lilia sono influenzati dalle teorie montessoriane e tendono a dare molto spazio alla personalità dell'individuo e alla ricerca di attività creative.

Lilia è sempre sembrata molto sicura di sé, viene riconosciuta come 'grande' e capace da tutti gli adulti che incontra.

Ha molto bisogno di sentirsi capita, i genitori hanno chiaramente in testa questa esigenza che accolgono con coinvolgimento e affetto.

Non tollera i rumori forti e ha sempre avuto difficoltà ad abbandonarsi al sonno.

Resta attiva fino a sera tardi, ragione per la quale la mamma cerca i giochi più giusti da proporre. Non ha mai avuto paura del buio, salvo recentemente e questa novità stupisce i genitori.

Invece, la paura delle altalene è 'storica'.

Il primo episodio risale a tre anni fa (quando Lilia ha circa 2 anni) in vacanza, in fattoria. È marzo.

Nel grande spazio all'aperto sono presenti diversi giochi, alcuni di legno, molti salterelli e un trenino elettrico a forma di bruco. L'inquietudine nasce lì, per il codino di pelo da prendere al volo che oscilla e pende al passaggio del convoglio pieno di bambini.

Lilia manifesta un fastidio nel vederlo e vuole starne il più possibile lontana.

Tornati a casa il problema sembra sparito, riferibile solo alla particolare giostrina.

Successivamente invece Lilia inizierà a temere l'altalena del parchetto situato davanti alla scuola materna, inizialmente reagendo con il pianto dopo averla usata e via via in un crescendo di timore che la porterà a voler evitarne anche solo la vista o la vicinanza, in qualunque luogo, sia conosciuto sia trovato improvvisamente sulla propria strada.

Lilia cerca di prevenire il brutto incontro chiedendo ai genitori di cambiare strade negli spostamenti o premurandosi di sapere, all'uscita da casa, dove stanno per andare.

I genitori sono preoccupati di questa 'ossessione' e si decidono a chiedere l'intervento terapeutico.

Indizi utili

Nel primo colloquio congiunto genitori/bambino emergerà il primo indizio significativo.

Lilia si presenta al nostro primo incontro con il papà, che parteciperà in una interazione presente ma rispettosa.

Mi trovo davanti una bimba di poco più di 4 anni dallo sguardo vispo, educato e attento.

Il linguaggio e l'articolazione di pensiero è davvero sviluppato, paragonabile per competenze a quelle di un bambino di 6 anni.

Dopo una fase di esplorazione, ci soffermiamo nella lettura/gioco di un libro corredato da animali di legno che si possono inserire nelle pagine e rendere tridimensionale la storia. In ultimo, chiedo a Lilia di scegliere quale di questi animali rappresenta sé stessa, quali sceglierebbe per rappresentare membri della sua famiglia o amici e di inventare una storia con questi personaggi.

Dallo storytelling emerge un elemento degno di nota: la collocazione spaziale del fratellino. Presente ma laterale, in disparte rispetto alla famiglia, addormentato. Registro questo indizio, senza dargli al momento nessuna classificazione.

Un altro elemento significativo emergerà dal gioco che Lilia sceglierà di fare, ripetendolo per diverse sedute, negli incontri successivi.

Tra gli oggetti a disposizione sceglie una casetta, di quelle che si chiudono a libro e che aperte rivelano il proprio interno.

Lilia è attratta in particolare dalla porta di ingresso e dal campanello che emette un suono piuttosto squillante che termina con l'abbaiare di un cagnolino.

Dispone un numero consistente di Foodies (piccoli personaggi di frutta e verdura antropomorfi) davanti alla porta e mi chiede di suonare il campanello e farli entrare. Lei li accoglie dall'altra parte e li sistema in varie parti della casa, riempiendola.

Quelli posizionati sul tetto devono stare molto attenti, sono in bilico e spesso cadono o non riescono a mantenere l'equilibrio. La loro posizione è fondamentale perché possono guardare tutto, sia dentro sia fuori la casa.

Tutti i personaggi sono cugini.

Lo scheletro di questo gioco si ripete identico per diverse sedute, variano invece i dialoghi tra i personaggi e i temi affrontati. L'ultima volta che viene scelto, i Foodies adagiati sul tetto non vogliono proprio saperne di stare in piedi. All'ennesima caduta Lilia si innervosisce e lo fa dire ai cugini che attendono di entrare.

“Così è proprio impossibile”.

“Uff, c'è agitazione nell'aria, con tutte queste cadute” Replico io, spontaneamente.

“Certo, tutti hanno paura di tutte le cose che si muovono!” Afferma lei, presente a sé.

In quell'istante un pensiero mi si affaccia, sento qualcosa, sintonizzata: il suo fratellino si muove. (E forse Lilia sente che le sia “caduto in testa”).

Penso all'altalena. Anch'essa si muove!

Non avrei mai associato l'oscillare dell'altalena ad un movimento umano, vedendola solida sul suo perno. Un oggetto che, pur dondolando, sta fermo dov'è dando sicurezza. Eppure, adesso mi sembra un collegamento sensato.

...“Soprattutto se a muoversi sono parenti che ti cadono addosso”... dico.

Lei ride e va a fare un disegno (Figura 1).



Figura 1. Disegno di Lilia.

Nelle sedute successive cambierà gioco ricorrente scegliendo una variante di nascondino e trovando dentro me un nuovo assetto. Finge di non esserci per poi palesarsi, ridendo, quando inizio perplessa a dire di essere certa di averla vista da qualche parte, di averla proprio messa lì. Fa lo stesso gioco col genitore che la riprende a fine seduta.

Nell'incontro periodico con mamma e papà che segue questo periodo espongo le ipotesi che ho formulato raccontando ciò che ho vissuto e ciò che ho osservato. (Un altro passaggio significativo riguarda il rapporto di Lilia con l'ambiente della scuola materna, sul quale non mi soffermo in questo scritto seppur collegato).

Vedo nei genitori un genuino attivarsi. Si guardano, ammiccano sorrisi e, con la voce della mamma che cede come in una staffetta degli spazi al papà, iniziano a rievocare ricordi, raccontare episodi e formulare nuove ipotesi di lettura del rapporto di fratellanza. Le competenze genitoriali di questa coppia sono già al lavoro, si immaginano cosa possono fare per accogliere il bisogno di Lilia di 'essere ri-trovata' nel suo nascondiglio che protegge dal fratello adorato ma fin troppo presente.

Riconosco negli occhi dei genitori la stessa curiosità e il desiderio di saperne di più che ho provato io al telefono con la mamma. Stimolo il racconto di un ricordo ed emerge che nel periodo di esordio della paura questi genitori erano impegnati (parole della mamma): 'nel vortice delle attese e delle visite' che porterà alla Fivet per concepire il secondogenito. È aprile!

In quello stesso colloquio i genitori mi dicono che il 'sintomo' è già andato migliorando e dopo un paio di mesi sarà del tutto scomparso. Ad oggi, mentre scrivo, Lilia riesce a divertirsi cavalcando un'altalena.

Riflessioni

Nei giochi e nei disegni di questa bambina ho sentito incombere la presenza del fratellino e ho sentito che c'è troppo amore in questa famiglia per riuscire a non amarlo.

Questi genitori hanno lavorato parecchio per far entrare dolcemente il nuovo arrivato nel cerchio familiare.

Sembra quindi che abbiano ben ottemperato al compito di creare giustizia verticale tra fratelli. Lilia dal canto suo sembra impegnata nel lavoro di ricerca di giustizia orizzontale.

Dina Vallino ci riporta i risultati delle sue osservazioni sulla solidarietà fraterna indagate con la sistematicità dell'*Infant Observation* partendo, per approfondirli, dagli spunti teorici forniti da Kancyper sulla specificità del complesso fraterno (1997/2004) e d'accordo con Kaës nel sostenere che "il complesso fraterno possiede una consistenza e una dinamica proprie" (1981).

"Le spontanee espressioni di affetto fraterno, sin da piccoli, contraddicono l'idea (Freudiana) che prevalga nei bambini una pulsione originaria di superiorità sull'altro che conduce alla rivalità e all'odio" (...) "rivalità che il

primogenito fa evolvere via via già nella prima settimana di vita se i genitori sono capaci di offrire al primogenito quell'attenzione che non lo faccia sentire deprivato dell'affetto" (Vallino, 2010).

L'assunto naturale della normale esistenza della gelosia tra fratelli non sempre viene affrontato dai genitori con gli strumenti necessari a favorirne il superamento, a volte tollerandone le espressioni aggressive considerate inevitabili, a volte colludendo ed esacerbandole. Per Dina Vallino, è proprio in questo momento di sconfitta che i genitori richiedono l'aiuto terapeutico.

Nel caso in oggetto, darei una lettura decisamente diversa.

Guardare questi genitori all'opera mi fa pensare quanto la ricerca dello spazio terapeutico sia stato per loro un modo 'naturale' di allargare il cerchio familiare. I genitori che non hanno paura di chiedere aiuto e di far entrare qualcun altro nella loro potenzialità educativa aumentano notevolmente la conoscenza dei propri figli attraverso una lettura alternativa che non li distoglie né depaupera del loro ruolo ma anzi ne aggiunge capacità e valore.

Nessuna sensazione di spavento per le proprie competenze genitoriali 'cieche' e mancanti di qualcosa. Certamente sì 'un'ansia', di quelle sane che spingono il desiderio di attivarsi. Ma non una depressione, non lo sgomento, non il terrore di non sapere più cosa fare, non la fatica e la stanchezza di quel genitore che sente di non avere più risorse nel riconoscere quella parte di suo figlio che sembra disfunzionale e quella parte di sé stesso nella relazione col quel figlio. Piuttosto un'attenzione. Un'attenzione intima. Una tenerezza.

I genitori di Lilia hanno a loro tempo lavorato sul legame fraterno, favorendone la solidarietà e l'identificazione. Hanno preso in considerazione le potenzialità traumatiche della nascita del secondogenito sul primo dedicandosi alla valorizzazione sia della personalità di Lilia sia del fratello.

Hanno poi lasciato spazio ai figli pur non abbandonando il campo di gioco.

Questo lavoro ha portato come risultato uno schema di interazione familiare 'sufficientemente' armonico, capace di essere vivo e come tale di essere in continuo cambiamento.

Il momento attuale che ho avuto modo di osservare nella stanza con questa famiglia mette Lilia al centro delle danze, su di una pista da ballo che condivide col fratello in grado anch'esso di muoversi e di introdurre nuovi elementi relazionali di cui occuparsi.

Il lavoro di posizionamento di sé e di posizionamento all'interno del sistema familiare procede dinamicamente alternando momenti gestiti dall'agire dei genitori ad altri guidati dallo sforzo dei bambini stessi.

Lilia sta procedendo nel suo 'tempo presente' al riassetto del suo sentirsi membro di questa famiglia (e della comunità nella quale è inserita), ricercando un proprio spazio ma soprattutto un nuovo ruolo.

Per farlo è partita da sé, incontrando la propria fragilità che fa da contraltare al suo essere così competente per l'età. Non ha messo in discussione né l'affetto per il fratellino, pur avendo la necessità di liberarsene, né lo scambio amorevole familiare, percependo di avere

marginare per essere *com-presa* da un ambiente che (come mi piace definire) *immerge ma non sommerge*.

In questa manifestazione di sé Lilia ha coinvolto i genitori che hanno coinvolto me, in un cerchio di espressione di parentalità allargata ricca di potenzialità.

BIBLIOGRAFIA

- Candiani, C.L. (2021). *Questo immenso non sapere*. Torino: Einaudi Edizioni.
Juil, J. (2007). *La famiglia è competente*. Milano: Feltrinelli, Collana Urro, 2009.
Kancyper, L. (2004). *Il complesso fraterno*. Roma: Ed. Borla, 2008.
Vallino, D. (2010). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Roma: Ed. Borla.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 31 maggio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:667

doi:10.4081/rp.2022.667

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

Commento al caso clinico: *Lilia*

Paolo Milanesi*

*I desideri dei bambini danno ordini al futuro.
Il futuro è un domestico lento, ma fedele.*

Erri De Luca,
'Il giorno prima della felicità'

Mi piace iniziare il commento al caso clinico presentato dalla collega psicoanalista annunciandolo, a mia volta, con una citazione. Sì, una citazione a inizio di un testo scritto è come un annuncio, una presentazione del filo conduttore che in filigrana segna il pensiero che si vorrebbe esprimere, nella speranza che le parole scritte possano anche solo avvicinarsi ad un pensiero veramente pensato.

Il pensiero in filigrana nella citazione di Erri De Luca non vuole contrapporsi al pensiero che si cela implicitamente nella citazione della Candiani che la collega riporta. Potrebbe, forse, apparire contrapposto, a prima vista: da un lato la capacità di meravigliarsi che emerge grazie alla libertà del sentire e del capire che si aprono al futuro, scovre dai condizionamenti del passato e forse ciò lascia vivere il presente e permette la meraviglia; dall'altro lato il desiderio del bambino, di Lilia, come 'ordine' giunto dal passato, che determina il presente e ancora il futuro. Penso, con Heidegger (1971), che l'esistenza sia 'possibilità' d'essere e quindi, in essenza, apertura al futuro *ex novo* che genera meraviglia ma ancor prima angoscia perché toglie punti significativi di riferimento se vuole essere veramente 'possibilità' cioè progetto non ancora pensato; ma proprio per questo il rimando al passato è inevitabile, il ritrovarsi nella condizione originaria (eppur ogni volta nuova) di 'gettatezza' nel mondo che può risolversi scaturendo nel presente generando l'essere nel qui ed ora (*idem*).

Potremmo dire che la Candiani ed Erri De Luca, semplicemente ci

*Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista e Supervisore SIPRe – IFPS. Docente presso il corso SIPRe di alta specializzazione in Psicoanalisi del Bambino nella Famiglia. Socio dell'Associazione Culturale "OttoCentro". E-mail: paolomilanesi@icloud.com

mostrano due facce della stessa medaglia e che la grande difficoltà starebbe nel tenerle insieme scaturendo un presente che non è fuga da sé ma ‘attimo’ vissuto nel contatto di sé.

Ma veniamo a Lilia, che vorrei osservare in quanto ‘lei stessa’ e anche in quanto bimba che vive in un ‘mondo’ vale a dire in rapporto ai suoi genitori così come in rapporto alla sua analista, sapendo che questi tre vertici di osservazione appartengono ad un unico prisma che è ‘l’essere’ di Lilia; in tale senso Lilia, essendo sé stessa, ‘è’ il suo mondo.

Il mondo che ‘diviene Lilia’ è veicolato in gran parte dai genitori, che da poco hanno dato a Lilia un fratellino, che hanno avuto entrambe le gravidanze grazie alla procreazione assistita; altri fattori ‘significativi’ del mondo genitoriale mi paiono l’ipocondria materna e la reazione di questa alla pandemia, per altro va sottolineato che Lilia giunge al primo colloquio con il solo padre e quindi dobbiamo pensare che questi sia persona presente e rappresentativa. Dobbiamo inoltre domandarci quale sia l’investimento dei genitori su Lilia in quanto coppia ma anche in quanto singoli Io-soggetto (Minolli, 2015).

Alcuni cenni sul concetto di ‘investimento’. Tale concetto va pensato come totalmente disancorato dall’investimento pulsionale inteso in senso freudiano (Freud, 1915-1917). Potremmo pensare l’investimento sull’oggetto o sull’altro come modo di ‘essere nel mondo’. L’uomo, e anche il bambino, trova ‘possibilità d’essere’ dando senso all’oggetto o all’altro come definente ad un certo livello la propria esistenza cioè la propria possibilità d’essere. L’uomo non ‘è’ semplicemente, ma piuttosto si manifesta, ossia ‘significa’. In altri termini: l’investimento sull’altro è significazione e dunque espressione d’essere. Si potrebbero immaginare vari ‘livelli di coglimento’ di tale investimento cioè di ‘contatto’ con il personale significato (sentito come proprio) assunto dall’oggetto in funzione dell’espressione della propria possibilità d’essere (Milanesi, 2022). Su questa scia possiamo domandarci ‘chi sia’ Lilia per i suoi genitori e quanto i genitori stessi siano in contatto con ciò.

Cito: ‘Lilia è sempre sembrata molto sicura di sé, viene riconosciuta come ‘grande’ e capace da tutti gli adulti che incontra inoltre ha molto bisogno di sentirsi capita’. Mi chiedo se questo modo di essere di Lilia possa riflettere l’‘investimento’ dei genitori vale a dire se Lilia trova possibilità d’essere attraverso ciò che i suoi genitori ‘riflettono’; però c’è una crepa, infatti, Lilia ha molto bisogno di sentirsi capita, ‘confermata’, ‘riconosciuta’ e questo probabilmente dice della sua poca sicurezza. La nascita del fratellino sembra far precipitare questa dinamica: i *Foodies* che devono essere accolti nella casa dicono del bisogno di accoglienza di Lilia e forse del senso di estromissione insorto a seguito della nascita del fratellino. Si apre così uno spazio per ‘divenire’, cioè, laddove emerge un’incoerenza si crea la possibilità di un’evoluzione verso un nuovo equilibrio.

La sintomatologia di Lilia mi pare sintetizzi proprio questo; tra l'altro, nel sintomo, si coglie tutta l'intelligenza, non solo emotiva, di questa bambina, ma anche una ricchezza espressiva e creativa dimostrata nella capacità di costruire un 'sintomo' così unico e singolare; sintomo che condensa gran parte di sé pur essendo solo la punta di un *iceberg*. Sofferamoci appunto su questo sintomo: sia nell'insorgenza, dove il codino da acchiappare sulla giostra preannuncia il tema della perdita di equilibrio (sbilanciandosi per raggiungerlo e afferrarlo), sia osservando come viene introdotto nell'analisi quando durante una seduta i *Foodies* (cito) 'posizionati sul tetto devono stare molto attenti, sono in bilico e spesso cadono o non riescono a mantenere l'equilibrio': tema della perdita dell'equilibrio che nella fobia dell'altalena trova la sua piena espressione.

Mi pare ottimo l'intervento dell'analista che in quell'occasione, evitando inutili interpretazioni verbali, con un semplice (cito) 'Uff, c'è agitazione nell'aria, con tutte queste cadute', permette a Lilia l'accesso ad un mondo di significati che si muove tra la nascita del fratellino e una possibile perdita di equilibrio che implica il terrore della caduta, della vertigine, del non senso.

L'analista vede e sottolinea in questo tratto della seduta la caduta che simbolizza la caduta del fratellino in testa a Lilia; sono in parte d'accordo ma io vedrei non tanto e non solo questo (che resta un contenuto) ma essenzialmente la perdita di equilibrio che dice del divenire di Lilia e che il gioco del nascondino, dove lei finge di 'non esserci', sintetizza mirabilmente. Non 'esserci' come perdita di significati per poterne creare di nuovi. L'altalena in questo senso può essere vista come lo 'slancio' (attraverso un atto di fiducia, l'affidarsi) verso la perdita dell'equilibrio (dei significati) per crearne di nuovi, in altre parole: la fiducia che alla paura e al brivido dello staccarsi da terra e dello stare in volo corrisponderà il trovare spazi nuovi di sé, nuovi significati 'per poi palesarsi' un nuovo esserci. È altresì vero che la stabilità dell'altalena è totalmente affidata ai perni e non a sé, 'affidarsi' all'altalena implica una forte fiducia nei 'perni' e nelle 'corde', nella loro 'tenuta'. Ecco il grande tema dell'affidarsi all'altro, ai genitori, che non 'tradiranno' Lilia dopo la nascita del fratellino così come l'affidarsi all'analista che, grazie agli incontri con i genitori ha saputo lavorare proficuamente in tal senso convogliando l'amore genitoriale nella giusta direzione.

Sollevo in fine un punto di domanda: potrebbe Lilia essere arrabbiata per la nascita del fratellino nonostante l'attenzione che i genitori hanno dedicato 'per far entrare dolcemente il nuovo arrivato nel cerchio familiare'? Forse il 'troppo amore presente in questa famiglia', come l'analista ci fa notare, non permette a Lilia di autorizzarsi a riconoscere la sua rabbia perché avvertita come distonica proprio nei confronti del 'troppo amore'.

BIBLIOGRAFIA

- Freud, S. (1915-1917). *Pulsioni e loro destini*. OSF, Bollati Boringhieri, Torino (1989).
- Heidegger, M. (1971). *Essere e tempo*. Longanesi, Milano.
- Milanesi, P. (2022). Alle cose stesse. Un contributo del pensiero di Martin Heidegger alla meta-teoria dell'Io-soggetto. *Ricerca Psicoanalitica*, 33(1), 127-143. doi:10.4081/rp.2022.540.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Franco Angeli, Milano.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 26 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:678

doi:10.4081/rp.2022.678

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

Commento al caso clinico: *Lilia*

*Simona Montali**

È molto interessante il caso presentato dalla Collega dr.ssa Zerbi.

Come giustamente sottolineato da lei stessa, la curiosità si attiva sulla particolare problematicità che Lilia (4 anni) manifesta, la fobia per l'altalena.

Fortunatamente la Collega ha trovato uno spazio nella sua agenda per aiutare questi genitori e la loro bambina.

Ho letto la presentazione del caso e faccio alcune considerazioni. Mi arrivano due genitori particolarmente competenti agli occhi della Collega, molto impegnati nel fornire alla piccola Lilia, fin da subito, strumenti e stimolazioni importanti. Mi colpisce il fatto che Lilia sia vista come una bambina molto competente, nell'eloquio e nella formulazione del pensiero, molto adeguata e riconosciuta 'grande' e capace da tutti gli adulti che incontra e dalla terapeuta stessa nel momento dell'incontro. Eppure, vengono descritti alcune sfumature che sembrano incongruenti rispetto al suo essere 'grande': non tollera i rumori forti (paura dell'intrusione?), fa fatica ad abbandonarsi al sonno, ha molto bisogno di sentirsi 'capita' come se questo non avvenisse a sufficienza secondo lei, ed usa le sue competenze avanzate per esserne consapevole e dirlo ai genitori. Che brava! Ora è anche comparsa la paura del buio, ora che la sua fobia per l'altalena è diventata fortissima, come se ormai non riuscisse più a tenere buoni i mostri interni. Non mi è chiara la tempistica, mi manca nella storia raccontata la comparsa di queste 'sfumature incongruenti', troppo accennate per chiamarle 'sintomi'. Nella mia esperienza, l'acquisizione da parte del bambino di competenze superiori alla propria età è sempre paradossalmente un piccolo campanello d'allarme, che mi fa pensare ad una 'fuga in avanti', nell'illusione di lasciar perdere i bisogni 'da piccolo', mettendoli via e coprendoli con competenze più avanzate, un po' per sentirsi meglio, un po' per non perdere lo 'sguardo benevolo e ammirato' da parte dei genitori. Credo che sia un 'sentire'

*Medico pediatra neonatologo, psicoterapeuta; Docente del primo anno di corso di psicoterapia dell'età evolutiva presso 'Il Ruolo Terapeutico' di Milano, clinica-formazione-ricerca, scuola di psicoterapia analitica riconosciuta dal MIUR; Responsabile dell'Associazione APS 'Il Ruolo Terapeutico' di Parma, iscritta al RUNTS.

E-mail: s.montali@virgilio.it

frequente in bambini particolarmente ‘dotati’, intelligenti e sensibili, che non dipende dal genitore, ma dal fatto che inevitabilmente un bimbo vuol essere amato e ammirato, e se è arrivato forte lo sguardo ammirato dell’adulto, il rischio di perderlo è intollerabile. Non è detto che questo avvenga, certo, ma io lo tengo sempre molto presente, come possibilità, nell’idea che un bambino, soprattutto molto piccolo, ma molto competente dal punto di vista cognitivo, spesso nasconda una emotività che lui stesso non riesce a rendere completamente libera di esprimersi. In effetti Lilia a due anni ha iniziato a presentare un qualche segnale disturbante: disagio e presa di distanza dalla giostrina dove il ‘compito’ era quello di strappare la coda pelosa del pupazzo. Una fobia. Credo che la comparsa delle fobie siano l’estrema ratio per mantenere circoscritto il disordine emotivo. Con la fobia, tutto rimane circoscritto lì, e tutto il resto funziona come sempre. Riguardo al fatto della coda con il compito di strapparla dal pupazzo, mi pongo un’altra serie di domande, curiosità: mi sono chiesta se il fratellino fosse già nato, se fosse *in viaggio*, se Lilia ne fosse a conoscenza, se ne sapesse il sesso, se questo codino in qualche modo potesse avere un qualche significato se non altro per similitudine di forma. Nel caso la risposta fosse affermativa, la tentazione e contemporaneamente il divieto interno di far male al maschietto in arrivo o già nato, potrebbe forse essere la causa del suo disagio. Ambivalenza. Nulla di terribile, quanti dei nostri rapporti affettivi sono privi di ambivalenza? Credo sia normale. Ma Lilia si permetteva di sentirla? O si sentiva per l’appunto cattiva? Sono domande che mi faccio, immaginando, grazie alle parole della terapeuta, il lavoro e lo sforzo che indubbiamente mamma e papà hanno fatto insieme a Lilia per preparare e rendere ben accetto l’arrivo di un nuovo bambino in famiglia. Credo anche che il particolare momento che sfortunatamente è coinciso con la nascita del fratellino, abbia inciso moltissimo su tutto il clima familiare: l’estraneo-COVID che deve essere tenuto fuori dalla casa, la ‘ipocondria’ così definita dalla madre riguardante la paura dell’infezione, il parto avvenuto proprio in quel periodo, con una assenza da casa di 10 gg senza la possibilità da parte di Lilia di andare a trovare mamma e fratellino, l’estraneo, appena nato, la interruzione drastica di tutte le sue attività e i contatti relazionali cui la piccola era abituata, la riduzione della affermazione di sé come bambina competente, dovuta alla riduzione quasi a zero dello relazioni extra-familiari, un passaggio da una stimolazione molto elevata, incontri con famiglie di conoscenti, nido, nuoto, a uno stop drastico e decisamente angosciante non solo per i bambini, ma per tutti, dentro e fuori casa.

La mamma riferisce che anche dopo la fine del lockdown, le relazioni extra-familiari si sono ridotte solo agli impegni ‘istituzionali’. Immagino che ai tempi della presa in carico da parte della Collega, la situazione si sia un po’ normalizzata, come per tutti noi, tant’è vero che Lilia frequenta la materna, il nuoto, la danza propedeutica e un corso d’arte pittorica, tutte attività che se ho ben capito, *la mamma sente l’esigenza di proporre alla piccola per placare la*

sua sete di attivazione. Mi permetto di osservare che mi sembra un buonissimo proposito, ma tutte queste stimolazioni mi sembra vadano tutte nel senso di favorire quella ‘fuga in avanti’ che forse andrebbe un po’ arginata, potendo dare maggior spazio ad attività non ‘guidate’, più spontanee, che favorirebbero, credo, una maggior espressività reale della parte emozionale e bisognosa di Lilia.

Ed ecco la comparsa del sintomo più invalidante, che giustamente ha indotto i genitori attenti a chiedere aiuto. La fobia dell’altalena. Compare in Lilia la necessità di fare una richiesta d’aiuto, attraverso un sintomo, la fobia per l’altalena (non vi ricorda un po’ il gioco del rocchetto? ci sono-non ci sono, mi allontanano-ritorno...), perché sappiamo tutti che i sintomi nei bambini, e non solo, non sono altro che richieste d’aiuto che un bimbo non è in grado di fare in nessun altro modo. Mi nasce inoltre il sospetto, ma questa forse è una mia fantasia, che per Lilia sia impossibile mostrare la sua normale ambivalenza nei confronti del fratellino, ambivalenza che lei stessa possa ritenere accettabile da parte di mamma e papà.

Bellissima l’intuizione della Terapeuta: una sorta di ‘eppur si muove!’ quasi a voler ricalcare parole antiche di affermazione di verità (attribuite a Galileo Galilei). Sì, il fratellino si muove, è vivo, è anche molto amato, è anche un po’ di troppo.

Effettivamente, il *caso* si accende. La Terapeuta, in un rapporto dove abbandona il ‘razionale’ per entrare in qualche modo nel mondo del bambino che ha lì davanti, trova un possibile significato al sintomo, un’intuizione (il pensiero intuitivo di Ogden) che non è necessariamente ‘la verità’. Partendo *dai parenti che cadono sulla testa* durante il gioco nella stanza di terapia, e dal libricino che relega in un angolo (finalmente) il fratellino fermo e muto, vengono a galla i dolori di questa bimba che forse non riusciva, non poteva dire della sua paura di essere messa da parte a causa del fratellino. Molto bella e significativa la sequenza. Da lì inizia il percorso.

Conflitto di interessi: l’autrice dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 28 luglio 2022.

Nota dell’editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII: 702

doi:10.4081/rp.2022.702

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

Commento al caso clinico: *Lilia*

Silvia Bertoli*

Eppur si muove

La lettura di questo interessante caso mi ha richiamato alla mente alcune preziose considerazioni emerse in un seminario SPI sulle 'Declinazioni della Psicoanalisi Infantile'.

In quell'occasione Marta Badoni aveva sottolineato due grandi temi presenti nella psicoanalisi dei bambini, che in questo caso clinico ritroviamo in pieno: i) *la facilità di accesso diretto al loro inconscio*: nei primissimi incontri Lilia permette all'analista di accedere al suo mondo interno e la sua analista è molto brava sia nel non contaminare la mente della bambina con i propri contenuti inconsci sia nel non difendersi dalla violenza dei contenuti inconsci di Lilia (in una famiglia 'troppo piena di amore'). Il contatto diretto con l'inconscio comporta anche l'immediatezza delle angosce: angosce arcaiche, primitive, assolute come morire di fame, non controllare i propri bisogni corporali, *cadere*, perdersi, morire (Winnicott, 1957); ii) *il bambino presume sempre un adulto che l'abbia messo al mondo*: ha bisogno della presenza dei genitori non solo per la sicurezza del vivere, ma come garanzia di crescita e sviluppo mentale. Questi genitori riescono a svolgere in pieno questo ruolo e la collega dimostra di avere la capacità di ospitare nella propria mente una dimensione gruppale: i genitori non sono solo fantasmi, ma sono delle vere presenze, con un potente impatto sullo sviluppo mentale di Lilia.

Ed è probabilmente 'merito' di questi genitori se Lilia riesce, in breve tempo, ad abbandonare il sintomo: lo sviluppo mentale del bambino è sempre funzione della matrice relazionale.

Il caso presentato ci conferma un ulteriore assunto della psicoanalisi infantile: il bambino per cui si chiede aiuto è spesso soprattutto l'ambasciatore di un disagio familiare di cui porta la pena. E nel caso di Lilia tutta la famiglia ha bisogno di ritrovare il proprio posto, il proprio spazio.

*Psicologa, Psicoterapeuta, Dirigente Psicologa NPI Parma.
E-mail: bertoli.silvia@gmail.com

La nascita del fratellino e la modalità di Lilia di affrontarla richiamano questa visione di Vallino e Macciò (2004) rispetto al complesso fraterno: *“per complesso fraterno dobbiamo intendere, in Freud, non soltanto il sentimento della rivalità fraterna, ma un vero e proprio insieme di sentimenti, anche contrapposti tra loro, denominabili: rivalità fraterna, senso di giustizia, identificazione, senso del dovere, amore fraterno.”*

Comprendiamo come sia evidente qui la descrizione del complesso fraterno portata avanti da Kancyper: *“il complesso fraterno va inteso come un insieme organizzato di desideri amorosi e impulsi aggressivi che il bambino sperimenta nei confronti dei suoi fratelli.”*

Se l'analista, come del resto il genitore, riesce a contenere, allora nasce una possibilità di distinguere e si apre la dimensione della fantasia, dell'immaginazione e del pensiero che rende affrontabile l'irruenza dei vissuti interni altrimenti incontenibili.

Scrive Bion: *“Il paziente può vedere che le impressioni sensoriali hanno qualche significato, ma si sente incapace di sapere quale sia questo significato”* (1962). È a questo punto che diventa essenziale che l'analista metta a disposizione del paziente la sua facoltà di vivere l'esperienza e di pensarla svolgendo quella funzione materna primaria indispensabile per dare un senso alle esperienze. È quindi nella situazione relazionale che si può andare avanti nella comprensione e nella trasformazione.

Lilia trova la sua modalità comunicativa attraverso l'acting, l'analista riesce a contenere e a dare un senso, esercitando la funzione materna di *rêverie*.

La *rêverie* dell'analista permette alla *rêverie* dei genitori di accendersi aiutandoli a diventare più competenti a trattare con il proprio figlio, predisponendo uno schermo sul quale i genitori possono guardare con uno sguardo nuovo al loro bambino.

Trovo inoltre condivisibile ed importante il lavoro di accoglienza che viene fatto dalla collega nei confronti del materiale portato da Lilia, dove l'interpretazione rimane 'in attesa' e questo credo sia di fondamentale importanza nel lavoro clinico con i bambini più piccoli. Scrive Winnicott (1968) a questo proposito: *“Sono sgomento all'idea di quanti cambiamenti profondi posso aver impedito o rallentato in certi pazienti con il mio personale bisogno di interpretare. Se solo sappiamo aspettare, il paziente arriva alla comprensione in modo creativo e con immensa gioia ed ora so godere di questa gioia più di quanto godessi la sensazione di essere stato bravo.”*

Nella descrizione del caso clinico di Lilia osserviamo il 'dato di fatto della dipendenza': il bambino non esiste da solo, ma è fondamentalmente parte di una relazione.

Riprendendo la concettualizzazione teorica di Winnicott, possiamo ritrovare qui le tre conquiste principali del bambino nel viaggio dall'assoluta

dipendenza alla dipendenza relativa: i) integrazione; ii) personalizzazione; e iii) inizi della relazione d'oggetto.

La mamma di Lilia sembra avere avuto la capacità di entrare in empatia con i suoi bisogni fisiologici, di prevederli quasi magicamente senza nessuno sforzo di comprensione, grazie ad una totale identificazione con lei.

Osserviamo nel caso descritto i passaggi dalla dipendenza assoluta a quella relativa: Lilia sembra accorgersi se la madre resta lontana “*per un tempo superiore a quello durante il quale il bambino è capace di continuare a credere nella sua sopravvivenza*” ed inizia a provare ansia e questo indica che lei sa della propria indipendenza. Chiaramente la nascita del fratellino aumenta questo ‘sentire’ di Lilia.

È proprio qui che le madri iniziano un graduale de-accomodamento ai bisogni del bambino: aumentano le occasioni in cui la madre è inadempiente e attende un segnale di richiesta dal bambino. La capacità della madre di allentare l'accomodamento coincide con la sua progressiva ‘guarigione’ dalla preoccupazione materna primaria; rinuncia dunque alla sua capacità empatica di anticipare i bisogni del b., ma comprendendo i momenti in cui il b. ha ancora bisogno di empatia e quelli in cui deve sperimentare una progressiva separazione e indipendenza.

Qui i genitori di Lilia si dimostrano davvero capaci: il segnale che Lilia invia loro è quello di una ‘paura strana’, ‘un’ossessione’ alla quale non riescono, da soli, a dare una ‘risposta sufficientemente buona’ e quindi allargano il campo richiedendo aiuto.

E quindi, in termini bioniani, la coppia genitoriale, capace fino a quel momento di essere un buon contenitore per Lilia, diventa un contenuto alla ricerca di un nuovo contenitore: l'analista.

Già dalla consultazione con questa coppia si riconosce la possibilità dell'avvio di un valido progetto che permette di giungere ad una collaborazione attiva con i genitori stessi nell'affrontare il disagio portato da Lilia, mettendo al centro i temi del fraintendimento familiare.

Chiudo questo mio commento sottolineando come il rapporto con i genitori nell'analisi infantile sia un punto centrale: la lezione di Winnicott ci ha insegnato quanto “*la famiglia e l'ambiente abbiano influenza sullo sviluppo sano e patologico del figlio*” e come “*non possiamo idealizzare le trasformazioni che un bambino può fare con il solo aiuto dell'analista.*”

Questo punto, che rappresenta una caratteristica specifica dell'analisi infantile, chiama in causa quella dimensione gruppale di cui parla Marta Badoni, che si esprime nella capacità del terapeuta di interagire con l'ambiente e “*valutare la capacità dei genitori di tollerare e sostenere l'intervento stesso*”. Ma non solo: si tratta di recuperare un concetto fondamentale, quello di ‘alleanza terapeutica’, rivolto sia al bambino che ai genitori.

BIBLIOGRAFIA

- Bion, W. (1962). *Apprendere dall'esperienza*, tr.it. Armando, Roma, 1971.
- Carnaroli, F., & Mastella, M. (a cura di) (2012-2013). *Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile*. Disponibile su: www.spiweb.it
- Davis, M., & Wallbridge, D. C. (1983). *Introduzione all'opera di D.W. Winnocott*. Psycho, Firenze.
- Kancyper, L. (2004). *Il complesso fraterno*. Roma, Borla, 2007.
- Vallino D., & Macciò M. (2004). *Essere neonati. Osservazioni psicoanalitiche*. Borla, Roma.
- Winnicott, D. W. (1957). La capacità di essere solo. Tr. it. in: Winnicott, D. W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. A. Armando, Roma, 1974.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 6 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 28 luglio 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:708

doi:10.4081/rp.2022.708

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

Replica al caso clinico: *Lilia*

Ottavia Zerbi*

Voglio iniziare ringraziando i Colleghi per l'attenzione che hanno dedicato al caso e soprattutto per la viva curiosità ed interesse che lasciano trapelare per Lilia.

Sento risuonare dentro me molte delle riflessioni che vengono espresse ed evidenzio la ricorrenza di alcuni temi nonostante gli Autori si rifacciano a riferimenti teorici differenti.

Un'altra osservazione che mi pare interessante riguarda l'ordine di consegna dei tre commenti che sembrano inconsapevolmente collegati da un filo conduttore immaginario. Sembra che l'attenzione viaggi dal particolare al generale, spostandosi da una prima analisi più centrata sui dettagli del caso specifico, che porta ad aprire il percorso terapeutico, ad un'ultima che amplia lo sguardo aiutandoci a soffermarci sul valore della relazione terapeutica.

Mi colpisce la somiglianza con il processo di pensieri che hanno portato me a scegliere di scrivere di questo caso e non di altri.

Cercherò di ripercorrere i tre commenti seguendo questo filo immaginario.

Della curiosità verso un sintomo non consueto ho già parlato.

Ringrazio la collega Montali per aver sottolineato il fatto che intuire un possibile significato del sintomo non sia aver trovato necessariamente la verità ma solo una possibile lettura di quella sfumatura delle verità.

Condivido e aggiungo che le 'intuizioni' o le 'idee' che ci vengono sui sintomi non ci servono nel loro contenuto ma per quello che possiamo farci con le emozioni che condividiamo nell'accogliere l'esistenza di una possibile verità.

Le domande che la collega Montali si pone sono pertinenti e sono le stesse che si sono affacciate alla mia mente. Come ho scritto, alla comparsa del sintomo i genitori erano alle prese con la seconda Fivet, e forse per

*Psicologa psicoterapeuta, socia SIPRe e IFPS, presidente di 'D come Donna' APS e socia di ARGO Centro per la Persona Cooperativa STP. E-mail: ottaviazzerbi@me.com

questo Lilia ha provato l'angoscia di 'perdere lo sguardo ammirato' e totalmente rivolto a sé al quale era abituata. Non esisteva ancora, in quel momento, un fratello reale, non già un maschio con il quale confrontarsi ma certamente si stava configurando uno 'sguardo rivolto altrove' dei genitori, che speravano di avere un altro figlio. In un certo senso avrebbe potuto 'funzionare' anche l'altro scenario per l'epilogo di questa storia. È un contenuto appunto, a noi interessa il funzionamento individuale e dello schema familiare.

Ritengo sia stata più la percezione di un cambiamento ad 'allarmare' Lilia che si è espressa attraverso uno stato emotivo solo all'apparenza incongruente, bypassando le proprie competenze avanzate.

Ecco l'inizio del percorso, che sia terapeutico o di richiamo a un aiuto/attenzione rivolto ai propri cari. Una sorta di attivazione di competenze attraverso la perdita delle stesse.

Il collega Milanese sintetizza con le parole di Heidegger questa tensione infinita. Porre l'accento su essere/divenire e sulla meraviglia/angoscia che questo produce ci ricorda quanto sia sostanzialmente impossibile fermare un attimo se non mettendolo in relazione al momento appena passato e al momento non ancora giunto del prossimo futuro.

Lo sforzo di trovare equilibri emotivi nuovi tra la percezione di un 'sé presente a sé stessi in quel momento' e quella di un 'nuovo sé' dato dai cambiamenti che si stanno affacciando nel nostro mondo (interno o fuori da noi) non può per natura umana essere compiutamente satura. Eppure, abbiamo necessariamente bisogno di definirci, dirci chi siamo, trovare coerenza e pensarci in un nucleo stabile che sentiamo riconoscibile da noi stessi e dagli altri.

Quando questa consapevolezza di Soggetto vacilla emerge una difficoltà a stare nel proprio tempo presente. Il fatto che Lilia 'ricerchi di essere capita e confermata' non dice della mancata sicurezza di sé ma del lavoro che sta facendo di costruzione (e/o co-costruzione) di questa sicurezza.

Va avanti veloce eppure tentenna, inciampa, ama e odia, cercando di mettere a fuoco sé stessa così come di avere a che fare con gli investimenti dei propri genitori su di lei, che investono ora anche su un fratello.

Credo che i genitori stiano facendo lo stesso. Chi o cosa cambierà maggiormente nel tentativo, illusorio, di non cambiare niente? Forse questo il senso del troppo amore familiare.

La collega Bertoli sottolinea come sia tutta la famiglia ad aver bisogno di ritrovare un proprio luogo, un proprio spazio, passando dalla condizione di assoluta dipendenza alla dipendenza relativa. Mi ritrovo pienamente nella sua considerazione.

La concettualizzazione teorica di Winnicott viene sintetizzata con un linguaggio che non appartiene alla Psicoanalisi della Relazione. Ne condivido però il senso rispetto al lavoro intrapreso da questa famiglia:

sperimentarsi in nuove definizioni di ‘sé come individui’ e di ‘sé come sistema famiglia’ necessariamente passando attraverso separazioni e acquisizioni di nuove indipendenze emotive. È Lilia che ce lo dice, lo fa per sé stessa e a nome di tutta la famiglia, in quel complesso equilibrio di auto ed eco organizzazione necessaria allo sviluppo della mente infantile.

Scoprire dentro di sé l’esistenza di un’angoscia o di una ambivalenza è certamente un’esperienza dirompente e a volte destrutturante, a qualsiasi età. Il cammino per cercare il ‘senso per sé’ che questa esperienza comporta può essere lungo e tortuoso o immediato e semplice. Il desiderio umano, spontaneo e non razionale, di farlo ‘accompagnati’ è innegabile.

I punti che sintetizza Bertoli citando Marta Badoni sono mirabilmente espressi e se li seguiamo ci portano dritti ad abbracciare la proposta conclusiva: recuperare il concetto fondamentale di alleanza terapeutica con bambini e genitori.

Esattamente il solco che mi ha portato a scegliere di proporre questo caso, nel quale appare evidente quanto sia di fondamentale importanza porsi come analisti capaci di diventare polo di una relazione terapeutica, tollerando di non essere gli unici detentori della capacità ‘risolutiva’ e riparatoria del bambino rotto, in grado di ‘stare il tempo necessario’ per fornire input utili al cambiamento e sollevare dalla sofferenza.

Certamente potrebbe esserci ancora molto su cui lavorare. Ansie, ipocondria, angosce profonde, aspettative inconscie sia dei genitori sia del bambino. Come analista non voglio né posso ‘ridurre’ la complessità e negare l’evidenza di altre parti di iceberg non visibili e non ancora esplorate nonché della possibilità che emergano altre sofferenze in questi pazienti.

Mi preme però sottolineare quanto senta proficuo come analista sentirmi parte di un tutto più complesso che contemporaneamente assolutizza e relativizza il lavoro compiuto nella stanza di terapia e che influenza il tempo di durata dei percorsi di analisi infantile, spesso brevi. Non solo per la già citata facilità di accesso all’inconscio del bambino, ma anche per l’evidenza della potenza trasformativa innescata dall’alleanza terapeutica con i genitori.

Nella terapia del bambino, questa relazione vive sia quando i genitori sono compresi nella stanza sia quando il terapeuta ha lo spazio privilegiato di seduta con il piccolo paziente. Ed è in nome della forza di questa relazione, di questa alleanza fatta di fiducia reciproca nel considerarsi soggetti attivi, che il lavoro analitico continua anche a chiusura del percorso terapeutico.

Non posso non citare Giuliana Barbieri, che mi ha insegnato a ‘stare nel pezzo di cui hanno bisogno i genitori’, riattivando le loro competenze senza snaturare l’intervento psicoanalitico.

Ricordando che ogni caso è diverso e che ognuno ha bisogno di tempi propri (non necessariamente proporzionati alla gravità del funzionamento)

concludo lasciando aperta una riflessione: quanto di utile abbiamo da imparare come analisti di adulti da questo ‘saperci relativizzare e mettere in staffetta’ che ci insegna l’essere terapeuti di bambini!

Conflitto di interessi: l’autrice dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 28 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 28 luglio 2022.

Nota dell’editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell’editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall’editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:719

doi:10.4081/rp.2022.719

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

Mariacarmela Abbruzzese,* Riccardo Strada,** Enrico Vincenti***

Commento al film: *Parenti serpenti*

di Mario Monicelli, 1992

CLEMI CINEMATOGRAFICA

Parenti serpenti? Dalla rappresentazione alla clinica

Nel 1992 Mario Monicelli, regista sensibile al tema delle relazioni familiari che già aveva diverse volte tratteggiato in opere come *Padri e figli*, *Toh, è morta la nonna!*, *Caro Michele* o *Speriamo che sia femmina*, dirige la commedia *Parenti serpenti*, uno spaccato acre e disilluso, come nella migliore tradizione del regista, sull'istituzione della 'Famiglia'.

Il contesto in cui Monicelli ritrae questo affresco familiare è quello di quattro fratelli, due maschi e due femmine che in occasione delle vacanze natalizie si recano a far visita gli anziani genitori, ognuno con al seguito la propria famiglia ed i molti bagagli fatti di regali e abiti di festa ma anche di frustrazioni, segreti e dolorosi irrisolti.

La storia procede pacifica con il ritrovarsi rituale dei parenti, tra affettuosità e ipocrisie, confidenze e pettegolezzi, doni e veleni che il regista sottolinea con caustica ironia dipingendo un 'gruppo di famiglia in un interno' ancor più allo sbando dell'illustre predecessore viscontiano. Sì, perché se da una parte, protetti all'interno del guscio familiare, i protagonisti sanno mostrare un'identità salda e inconcussa, rafforzata e forse determinata da valori incrollabili che si stagliano totemici sullo sfondo di un Paese confuso e frastornato (siamo nel 1992!) e che barcolla nel pieno boom di Mani pulite, dall'altra, messi dolorosamente allo specchio dallo scorrere della

*Psicologa, psicoterapeuta, Psicoanalista Socia SIPRe, Referente Area Famiglia SIPRe Milano, Direttore Centro SIPRe di Milano. E-mail: abbruzzesemarc@gmail.com

**Psicologo psicoterapeuta, Socio Ordinario SIPRe, membro IFPS, afferente Area Gruppo SIPRe Milano e Area Famiglia SIPRe Milano. E-mail: riccardostrada@yahoo.it

***Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista, Supervisore SIPRe-IFPS, Supervisore in Psicoanalisi della Relazione di Gruppo e della Famiglia; Docente di Clinica Psicoanalitica presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia SIPRe. E-mail: evince57@gmail.com

vita, saranno proprio questi ‘parenti’ a cambiare la pelle, come autentici serpenti, e a mostrarsi, drammaticamente, a nudo.

Sarà infatti la richiesta della coriacea matriarca di trasferirsi a convivere con uno dei figli in cambio della futura eredità, che porterà i parenti tutti a confrontarsi con l’imprevisto che lo scorrere della vita comporta; il sopraggiungere della vecchiaia per gli anziani genitori proporrà dunque l’opportunità di cogliersi nell’intrico di queste relazioni e l’incapacità di farlo trasformerà, inevitabilmente, il confronto in tragico schianto.

La richiesta del genitore, nella sua stringente concretezza, crea una spaccatura nel quotidiano di tutti i membri di questa famiglia e tocca, violentemente, il loro modo di sentirsi ed essere nei legami di ognuno. È a questo punto, di fronte alla ‘crisi’ che la vita pone, che il soggetto è posto dinnanzi alla possibilità di occuparsene, di farsene qualcosa, e quindi, se sente di potercela fare, di collocarsi rispetto a sé stesso ed alla richiesta di mamma.

Il cambiamento ventilato dalla richiesta, l’ipotesi in questo film di mettere mano alla struttura formale delle proprie vite, mette a nudo i soggetti mostrandoli per come sono, forgiati dalle sovrastrutture sociali e morali in cui si cullano per tutta la prima parte della pellicola, ma fragili nel momento in cui devono assumersi delle responsabilità ed è qui che le interazioni storiche sono messe in crisi.

La solidarietà fraterna si trasforma in conflittualità e rivalsa ed i protagonisti, impegnati nel cieco confermarsi per come sono, sembrano far fatica ad assumersi i valori fin lì decantati, la dedizione di figli, preoccupati per il futuro dei propri genitori sembra cedere il posto alla salvaguardia delle apparenze e delle convenzioni sociali, unico baluardo a cui aggrapparsi, senza permettere a questi soggetti di entrare davvero in contatto con ciò che sentono, e quindi posizionandosi all’interno dei propri legami.

È infatti questa capacità di posizionarsi, di ‘osservarsi’ ed accogliersi che noi definiamo ‘coscienza della coscienza’, l’elemento che sostanzialmente sembrano far fatica ad attivare i membri della famiglia monicelliana; essi si esprimono per come sono configurati, figli di quei genitori, di quell’epoca e di quella cultura, ma ciò che pare indisponibile è la capacità, o la disponibilità di guardare i propri investimenti, cioè il senso ed il significato più profondo che noi attribuiamo ai nostri legami.

Ne emerge quindi uno scenario di totale inconsistenza che caratterizza amaro e quasi tragico la seconda parte del film, dove l’incapacità di tutti questi personaggi di potersi cogliere nei propri investimenti familiari sfocerà in un epilogo altamente allegorico in cui il nucleo familiare si ricompatterà solido soltanto intorno all’accordo inconscio di non guardare il ‘problema’, eliminando fisicamente i genitori e riducendo così la consistenza di tutti i protagonisti, vivi o morti che siano, a simbolica cenere.

Il film *Parenti serpenti* è una magnifica rappresentazione teatrale di quello

che molti di noi hanno in mente quando e se pensano al concetto di famiglia. Una grande ruota che gira. Uno spaccato artistico delle relazioni tra parenti.

La letteratura presenta molteplici studi che prendono in esame le interazioni tra i membri della famiglia; ricerche e teorie che hanno evidenziato come le interazioni influiscono sui membri della famiglia contribuendo, se non determinando, la sofferenza. Facciamo riferimento, per esempio, a W. Bion e S.H. Foulkes, alla teoria del vincolo di E. Pichon Riviere e R. Losso, oppure alla teoria sui legami della scuola francese rappresentata da R. Kaës e D. Anzieu.

Seguendo la linea di questi autori, potremmo guardare al film *Parenti serpenti* come un insieme di momenti familiari che esprimono esigenze, valori, affetti, ora in condivisione ora in conflitto, orientandoci così ad osservare il dispiegarsi dei rapporti nel loro complesso e valutando quanto essi possano essere vitali o mortiferi. Di conseguenza saremmo portati a considerare quanto essi siano produttori di sanità o patologia, di serenità oppure di sofferenza per i singoli parenti e/o per l'intera famiglia.

Sebbene sia ormai consuetudine seguire questa linea di pensiero, facciamo fatica ad adottarla, poiché presuppone che la famiglia esista come un soggetto che pensa, agisce e crea, un soggetto con un'entità propria. Vorremmo, invece, provare a proporre un'altra visuale, cercando di uscire dalla dicotomia sano/malato, vitale/mortifero, per osservare i soggetti e i loro legami per come si presentano a partire dalla coppia romantica a quella genitoriale, dai rapporti intergenerazionali (tra genitori e figli), a quelli intragenerazionali (tra fratelli).

Potremmo soffermarci, allora, su un dato, a tratti banale ma per nulla scontato, come la considerazione che ogni famiglia è organizzata dai soggetti che la compongono. Per cui non esiste un modello di famiglia a cui tendere, ma ogni famiglia è unica perché unici sono i membri che la costituiscono.

In questo modo è il soggetto ad essere al centro del nostro pensiero teorico e al centro del nostro interesse clinico. Il soggetto nella sua unicità e singolarità che si relaziona e costruisce legami in base alle sue soggettive esigenze e funzionalità, a conferma del suo modo di essere.

Affermare questo, ci permette di prendere in considerazione che la famiglia è il tramite attraverso il quale le dimensioni sociali e culturali concorrono, accanto alla eredità genetica, a definire la costituzione/configurazione dell'essere umano.

Dei genitori che di fatto incidono sulla organizzazione dei propri figli e, a partire da questa configurazione specifica ed unica, ognuno influisce sull'altro in una circolarità di rapporti reciprocamente incidenti.

La Stengers ha egregiamente descritto le modalità attraverso le quali le diverse variabili si organizzano per configurare il soggetto, proponendo la visione di un 'fascio di temporalità articolate' dove 'la memoria della specie', tradotta nei vincoli genetici, va coniugandosi con 'la memoria multipla'

propria dell'ambiente passato e presente, per dare vita a quell'individuo concreto.

Quindi genetica e ambiente dovranno essere colti come fascio di variabili articolate tra di loro che nel loro intrecciarsi fanno esistere e quindi configurano quell'io soggetto particolare e singolo.

La proposta della Stengers è un'ottima metafora per descrivere anche l'articolarsi dei rapporti, nell'espressione degli investimenti che ciascuno ha sull'altro; investimenti funzionali ad affermare il proprio esistere, il proprio modo di essere, in quel particolare momento del proprio processo di vita, all'interno del proprio soggettivo mondo.

Ad esempio, osservando dei genitori o una coppia genitoriale, emerge chiaramente l'investimento che ognuno di loro depone sul figlio. Si pensa che la qualità di quell'investimento andrà ad organizzare e strutturare quel figlio; allo stesso tempo osservando le interazioni noteremo le reciproche incidenze circolari e ricorrenti, funzionali ad attuare sé stessi nel processo della vita. In questo senso pensiamo alla famiglia come espressione degli investimenti reciprocamente incidenti. Quindi ne deduciamo che la famiglia è il luogo della configurazione del soggetto.

Dopo questa breve premessa teorica, proviamo ad entrare nel vivo del film.

Come accennato, siamo agli inizi degli anni Novanta, sicuramente in un sistema culturale in cui la concezione di famiglia, rispetto a oggi, era differente. Ad esempio, in quegli anni si dava quasi per assodato che al diventare vecchio di un genitore erano i figli a doversene prendere cura e occuparsene. Parlare di ospizio in quell'epoca era come dire ad un genitore 'non ti voglio bene'. Lo vediamo rappresentato dal silenzio che suscita la parola 'ospizio', nessuno può prendersi il diritto di valutare le differenti opzioni ed assumersi la responsabilità di dire *'forse potrebbe essere una bella idea'*; all'epoca era culturalmente una opzione non percorribile.

Nel filmato si evidenzia, come le dimensioni culturali si esprimevano nei rapporti tra le generazioni, con ricadute nell'asse verticale, genitori/figli. Non era concepibile altrimenti per il periodo in cui è ambientato il film.

Quella famiglia è figlia di quel tempo, di quella cultura, di quel luogo. Si può dire che sia un 'derivato' della società e della cultura del tempo, per cui i valori organizzanti la società saranno tradotti da quella famiglia in valori che organizzeranno ciascun nuovo venuto.

Al contempo, possiamo affermare l'esistenza di una bi-direzionalità d'influenza soggetto/ambiente dove il soggetto influenzato dall'ambiente co-costruisce l'ambiente, influenzato dal soggetto. Morin riassumerebbe quanto affermato con l'espressione 'società-famiglia-individuo-società', nel senso che esiste una circolarità dei vari attori, una visione dove qualcosa incide su qualcun altro.

Nel film, ad esempio, guardando alle varie generazioni vediamo tradurre

quella cultura e quell'organizzazione all'interno della relazione fra marito e moglie (coppia genitoriale).

Lui, un comandante dei carabinieri in pensione in una demenza senile, lei donna di casa e madre. Mamma casalinga che si occupa dei figli e un padre impegnato che non può prendersi la responsabilità di badare ad altri. Moglie che vuole gestire e che ha tutto sotto controllo e un padre impegnato sul lavoro e non in casa. Papà che forse avrebbe voluto un ruolo di maggiore comando in famiglia ma che invece risulta succube della moglie, entrambi si delegano l'un l'altro la fragilità, e nessuno riesce a dire: abbiamo bisogno di aiuto.

Quella coppia ha organizzato quella famiglia.

Lo vediamo nella dichiarazione comica di Alfredino che ad un certo punto dirà che lui altro non può essere che l'espressione di quella coppia genitoriale: *'Cosa vi aspettavate da un bambino cresciuto da un padre succube e da una madre iperprotettiva...'*

Entrambi si sono organizzati e rinforzati lungo il percorso della loro storia di coppia. Il marito in modo consono ai valori del tempo e della cultura è colui che porta i soldi a casa e lei è colei che gestisce la quotidianità domestica. Questo ha fatto sì che si organizzasse una coppia e su quella coppia una famiglia. Così facendo entrambi perseguono la loro esistenza, affermando ciò che sono nella quotidianità delle loro interazioni.

Come ben sappiamo la cultura e la società non sono statici. C'è movimento e processualità: *'Si stanno aprendo le frontiere'*, dirà il padre. L'unico punto di riferimento fermo è casa, casa dei genitori. Ed esiste quel legame, quella solidità solo in funzione dei genitori.

Quella coppia si trova quindi davanti ad una svolta della vita e ad confrontarsi con la sofferenza inerente alla difficoltà a posizionarsi rispetto al dilemma: mantenere quello schema oppure osare ed affrontare quanto c'è di entrante che pone delle questioni. Come quella mamma e quel papà affrontano il fatto che la vita va avanti? Non è detto che si possa rimanere sempre allo stesso modo. Quella mamma non chiede, afferma *'ci trasferiamo a casa di uno di voi'*. Lo ha imposto, lo ha già deciso senza chiedere e ha deciso per lei e per suo marito: *'ho pensato e noi abbiamo deciso'*. Quella mamma continua ad utilizzare quella modalità che la caratterizza: *'Io sono la mamma, c'è questo problema e si fa così'*.

In fondo i due genitori provano ad accogliere quanto sta emergendo, l'andar avanti con l'età, la propria fragilità e lo fanno chiedendo aiuto. Stanno dicendo che vorrebbero cambiare le cose, purtroppo non riescono a trovare altre modalità se non quelle storiche che ben conoscono, ma così facendo altro non ottengono che affermare ciò che sono.

Questo è lo svolgersi dell'affermazione dell'io-soggetto per come quella mamma è fatta. Lei altro non fa che affermare sé stessa, in quei valori, in quei principi che l'hanno organizzata e che rigidamente porta avanti

affrontando tutti i movimenti della vita attraverso quelle modalità che l'hanno organizzata e configurata. Aderente a sé stessa.

Potremmo domandarci se il fatto che mamma e papà affermino loro stessi diventa un incubo per quei figli, oppure se non sia il permettersi di avanzare la richiesta *'siamo vecchi, occupatevi di noi'* che porta scompiglio tra i parenti tutti.

Una famiglia che appare perfetta, dove tutti giocano, ridono e si apprestano a passare una bella giornata viene messa in crisi da qualcosa che viene svelato e non nascosto; l'esplicitazione di un qualcosa che si intromette nel normale svolgersi della continuità delle loro interazioni. Allora perché la rottura al livello familiare diventa sofferenza per il singolo soggetto?

Poiché in quel momento, i figli toccano con mano quelli che sono gli organizzatori interni che li hanno configurati, ad esempio la presenza significativa di colui che li ha fatto nascere ed esistere. In quel momento, potranno cogliere quanto quella modalità in cui si sono organizzati gli appartiene e persiste, con la conseguente domanda *'Che faccio io? Chi e che sono io?'*, *'Come faccio a fare i conti col fatto che per me è naturale vivere basandomi su di te e sul fatto che tu ci sia?'*.

Nel momento in cui le cose non sono più lineari e non sono più come sono sempre andate ci si accorge dove si è. Finché la vita procede secondo la naturale consuetudine, generalmente non si è toccati da particolari esigenze, ma nel momento in cui esse emergono, ci si accorge della propria fragilità. E, allora, che generalmente il soggetto fa i conti con la propria sofferenza.

Accoglierla, trovare la soluzione, prendere in considerazione le varie possibilità, richiede disponibilità e convinzione di potercela fare a reggerne il peso. Purtroppo, non sempre ciò accade e allora ciascuno è portato ad esasperare la propria soluzione. Lo si può vedere, per esempio nella linea verticale, nella soluzione che ha scelto quella mamma. Perché quella mamma non ha detto: *'visto che sono stata sempre con questa figliola, secondo me converrebbe che io andassi a vivere con lei, oppure scelgo di andare da Alfredino perché è da solo... ecc...'* quella mamma apparentemente 'forte', in realtà non decide nulla, afferma solo ciò che è. Esprime solo quanto ammesso dalla sua configurazione, fa delle cose, si occupa delle cose e persegue esattamente quelle modalità che sono direttamente dipendenti da quei valori culturali che l'hanno organizzata.

Nell'esasperazione della sua affermazione, condivide con gli altri lo stesso destino; non sa come confrontarsi con il fatto che stanno cambiando le cose e non sa cosa fare. Anche in lei emerge la stessa domanda: *'Io cosa faccio ora?'*

Come accennato nessuno di loro sente di poter attuare una propria scelta e richiamando le funzioni foriche Kaëssiane, possiamo affermare che il padre rappresenti il 'porta parola' quando dice: *'non è che non voglio, non posso'*.

Per cui, l'impossibilità di poter scegliere esprime l'inconsistenza di tutti i componenti che si manifesta nelle relazioni di quel gruppo familiare. Difficoltà a scegliere che spesso porta a cercare o pretendere di decidere per l'altro, attestando di fatto che non si riesce a decidere per sé stessi.

Quando non si può fare una scelta si trovano delle soluzioni esterne, basate sulla delega, sembra una scelta, ma di fatto scelta non è.

L'epilogo è straordinario nella sua tragicità, toglie dall'incombenza, qualcosa decide per loro.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 15 luglio 2022.

Accettato per la pubblicazione: 15 luglio 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:712

doi:10.4081/rp.2022.712

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

Attà Negri,* Rachele Mariani,** Michela Di Trani***

Comunicazione emotiva e processi di cambiamento. Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria del codice multiplo

di Wilma Bucci, 2022
GIOVANNI FIORITI EDITORE, ROMA

Con questo nuovo libro Wilma Bucci propone una sintesi approfondita della sua teoria dell'organizzazione psichica e del cambiamento psicoterapeutico, fondandola sulle conoscenze scientifiche attuali e proponendo strumenti di ricerca per una sua verifica sul campo; come lei stessa scrive 'era arrivato il momento di sistematizzare il lavoro teorico e di ricerca' iniziato quattro decenni prima e che ha visto la sua prima sistematica formalizzazione nel libro *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva* (1997), pietra miliare per una riconcettualizzazione empiricamente fondata della clinica e teoria psicoanalitica. In questo nuovo testo Bucci coniuga con facilità diversi linguaggi, coinvolgendo il lettore in un processo continuo di connessione tra teoria e ricerca da una parte e di dialogo tra psicoanalisi, scienze cognitive e neuroscienze dall'altra. Sia il lettore che già conosce la Teoria del Codice Multiplo e del Professo Referenziale, sia chi si avvicina ad essa per la prima volta può trovare in questo libro una prospettiva teorica generale che propone un modello della mente squisitamente psicologico, coerente con le più recenti evidenze neuroscientifiche e cliniche, e di grande utilità per la pratica terapeutica. Vi troverà sia la specificità e la chiarezza logica della ricercatrice esperta, che da anni studia i concetti che presenta, sia la vividezza dello sguardo clinico che applica tali concetti alla *talking cure*.

I temi affrontati da Wilma Bucci sono centrali nel dibattito contemporaneo interno alla psicologia su processi psicodinamici che spiegano la sofferenza

*Università di Bergamo. E-mail: atta.negri@unibg.it

**Università La Sapienza di Roma. E-mail: rachele.mariani@uniroma1.it

***Università La Sapienza di Roma. E-mail: michela.ditrani@uniroma1.it

psichica e il funzionamento soggettivo. A partire da una rilettura in chiave neuroscientifica della metapsicologia freudiana, Bucci propone uno sguardo attuale su concetti quali integrazione mente-corpo, dissociazione, effetti del trauma sui processi simbolici, somatizzazione, memorie corporee, emozioni e processi di cambiamento psicoterapeutico. In particolare, vorremmo orientare l'attenzione del lettore su tre aspetti distintivi e innovativi del modello proposto da Bucci.

Il sistema mente/corpo/contesto

La Teoria del Codice Multiplo e del Processo Referenziale, delineando i processi psichici come processi multipli e paralleli di elaborazione, rimette al centro del lavoro clinico la potenza trasformativa sia degli affetti che il corpo vive nella interazione con l'altro, sia della rappresentazione simbolica che da essi può scaturire. Tale vertice consente di vedere in maniera sistemica e unitaria il dispiegarsi delle mente e del corpo nel processo interpersonale verbale e non verbale che gli psicoterapeuti, psicoanalisti e non, vivono quotidianamente nel rapporto con il paziente. Costatare che la sola *talking cure*, la cura delle parole, senza l'introduzione di medicazioni o terapie fisiche, ha degli effetti corporei è stata una delle grandi scoperte della psicoanalisi dalle sue origini. Il modello di Bucci può essere visto come il tentativo di spiegare e comprendere come il linguaggio si leghi al soma, alle emozioni e ai sistemi corporei e viceversa, cogliendo attraverso il Processo Referenziale come sia di fatto possibile dare senso all'intreccio complesso di corpo, affetto, parole e relazioni.

Il modello di mente di Wilma Bucci non solo quindi ci propone un cambiamento epistemologico utile a superare il dualismo mente/corpo, ma aggiunge una visione sistemica del funzionamento mentale. Da momento che, infatti, i processi di elaborazione simbolici e subsimbilici descritti dall'Autrice sono le modalità di cui il soggetto dispone per connettersi senza soluzione di continuità con il suo contesto fisico e interpersonale, appare chiaro come la mente e la coscienza siano non solo processi intrinsecamente incarnati, ma anche eminentemente relazionali. La mente non esiste come entità isolata e statica, ma è un insieme di processi di connessione continua con il mondo e soprattutto con gli altri significativi. Il Processo Referenziale non connette quindi solo sistemi di elaborazione differenti all'interno dell'individuo, ma connette l'individuo con il suo contesto fisico e soprattutto connette i sistemi simbolici e subsimbolici delle persone tra loro. Avere definito dal punto di vista teorico e fenomenico (la metafora del *tango* è da questo punto di vista estremamente calzante e pregnante) le caratteristiche di questo processo di connessione *intrapersonale* e *interpersonale* ci consegna uno strumento formidabile per orientare l'intervento dello

psicologico clinico di qualunque orientamento e in qualunque contesto, non solo quello psicoterapeutico. Possiamo quindi considerare il modello di mente proposto da Wilma Bucci realmente innovativo proprio in quanto offre una visione complessa dell'essere umano come dotato di un sistema che connette corpo/mente/contesto; e questa visione funziona come una mappa attendibile e plausibile per comprendere il funzionamento soggettivo e interpersonale da una parte e per orientare o modellare la relazione di aiuto con il soggetto sofferente dall'altra.

Il modello psicopatologico e del cambiamento psicoterapeutico

L'Autrice nella seconda parte del volume propone una rilettura del modello psicoanalitico freudiano, offrendo una definizione alternativa di processo primario e secondario, mettendo al centro la questione assai enigmatica se l'inconscio possa ancora oggi essere definito come un sistema disorganizzato, un calderone di impulsi ribollenti, il luogo del rimosso o al contrario, come Wilma Bucci propone, un sistema altamente codificato e inscritto nel soggetto, costantemente attivo parallelamente ad altri sistemi, altrettanto organizzati, che parzialmente si connettono e si disconnettono tra loro. Wilma Bucci, quindi, introduce una differente prospettiva di comprensione della psicopatologia, non più e non solo come esito di conflitti interni e di rimozioni, ma come esperienza attuale di processi di elaborazione parzialmente dissociati tra loro. Una parte importante della sofferenza non è quindi data dall'attivazione di processi simbolici complessi in conflitto tra loro, ma da processi di connessione interna e interpersonale (riassunti nel concetto di Processo Referenziale) per varie ragioni non pienamente efficaci. Riattivare tali processi nella relazione terapeutica è il cuore e la sfida di ogni possibilità di cambiamento. La psicoterapia diventa la via regia per la riattivazione di processi che hanno traccia indelebile nel corpo, ovvero gli schemi di emozione che nello scambio con l'altro vengono rivissuti a livello subsimbolico e si aprono alla loro auspicabile trasformazione, grazie all'integrazione tra simbolico e subsimbolico. Il concetto di schema di emozione diventa nucleo fondante dell'esplorazione clinica, in quanto racchiude le memorie incarnate dei pattern affettivo-relazionali che guidano in maniera funzionale/disfunzionale la persona che si muove nel mondo. Tale schema di emozione diventa il propulsore, l'*arousal* del processo referenziale, delle connessioni/disconnessioni che nel trattamento potrebbero acquisire nuove integrazioni e consapevolezza. Grazie a tale attivazione in un contesto sicuro e facilitante, come si auspica che la psicoterapia sia, con le sue costanti e le sue variazioni, nuove simbolizzazioni e nuovi significati possono prendere vita all'interno dello scambio subsimbolico costante tra paziente e terapeuta. E il pregio di questo nuovo testo di Bucci è di descrivere

ed esemplificare più volte le fasi che caratterizzano questo processo nel trattamento analitico, e più in generale psicoterapeutico. Si tratta delle *fasi di arousal* in cui prevale l'attivazione degli elementi subsimbolici degli schemi di emozioni, *di simbolizzazione* in cui si dà immagine e parola all'esperienza emozionale subsimbolica, e *di riflessione/riorganizzazione* in cui emergono connessioni e significati nuovi tra gli elementi emersi. Gli esempi clinici presentati dall'Autrice consentono chiaramente di seguire il processo sia all'interno di una singola seduta sia nello svolgersi della terapia. Questa caratterizzazione ed esemplificazione è l'applicazione concreta alla relazione terapeutica del modello di mente/corpo/contesto; uno strumento prezioso da tenere in mente da parte di qualsiasi clinico che condivida questo nuovo paradigma e approccio alla *talking cure*.

Le proprietà del linguaggio come indici del processo referenziale

La Teoria del Codice Multiplo e del Processo Referenziale pone l'accento su e rivaluta il ruolo centrale del corpo, del non verbale e del non simbolico, ma l'elaborazione simbolica in immagini e parole rimane fondamentale nella *talking cure*. Le parole in particolare sono uno degli strumenti principali per attivare l'integrazione tra sistemi di elaborazione differenti e per comunicare con i sistemi simbolici e subsimbolici dell'interlocutore. Potremmo dire che le parole rimangono al centro della scena ma non sono più le uniche protagoniste; perdono quello statuto privilegiato che avevano nei modelli centrati sull'interpretazione e l'insight e assumono invece un ruolo da coprotagonista insieme ad un altro tipo di elaborazione, quella subsimbolica, che se pure meno visibile, rimane il cuore del problema e al tempo stesso del cambiamento. Il grande vantaggio delle parole è che possono essere registrate e trascritte, e dal momento che sono intrinsecamente connesse all'esperienza subsimbolica incarnata sono rivelatrici della qualità di questo intreccio. È lo stile linguistico adottato dal parlante più che il contenuto delle sue parole che è significativo per comprendere quanto ciò che viene detto è connesso e rispecchia il vissuto subsimbolico. Se per esempio il linguaggio utilizzato è vivido, concreto, specifico e chiaro esso trasmette con immediatezza l'esperienza emotiva e sensoriale vissuta dal parlante, mentre se è astratto, decontestualizzato, vago restituisce un senso di distanza di noi con l'interlocutore e dell'interlocutore con il suo vissuto emotivo. Il linguaggio è quindi un alleato prezioso per il clinico e per il ricercatore perché permette di vedere e in parte misurare il livello di connessione *interpersonale* (tra parlanti) e *intrapersonale* (tra sistema simbolico verbale e sistema subsimbolico) dei parlanti. Wilma Bucci ha ben compreso questa potenzialità del linguaggio e ha sviluppato un set di misure linguistiche computerizzate atte a rilevare e misurare le qualità linguistiche connesse al processo

referenziale. Il clinico, leggendo questo volume, può sintonizzarsi non solo sull'ascolto del linguaggio come veicolo di contenuti, ma anche sulla qualità formale e stilistica delle associazioni prodotte in seduta e riconoscere l'attivazione di schemi di emozioni, agevolando il processo di integrazione dei pattern affettivi e rendendo più efficace il suo lavoro terapeutico. Dall'altro lato, il ricercatore può esplorare i trascritti, o i resoconti dei clinici, o delle conversazioni tra soggetti, e analizzarli attraverso l'applicazione delle misure linguistiche computerizzate per comprendere e misurare i processi di cambiamento nella relazione terapeutica o nei differenti contesti o condizioni di sofferenza. Entrambi, ricercatori e clinici, dunque possono collaborare per trarre vantaggio da questi preziosi strumenti validati di analisi linguistica che il lungo lavoro dell'Autrice e del suo gruppo di ricerca ci ha fornito anche per la lingua italiana (Christian *et al.*, 2021; Di Trani *et al.*, 2018; Mariani & Hoffman, 2021; Mariani *et al.*, 2013, 2020a, 2020b; Negri & Ongis, 2021; Negri *et al.*, 2018, 2019, 2020a, 2020b; Renzi *et al.*, 2020). La disponibilità di queste misure è un'ulteriore punto di forza del modello proposto da Wilma Bucci in quanto prevede la possibilità di una verifica e un riscontro empirico di quanto previsto a livello teorico, contribuendo a trasformare l'arte della psicoterapia in una scienza.

BIBLIOGRAFIA

- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e Scienza Cognitiva*. Fioriti Editore, Roma.
- Bucci, W. (2021). *Emotional Communication and Therapeutic Change*. Routledge, London.
- Christian, C., Barzilai, E., Nyman, J., & Negri, A. (2021). Assessing key linguistic dimensions of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 143-153. doi:10.1007/s10936-021-09768-1.
- Di Trani, M., Mariani, R., Renzi, A., Greenman, P.S., & Solano, L. (2018). Alexithymia according to Bucci's multiple code theory. A preliminary investigation with healthy and hypertensive individuals. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(2), 232-247.
- Mariani, R., & Hoffman, L. (2021). Analytic process and linguistic style: exploring analysts' treatment notes in the light of linguistic measures of the referential process. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50, 193-206. doi:10.1007/s10936-021-09771-6.
- Mariani, R., Di Trani, M., Negri, A., & Tambelli, R. (2020). Linguistic analysis of autobiographical narratives in unipolar and bipolar mood disorders in light of multiple code theory. *Journal of Affective Disorders*, 273, 24-31. doi:10.1016/j.jad.2020.03.170.
- Mariani, R., Maskit, B., Bucci, W., & De Coro, A. (2013). Linguistic measures of the referential process in psychodynamic treatment: The English and Italian versions. *Psychotherapy Research*, 23(4), 430-447. doi:10.1080/10503307.2013.794399.
- Mariani, R., Renzi, A., Di Trani, M., Trabucchi, G., Danskin, K., & Tambelli, R. (2020). The impact of coping strategies and perceived family support on depressive and anxious symptomatology during the coronavirus pandemic (COVID-19) lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, doi:103389/fpsy.2020.
- Negri, A., & Ongis, M. (2021). Stimulus features of the object relations technique affecting the linguistic qualities of individuals' narratives. *Journal of Psycholinguistic Research*, 50(1), 65-83. doi:10.1007/s10936-021-09764-5.

- Negri, A., Andreoli, G., Barazzetti, A., Zamin, C., & Christian, C. (2020a). Linguistic markers of the emotion elaboration surrounding the confinement period in the Italian epicenter of COVID-19 outbreak. *Frontiers in Psychology, 11*, 56828. doi:10.33898/fpsyg.2020.568281.
- Negri, A., Andreoli, G., Mariani, R., De Bei, F., Rocco, D., Greco, A., & Bucci, W. (2020b). First validation of the referential process post-session scale - therapist version (RPPS-T). *Clinical Neuropsychiatry, 17*(6), 319-329. doi:10.36131/cnfioriteditore20200601.
- Negri, A., Christian, C., Mariani, R., Belotti, L., Andreoli, G., & Danskin, K. (2019). Linguistic features of the therapeutic alliance in the first session: a psychotherapy process study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 22*(1), 71-82. doi:10.4081/ripppo.2019.374.
- Negri, A., Esposito, G., Mariani, R., Savarese, M., Belotti, L., Squitieri, B., & Bucci, W. (2018). *The Italian weighted reflection and reorganization list (I-WRRL): a new linguistic measure detecting the third phase of the referential process*. Paper presented at: XII Congresso Nazionale della Società per la Ricerca in Psicoterapia SPR-Italia, Palermo, Italy.
- Renzi, A., Mariani, R., Di Trani, M., & Tambelli, R. (2020). Giving words to emotions: the use of linguistic analysis to explore the role of alexithymia in an expressive writing intervention. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 23*(2), 121-132. doi:10.4081/ripppo.2020.452.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 11 aprile 2022.

Accettato per la pubblicazione: 15 aprile 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:665

doi:10.4081/rp.2022.665

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

Luigi Antonello Armando*

L'inizio del mestiere impossibile. Esperienze di giovani psicoterapeuti

di Simone Maschietto, Secondo Donato Giacobbi (a cura di), 2021
NeP EDIZIONI, ROMA

Tre scritti - la *Prefazione* di Luciana La Stella direttrice della collana che lo ospita, la *Presentazione* di Simone Maschietto direttore della Scuola di psicoterapia psicoanalitica per l'adulto di Milano e l'*Introduzione* di Secondo Giacobbi docente della Scuola - aprono questo libro; lo chiude un'*Appendice* nella quale Simone Maschietto in un dialogo immaginario risponde alle domande di un allievo, Luca Mazzotta riflette sulle modifiche del setting necessarie per operare nelle istituzioni pubbliche e private e Anna Sordelli sottolinea la funzione formativa della supervisione. Entro questa cornice allievi ed ex allievi raccontano in sedici contributi le difficoltà che hanno incontrato nel tirocinio o all'inizio della professione.

L'intenzione espressa nella *Prefazione* di «fare spazio al nuovo» (p. 15) trova riscontro già nella *Presentazione* di Simone Maschietto. Rispetto a quanto sostenuto da Freud, e cioè che la tecnica psicoanalitica si impara facilmente seguendo le indicazioni e gli esempi da lui forniti, un primo aspetto di novità del libro sta nel voler «cogliere le difficoltà che i giovani colleghi si trovano ad affrontare all'inizio della professione» (p. 19): non solo le difficoltà che si presentano nel rapporto con i pazienti, ma anche quelle inerenti a un «mercato della salute mentale» (p. 24) frequentato da «schiere di psicoterapeuti dai mille volti», impoverito dall'attuale congiuntura economica e inflazionato da «psicoterapie più immediate e veloci» di quella psicoanalitica (p. 25). Nel dialogo immaginario che figura nell'*Appendice* Maschietto tornerà su questi temi indossando le vesti di un «artigiano» per rispondere alle domande di un «apprendista» ancora incerto

*Psicologo, psicoterapeuta, Roma; www.antonelloarmando.it
E-mail: antonello@antonelloarmando.it

se seguire una Scuola cognitivo-sistemica o psicoterapeutica, e per placarne le ansie rispetto ad alcune delle difficoltà che incontrerebbe nel caso della seconda scelta.

Nell'*Introduzione*, Giacobbi presenta le difficoltà in dettaglio. Alcune sono occasionali: cosa fare quando il paziente sta in silenzio, investe lo psicoterapeuta con domande sulla sua vita privata e professionale, gli chiede consigli in merito a proprie situazioni di vita, non si attiene alle condizioni convenute dell'incontro, si assenta e si rifiuta poi di pagare la seduta mancata? L'uso del lettino è d'obbligo o ci si può disporre faccia a faccia? Quale è la frequenza ideale delle sedute?

Giacobbi avverte poi i giovani psicoterapeuti che quanto egli suggerisce loro per risolvere queste difficoltà occasionali servirebbe a poco se non se ne risolvessero altre di ordine strutturale che le sostengono: può non essere per loro facile «concettualizzare la situazione psicoterapeutica orientata in senso psicoanalitico come situazione relazionale a sé stante cioè specifica e unica, non riconducibile a nessun'altra situazione sociale e interpersonale» (p. 33); non idealizzare la professione sentendosi perciò ad essa inadeguati (p. 37); evitare di reagire alle lesioni inflitte dal paziente al setting esterno assumendo «un atteggiamento di totale relativizzazione delle [sue] regole e delle procedure» (p. 39); distinguere tra setting 'esterno' definito da tali regole e setting 'interno' inteso come «atteggiamento mentale e relazionale dello psicoterapeuta» (p. 40); non confondere il ruolo con la realtà personale (p. 45).

Giacobbi mette anche in guardia contro alcuni equivoci che trovano alimento nella «forte connotazione relazionale della psicoanalisi contemporanea» (p. 47): stare in empatia con il paziente non significa essere «buono», rassegnarsi ai suoi silenzi, dare consigli, accettare passivamente le lesioni del setting, abbandonarsi alla pratica dell'«auto-svelamento» in obbedienza a un falso egualitarismo. Tutte soluzioni che, apparentemente facili, non solo aggiungono difficoltà a difficoltà, ma conducono lo psicoterapeuta ad abdicare al suo ruolo.

Giacobbi è consapevole che per uscire dalla 'selva oscura' di questo insieme di difficoltà non bastano i suoi suggerimenti. Conclude perciò l'*Introduzione* invitando i giovani psicoterapeuti a non dare per definitiva la loro formazione una volta ottenuto il titolo e ad ampliare il loro «orizzonte culturale attingendo a una pluralità di modelli teorici»; modelli, aggiunge, «non solo psicoanalitici» (p. 48). Commisurata alle rigidità dell'ortodossia di un passato non del tutto trascorso, l'aggiunta evidenza un altro aspetto di novità del libro che corrisponde, come Giacobbi fa notare (pp. 48-49), all'orientamento della Scuola nel cui ambito è maturato il progetto del libro.

La sua parte centrale contiene i contributi di sedici giovani psicoterapeuti. Ciascuno di loro vi racconta un'esperienza nella quale si è imbattuto in una delle difficoltà elencate nell'*Introduzione*. Dei loro racconti dà ampia

sintesi Rita Corsa nella ricca recensione apparsa su *Psychiatry online* alla quale quindi rimando. Qui noto soltanto che sono racconti vivaci dai quali traspare l'emozione di chi è stato chiamato a farli per dire dell'inizio di una sua avventura. Che siano di diversa caratura e che non vi manchino alcune ingenuità nulla toglie al fatto che la loro presenza conferisce al libro un sostanziale aspetto di novità.

Per quanto ne so costituiscono infatti un unicum nella letteratura psicoanalitica. Tuttavia, il sostanziale aspetto di novità che la loro presenza conferisce al libro non consiste in questo, ma in ben altro che va definito in termini storici e teorici.

In termini storici perché il significato di questi racconti va commisurato a un passato nel quale gli statuti e i regolamenti di quella che era l'unica Istituzione di formazione si preoccupavano di impedirne la presenza non dando voce agli allievi e tenendo sotto controllo i loro primi passi.

In termini teorici perché questa preoccupazione era motivata da quanto Franco Fornari, in uno scritto del 1972 (*L'angoscia genetica nella simbolizzazione delle istituzioni psicoanalitiche*) poi riversato in *Simbolo e codice*, ha riportato a un'«angoscia genetica», cioè all'angoscia che nascessero «figli bastardi» a ripetere il dramma edipico e a danneggiare la costruzione teorica di Freud incardinata su tale dramma.

Possiamo dunque dire che il sostanziale aspetto di novità conferito al libro dalla presenza delle voci di giovani psicoterapeuti consiste nel significare la possibilità del venir meno dell'angoscia genetica e di sottrarsi all'ineluttabilità del dramma edipico.

Questa possibilità incontra due limiti.

È noto che una delle maggiori difficoltà che i giovani psicoterapeuti, e non solo loro, incontrano è posta dall'interpretazione dei sogni; è infatti diffusa la tendenza a non tenere conto dei sogni nonostante vi sia ancora motivo di credere che essi costituiscano la 'via regia' di accesso al non cosciente. Il fatto che questa difficoltà non figuri tra quelle considerate nel libro può dunque sorprendere. E però vero che considerarla avrebbe comportato confrontarsi con la teoria freudiana del sogno, cosa incompatibile con l'economia del libro, anche se non estranea alla sua intenzione di «fare spazio al nuovo».

Il secondo limite risiede nel modo in cui, stando alla *Prefazione*, il «nuovo» è inteso nel libro. Luciana La Stella scrive che per accedervi è necessario «liberarci dalle sovrastrutture» e che «qualcosa venga meno». Fin qui non si può che concordare. Rifacendosi all'Esistenzialismo, aggiunge però che questa liberazione e questo venir meno porterebbero a ritrovare «quel vuoto, quel nulla che genera l'essere» e, dunque, che il nuovo sorgerebbe dal nulla. Una tesi che può condurre a difficoltà ben maggiori di quelle prese in esame dal libro; ma che avrebbe comunque dovuto confrontarsi con l'obiezione che il nulla non genera nulla, neppure il nulla.

Segnalare questi due limiti non significa affatto sminuire il valore del libro, ma mantenersi nella prospettiva che apre, e sulla quale porta il lettore ad affacciarsi, di un pieno sviluppo dei suoi molti aspetti di novità.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 14 giugno 2021.

Accettato per la pubblicazione: 14 giugno 2021.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:673

doi:10.4081/rp.2022.673

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

Federico Buffagni,* Sara Santi**

Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti

di Silvestro Lecce, Federica Bertin, 2021

MIMESIS/FRONTIERE DELLA PSICHE, SESTO SAN GIOVANNI (MI)

Nel volume *Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti* gli autori Lecce e Bertin propongono un'approfondita riflessione intorno alla nascita, sviluppo e approdo in Italia della musica *trap*, in particolare il suo impatto e significato nella vita degli adolescenti e nel loro percorso evolutivo. Non meno importanza viene poi riservata alla lettura che genitori, famiglie e adulti in genere riservano a questo nuovo fenomeno culturale.

Ogni momento della vita di ciascuno di noi, come individuo e come parte di una generazione, è accompagnato da una cultura musicale specifica. L'ascolto individuale e condiviso di queste musiche ha un ruolo rilevante nella costruzione dell'identità: dà voce alle emozioni e ai sentimenti, aiuta a capire chi si è, accomuna, consente di riconoscere le appartenenze e i valori condivisi, comunica in maniera estremamente più immediata e diretta rispetto alla sola espressione verbale.

La trap nei suoi suoni, nei suoi testi e nelle sue immagini veicola le aspirazioni, i desideri, la cultura e gli immaginari di una parte degli adolescenti di oggi arricchendo la possibilità della nostra lettura clinica sia sul versante dei disagi e delle fatiche che affrontano, sia nella prospettiva della costruzione di un progetto evolutivo.

Il volume si apre con una riflessione sulla doppia valenza della musica in adolescenza: come rispecchiamento di sé e di sé in rapporto con gli altri; come palcoscenico per la propria identità in costruzione. Dentro a questa prospettiva la musica assume tre funzioni: autorealizzazione, regolazione emotiva e socializzazione. In particolare, quest'ultima funzione si estrinseca

*Psicologo psicoterapeuta, socio 'Progetto Sum', Parma e Reggio Emilia.
E-mail: f.buffagni01@gmail.com

**Psicologa psicoterapeuta, socia 'Progetto Sum', Parma e Reggio Emilia.
E-mail: sarasanti89@gmail.com

nello sviluppo di differenti preferenze musicali, che non esprimono soltanto un gusto personale, ma assumono la vera e propria funzione di *patenti sociali* con le quali comunicare valori, attitudini, prospettive e, sulla base delle quali, essere ri-conosciuti.

Gli autori proseguono con un'ampia disamina sulla nascita della musica rap e trap in America e sulla sua conseguente diffusione in Italia.

Sono interessanti alcuni passaggi di questo racconto evolutivo che parte dall'America del Bronx di fine anni '60. Fin dalle origini, il rap si contraddistingue per essere un prodotto non soltanto sonoro, ma anche visivo e relazionale, attraverso le pratiche dei graffiti e della breakdance. A partire da contenuti legati alla protesta sociale e politica, l'hip-hop e il rap (insieme al writing) si spostano sempre più dalle questioni collettive all'affermazione e promozione di sé. Attraverso questa auto-affermazione i contesti e le situazioni di degrado socio-culturale non sono più esclusivamente subiti, ma diventano oggetto di affermazione di sé (a volte anche in senso deviante). Nel contesto americano dell'epoca, per la minoranza nera il carcere costituiva una sorta di tappa inevitabile, che si configurava, nella vita di ogni adolescente, come un rito di passaggio. Reclusione, droga, violenza e cultura criminale di strada rientravano così non solo nella vita individuale, ma anche nell'immaginario collettivo e attraverso la loro traduzione in musica diventava possibile affrancarsene e recuperare un senso di autoefficacia e protagonismo nel proprio percorso di vita. La figura del gangster di strada assume, così, un doppio significato: pericoloso e deviante da un lato, eroe tragico dall'altro. Questa metamorfosi trasforma la musica da esclusivo atto di ribellione a prodotto commercializzabile. La trap nasce sulle fondamenta poste dal rap, ma ne rappresenta una forte evoluzione nei termini di contenuti, suono e immagine. Pur partendo dalle medesime basi di degrado sociale, isolamento e violenza, i contenuti si spostano verso una maggiore ipersessualizzazione del maschile e un inscindibile legame con le sostanze psicoattive. La musica stessa è frutto di una tecnica che, volutamente, rallenta allo spasimo i brani, cercando di costruire un ambiente sonoro che riproduca l'effetto ovattato dell'assunzione di oppiacei. Nei testi i richiami agli psicofarmaci, in particolare l'alprazolam, aumentano esponenzialmente evidenziando come la musica trap non sia un semplice sottofondo al consumo, ma un vero e proprio componente attivo di questa ricerca di sedazione. Gli autori ci mostrano come i temi stessi provenienti dal rap sono estremizzati e trasformati in narrazioni misteriose, cupe e aggressive, molto diverse dalle autocelebrazioni narcisistiche del rap.

Come nel rap, è fondamentale il processo di riscatto sociale e ascesa al

successo, ma per i giovani trapper non basta riuscire personalmente in questa scalata: come rappresentanti della società di Narciso, devono fare sì che l'intero mondo prenda atto di questo loro potere acquisito. I modelli culturali di riferimento dei trapper oscillano fra violenza di strada e materialismo/consumismo: un aspetto molto evidente nell'immagine di Sé mostrata agli altri, dove si accostano firme e beni di lusso con armi e scatole di psicofarmaci.

Il terzo passaggio, a nostro avviso interessante, di questa storia, riguarda l'arrivo in Italia della trap e delle sue tematiche assolutamente lontane dalle realtà presenti nel nostro Paese. In Italia i contenuti americani vengono ripresi con un processo assolutamente derivativo. Il testo, infatti, non diventa più la narrazione del contesto di vita dell'adolescente o dell'artista, ma la riproposizione di alcune *idee-fix* prototipiche del genere: temi dominanti totalmente decontestualizzati, che servono a riprodurre, nella propria stanza, un'esperienza di vita al limite. Non si tratta di un'appropriazione autentica, quanto il rispetto di alcuni stilemi codificati, tanto che possiamo notare come le tematiche siano identiche fra musicisti del ghetto americano e quelli delle periferie milanesi o romane.

Secondo gli autori, l'uso di queste tematiche devianti decontestualizzate e di un linguaggio violento e sessista svolge, nel nostro panorama culturale italiano, alcune funzioni specifiche in adolescenza. In particolare, ciò consente di rendersi visibili in maniera estrema al mondo adulto, comunicando di sé caratteristiche di potenza e successo, che soddisfano il mandato della società dell'immagine di essere guardati, visti e riconosciuti. Una seconda funzione è quella di poter far vivere all'adolescente italiano, anche se in forma indiretta, alcune esperienze estreme di cui può essere alla ricerca.

Gli autori proseguono nel testo con un'analisi dettagliata di questi contenuti tipici della musica trap e, di conseguenza, dell'immagine e dell'immaginario degli adolescenti. I contenuti più significativi e frequenti riguardano: misoginia, sessismo e oggettivazione della donna; ipersessualizzazione del maschio; assunzione di sostanze stupefacenti e psicofarmaci; condotte antisociali, violenza e rapporto conflittuale con l'autorità; promiscuità sessuale e infezioni sessualmente trasmissibili; comportamenti a rischio; comportamenti criminali individuali e di gruppo.

Concludiamo con alcune nostre riflessioni scaturite dalla lettura del volume oggetto di questo commento.

A premessa di ciò che segue, teniamo a precisare che parleremo di artisti trapper esclusivamente al maschile per due motivi: innanzitutto, il volume

sottolinea come questa realtà culturale sia ancora ad estrema maggioranza maschile; in più, gli autori mostrano come le poche trapper donne presenti nel panorama italiano, si esprimano attraverso un codice prettamente maschile.

In primo luogo, troviamo interessante riflettere sulla funzione di mediazione che la musica svolge rispetto al veicolare contenuti relativi alla propria identità. Nel mercato musicale odierno, parlare di ‘musica’ significa parlare contemporaneamente e indissolubilmente di più aspetti espressivi: parole, suoni e immagini multimediali (foto e video musicali). Il corpo dell’artista e la sua esistenza stessa non possono essere separati dal contenuto musicale. Anzi, i brani musicali oggi non esistono senza un relativo supporto video e fotografico, che costruisca un immaginario di riferimento, rispetto ai valori e allo stile di vita incarnato dal trapper stesso. Così come impossibile è pensare l’esistenza di tutti questi aspetti al di fuori della virtualità della Rete, che aggiunge un ulteriore livello di esistenza e relazione. Tutti i precedenti livelli di espressione, legati ai brani musicali, consentono di entrare in contatto con parti di Sé e con modalità di essere in maniera indiretta, così come altrettanto mediata è la possibilità di esplicitare agli altri e al mondo questi aspetti della propria identità in sperimentazione. Questi elementi identitari sono oggetto di giudizio e valutazione da parte degli Altri, con un’espressione di valore ancora più forte nella società odierna, legata all’immagine e alla prestazione. La musica, quindi, fornisce un’opportunità di assumere su di sé queste parti ‘in prova’ e di sperimentare uno sguardo di ritorno meno intenso e di minor impatto sulla propria autostima, grazie proprio alla sua funzione di oggetto terzo e di mediatore in una comunicazione rispetto al gruppo dei pari e a quello degli adulti.

In secondo luogo, sempre continuando sulla scia di questa funzione di mediazione che la musica svolge, vogliamo sottolinearne l’impatto sulla ricerca di un equilibrio fra mondo interno e mondo esterno nella costruzione dell’identità. Attraverso la fruizione di questo genere musicale, l’adolescente si permette di fare esperienza degli aspetti più faticosi del processo evolutivo in atto, da un lato affrancandosi dal contesto e dall’altro appropriandosi di quegli elementi che sente maggiormente in sintonia con la propria individualità. Nel delicato processo di separazione-individuazione, la mediazione che la musica fornisce consente di affrontare alcune delle operazioni necessarie con maggiore sicurezza e con una minore esposizione a rischi derivanti da agiti di esplicita esposizione del proprio Sé.

Ulteriore corollario a questa riflessione è quella relativa al ruolo che la musica svolge nello sviluppo di una giusta distanza tra il bisogno di solitudine e quello di vicinanza tipici dell’età adolescenziale.

Continuando su questa linea, relativa al processo di costruzione dell’identità e di separazione-individuazione, è interessante notare come la musica trap esprima un codice maschile in linea con la cultura generazionale

attuale, portatrice di manifestazioni di forza e potenza più esibitive che non reale esito di una appropriazione andata a buon fine. Anche in questo caso, troviamo un'oscillazione tra espressioni di forza e indipendenza e richiami alle origini, quali le periferie e il materno. Emerge l'immagine di un maschio adolescente, in bilico fra l'esibizione esacerbata di potenza, successo individuale e autodeterminazione e la manifestazione di un ancora intenso legame con la figura della madre. Conflitto sintomatico di un processo di crescita in divenire, che ci mostra l'essenzialità di questo legame primario, a fronte di un'assenza sempre più evidente di un maschile paterno, che funga da modello di ruolo di genere, per la nascita sociale del figlio. Questo adolescente senza padre ricerca, quindi, la sua virilità dentro ad un rapporto orizzontale con i pari, che condividono i suoi medesimi valori e simboli culturali, con cui significare il processo evolutivo in corso. Si tratta, a nostro avviso, di un interessante prolungamento in adolescenza della vita del gruppo monosessuale, tipico della fase preadolescenziale, che però risulta caratterizzato da contenuti più competitivi, di esibizione personale, di ricerca spasmodica del successo, anche attraverso la violenza.

Questi elementi, che erano tipici di una subcultura trasgressiva e di rottura, ora assumono un'altra valenza. Sono stati assimilati da questa cultura dominante, che li ha trasformati da segnali di opposizione, a segni estetici di appartenenza e omologazione. Processo sostenuto e alimentato dalla virtualità che diventa contemporaneamente contenitore di queste informazioni e palcoscenico in cui cercare il rispecchiamento dei pari, esperito come validante nel percorso di costruzione del Sé.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 8 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 14 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:671

doi:10.4081/rp.2022.671

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

Fabio Vanni*

Villa Ester: una piccola esperienza trasformativa della convivenza, anche con gli adolescenti

Villa Ester è un bell'edificio nel cuore dell'Oltretorrente, il ventricolo sinistro della città di Parma, un quartiere teatro, nel tempo, di movimenti antisistema, di gloriose battaglie di libertà, di forte immigrazione, di marginalità. Ospita numerose organizzazioni del terzo settore con le loro attività per la popolazione del quartiere stesso, un luogo aperto, con un cortile che affaccia su un bel viale, di fronte ad un liceo cittadino.

Recita il dépliant *“Che cos'è la Casa del Quartiere? È un laboratorio per la progettazione e la realizzazione di attività sociali e culturali che coinvolge associazioni, cittadini, istituzioni, artisti e operatori culturali; uno spazio aperto e multiculturale, luogo di incrocio, di incontro e di scambio di attività e persone.”*

Fra le molte attività che coinvolgono tante età e tanti operatori vi è un centro educativo per adolescenti gestito da una cooperativa sociale. Un gruppo di ragazze e qualche ragazzo inviati dal Servizio Sociale del Comune per fare i compiti al pomeriggio, socializzare, stare in relazioni più utili al loro sviluppo di quelle che vivono a casa o complementari ad esse.

Villa Ester è un luogo aperto, dove quindi anche gli amici dei ragazzi sono accolti, transitano, vedono qualche film, fanno cose.

Dopo la pandemia - che aveva per forza di cose contingentato le presenze, sterilizzato le relazioni, separato i gruppi - il successo sociale di Villa Ester aveva prodotto qualche criticità nella convivenza fra le differenze, nella relazione fra le generazioni. L'anziano affetto da Alzheimer e il rapper della Costa d'Avorio, la badante moldava e la tredicenne pin-up dovevano certo prendersi le misure e per gli educatori, i giovani psicologi, le tirocinanti, l'impegno non era poco. Di fatto accadevano fatti poco edificanti: uno schermo tv rotto, qualche oggetto volato dalle finestre sui passanti, ascensori fuori uso, e comunque la sensazione di difficoltà a tenere a bada i giovani ospiti, soprattutto quelli

*Psicologo, psicoterapeuta, Dirigente AUSL Parma, Direttore RP, Direttore Scientifico 'Progetto Sum', Italia. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

che non erano direttamente sotto la responsabilità educativa della cooperativa, gli amici, che non erano di nessuno. Mine vaganti.

L'inverno scorso mi è stato chiesto un intervento che regolasse un po' meglio questa situazione che diveniva vieppiù incresciosa per l'Azienda pubblica che aveva la responsabilità complessiva, ed il merito, del progetto 'Villa Ester'.

Ad un primo incontro online con la responsabile della struttura e gli educatori della cooperativa mi viene raccontato il problema e mi viene chiesto di mediare fra le diverse istanze anche in virtù delle mie competenze sull'adolescenza che sicuramente avrebbero potuto aiutare anche i più anziani, i più lontani dalla conoscenza dell'adolescenza contemporanea a capire meglio i comportamenti di questi ragazzi e poi tutti a meglio regolare la convivenza nella Casa. La mia riflessione, che condivido subito con i miei interlocutori, è che si trattava di capire meglio come dare spazio a diverse istanze di cittadinanza, di uso di uno spazio pubblico, e che quindi si trattava di allestire un breve percorso che consentisse di mettere insieme, di ascoltare e di negoziare le diverse esigenze presenti. Non già solo quelle dei coordinatori e dei referenti delle associazioni ma anche dei ragazzi, compresi quelli 'sciolti', ospiti. Non mi sembrava possibile, dissi, fare un'operazione di ordine senza che quest'ordine fosse frutto di un processo di condivisione.

I miei interlocutori non poterono che concordare. Come si fa a non essere d'accordo..., certo non sarebbe stato facile da fare... e su questo mi sentivo di condividere. Già immaginavo che non sarebbe stato banale mettere allo stesso tavolo personaggi così differenti e soprattutto esigenze generazionali, visioni del futuro, dei luoghi della città, dei tempi, che immaginavo piuttosto distanti.

La consultazione della responsabile della struttura con i referenti delle altre associazioni in effetti produsse una condivisione di queste ed altre preoccupazioni. "Facciamo prima un incontro dei referenti di tutte le organizzazioni: un incontro fra gli adulti", mi disse.

Capii, anche per la stima che avevo della responsabile che sapevo stava provando a fare una mediazione di istanze piuttosto distanti, che era necessario conquistare 'gli adulti' ad una prospettiva di dialogo negoziale con i ragazzi che non era affatto scontata. Anzi, proprio quello sarebbe stato l'obiettivo del percorso. Un obiettivo ambizioso nel breve periodo, ma si poteva tentare. Una considerazione: sarebbe stato difficile non concordare sull'esigenza di parlarsi in un incontro fra pari qualora il conflitto riguardasse persone adulte. Magari con un mediatore, magari con qualche accorgimento tecnico, ma questa prospettiva sarebbe stata difficile da respingere.

Quando invece fra gli attori sociali vi sono dei ragazzi, qui dagli undici ai diciassette anni, essi non vengono riconosciuti come cittadini responsabili del loro operato ma come degli oggetti di tutela e controllo e quindi ci si deve mettere d'accordo fra 'grandi' e poi dire ai ragazzi come fare.

Nella cultura educativa condivisa fino a qualche decennio fa questa posizione sarebbe stata quasi indiscutibile. La logica, verticale, (Vanni, 2018) che prendeva forza dalla sua condivisione universalizzante avrebbe reso trasgressiva qualsiasi proposta di segno differente. Da allora, diciamo da una cinquantina d'anni a questa parte, la cultura educativa si è orizzontalizzata, come tutte le forme di relazioni sociali, essendo venuti meno i garanti metapsichici (Kaes, 2013) o i riferimenti assolutizzati (Benasayag & Schmit, 2003) ma questo non comporta affatto che si sia trovata una posizione nuova da parte degli educatori, e indubbiamente la posizione che dà spazio all'ascolto delle diverse istanze, anche a quelle dei bambini e dei ragazzi, appare non così scontata anche in contesti attenti e preparati come quello di Villa Ester. Molto più facile seguire la via dell'ordine fra adulti da trasmettere ai giovani. Molto più facile ma molto meno efficace e giusto, a mio parere.

Proposi quindi di fare un incontro preliminare di circa un'ora e mezzo con i referenti delle organizzazioni e poi un secondo incontro plenario di due ore e mezzo con anche i ragazzi dei due gruppi. Il titolo che proposi fu *'Villa Ester luogo di convivenza fra generazioni'*.

Nel primo incontro (venticinque partecipanti) furono condivise le rappresentazioni dei presenti su Villa Ester e fu possibile raccogliere insieme sia la fascinazione per quel luogo, per quell'idea di commistione e di convivenza, sia le fatiche di essa. Ogni gruppo provò a declinare in che rapporto stava con quell'esperienza e la cura che andava messa da parte di tutti in quel progetto per mantenerlo vivo e bello.

I ragazzi mi mancavano e credo anche ad altri partecipanti e quindi il passaggio al secondo incontro, un mese dopo, fu un esito comune, ma lo fu anche la preoccupazione per esso. Preoccupazione ed attesa che sentii molto su di me, che lo avevo molto voluto così, con la presenza dei ragazzi.

Fra il primo ed il secondo incontro vi fu un repentino avvicendamento nella referenza di Villa Ester; un movimento che richiese un ulteriore messa a fuoco del progetto con la nuova referente, peraltro già presente nell'incontro precedente con altro ruolo.

Il pomeriggio trascorso insieme, finalmente con i ragazzi, sull'assolato terrazzo della Casa fu costruito provando a dare a tutti i partecipanti forme espressive a loro consone e dunque ci fu un uso di fogli, pennarelli, lavagne a fogli mobili, giochi, ma soprattutto un attento lavoro di messa in valore e di ascolto delle sensibilità di tutti. I ragazzi avevano preparato una lettera di scuse per un danno che avevano fatto e la lessero ad alta voce, ma poi portarono soprattutto alcune istanze di tipo ludico, cose da fare insieme. Mentre cioè qualche senior poneva il tema delle regole, degli spazi, del rispetto, alcuni ragazzi portarono l'idea che si dovesse invece giocare di più insieme, conoscersi nel fare e che sarebbe stato solo così che il rispetto non sarebbe stato formale, cioè finto, che il tener conto delle esigenze dell'altro sarebbe stato possibile. I ragazzi non sapevano cos'è l'Alzheimer e non si trattava di spiegarlielo con una lezione ma di fare loro vedere delle persone - qualcuno

disse che anche suo nonno... - e che però forse si poteva giocare a carte con loro... Le giovani tirocinanti, le educatrici, generazionalmente più vicine ai ragazzi, hanno cominciato a pensare che si poteva anche giocare ad altro (ping-pong?) e che il problema non era più tanto quello di stare ognuno nei propri spazi, magari chiudendo a chiave le porte, ma invece quello di condividere, di aprire anziché di chiudere. E poi si poteva uscire insieme, andare al Parco Ducale lì vicino...

Uno dei ragazzi in particolare svolse un ruolo particolarmente costruttivo e fu proposto di creare momenti più regolari in cui si potevano ascoltare le idee, le proposte dei ragazzi stessi dando a lui magari il compito di veicolarle in una riunione ad hoc da convocare periodicamente. I ragazzi erano entrati nel governo di Villa Ester! Ci rimarranno? Vedremo, ma credo che questa piccola esperienza meriti di essere raccontata perché mostra come anche con gli adolescenti sia opportuno produrre processi che partono da un ascolto rispettoso delle loro istanze per poi trovare insieme forme di regolamentazione, ordine, ed eventualmente anche sanzioni (perché no?). È un processo certo più faticoso che accordarsi fra adulti (e poi chissà...) ma che costituisce una indispensabile scuola di democrazia per tutti noi.

BIBLIOGRAFIA

- Benasayag, M., & Schmit, G. (2003). *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano.
- Kaes, R. (2013). Malessere sociale e malessere individuale: alleati o nemici? Relazione presentata al Seminario AFPP CSMH - AMHPPIA SIPP SPI "Malessere sociale e malessere individuale: alleati o nemici?" con R. Kaës e A. Ferruta.
- Vanni, F. (2018). *Adolescenti nelle relazioni*. FrancoAngeli, Milano.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 24 giugno 2022.

Accettato per la pubblicazione: 30 giugno 2022.

Nota dell'editore: Tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2022; XXXIII:676

doi:10.4081/rp.2022.676

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

EDITORIAL

- Editoriale 211
▪ Fabio Vanni

Focus: Clinical practice on complexity

- Interview with Corrado Pontalti
in conversation with Fabio Vanni 215
▪ Corrado Pontalti, Fabio Vanni

- Comment to: *Interview with Corrado Pontalti
in conversation with Fabio Vanni*
▪ Alessandro Ciardi 253
▪ Rita Cavalieri 265
▪ Veronica Pasetti 273
▪ Rita Verzari 281

- Reply to: *Interview with Corrado Pontalti
in conversation with Fabio Vanni*
▪ Corrado Pontalti 289

RESEARCHES

- COVID-19: role of resilience on the psychological impact
of lockdown in liver transplant transitional candidates
and recipients 297
▪ Alessandra Merisio, Daniela Ravasio, Luisa Pasulo, Filippo Leonardi,
Arianna Ghirardi, Paola Stroppa, Michela Guizzetti, Maria Grazia Lucà,
Maria Simonetta Spada, Emi Bondi, Michele Colledan,
Lorenzo D'Antiga, Stefano Fagioli

WRITINGS

- They killed Spider-Man. Birth, splendour and decline
of a mythical phase of clinical psychopathology
and psychotherapy. Is there still room for their scientific
dignity? A complex connexionist proposal 331
▪ Miriam Gandolfi

DIALOGUES ABOUT CARE RELATIONSHIPS

- Lilia 371
▪ Ottavia Zerbi

- Commento al caso clinico: *Lilia*
▪ Paolo Milanese 379
▪ Simona Montali 383
▪ Silvia Bertoli 387

- Replica al caso clinico: *Lilia*
▪ Ottavia Zerbi 391

GLANCES

- Commento al film: *Parenti serpenti* 395
MARIO MONICELLI
▪ Mariacarmela Abbruzzese, Riccardo Strada, Enrico Vincenti

LECTURES

- Comunicazione emotiva e processi di cambiamento.
Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria
del codice multiplo 403
WILMA BUCCI
▪ Attà Negri, Rachele Mariani, Michela Di Trani

- L'inizio del mestiere impossibile.
Esperienze di giovani psicoterapeuti 409
SIMONE MASCHIETTO, SECONDO DONATO GIACOBI
▪ Luigi Antonello Armando

- Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti 413
SILVESTRO LECCE, FEDERICA BERTIN
▪ Federico Buffagni, Sara Santi

TRANSFORMATIONS

- Villa Ester: una piccola esperienza trasformativa
della convivenza, anche con gli adolescenti 419
▪ Fabio Vanni

EDITORIALE

- Editoriale 213
▪ Fabio Vanni

Focus: Clinica della complessità

- Intervista a Corrado Pontalti in dialogo
con Fabio Vanni 233
▪ Corrado Pontalti, Fabio Vanni

- Commento a: *Intervista a Corrado Pontalti
in dialogo con Fabio Vanni*
▪ Alessandro Ciardi 259
▪ Rita Cavalieri 269
▪ Veronica Pasetti 277
▪ Rita Verzari 285

- Replica a: *Intervista a Corrado Pontalti
in dialogo con Fabio Vanni*
▪ Corrado Pontalti 293

RICERCHE

- COVID-19: ruolo della resilienza sull'impatto psicologico
del lockdown nei candidati e nei riceventi del trapianto
di fegato (adolescenti-giovani adulti) 313
▪ Alessandra Merisio, Daniela Ravasio, Luisa Pasulo, Filippo Leonardi,
Arianna Ghirardi, Paola Stroppa, Michela Guizzetti, Maria Grazia Lucà,
Maria Simonetta Spada, Emi Bondi, Michele Colledan,
Lorenzo D'Antiga, Stefano Fagioli

SCRITTI

- Hanno ucciso l'Uomo Ragno. Nascita, splendore, declino
di una fase mitica della psicopatologia clinica e della
psicoterapia. C'è ancora margine per una loro dignità
scientifico? Una proposta connexionista complessa 351
▪ Miriam Gandolfi

DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA

- Lilia 371
▪ Ottavia Zerbi

- Commento al caso clinico: *Lilia*
▪ Paolo Milanese 379
▪ Simona Montali 383
▪ Silvia Bertoli 387

- Replica al caso clinico: *Lilia*
▪ Ottavia Zerbi 391

SGUARDI

- Commento al film: *Parenti serpenti* 395
MARIO MONICELLI
▪ Mariacarmela Abbruzzese, Riccardo Strada, Enrico Vincenti

LETTURE

- Comunicazione emotiva e processi di cambiamento.
Comprendere la psicoterapia attraverso la teoria
del codice multiplo 403
WILMA BUCCI
▪ Attà Negri, Rachele Mariani, Michela Di Trani

- L'inizio del mestiere impossibile.
Esperienze di giovani psicoterapeuti 409
SIMONE MASCHIETTO, SECONDO DONATO GIACOBI
▪ Luigi Antonello Armando

- Generazione trap. Nuova musica per nuovi adolescenti 413
SILVESTRO LECCE, FEDERICA BERTIN
▪ Federico Buffagni, Sara Santi

TRASFORMAZIONI

- Villa Ester: una piccola esperienza trasformativa
della convivenza, anche con gli adolescenti 419
▪ Fabio Vanni