

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis

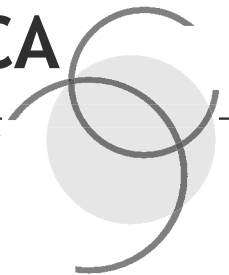
Non-commercial use only



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 (Milan).

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 Montiroso (Italy); Clara Mucci (Italy); Thomas H. Ogden (San Francisco); Donna Orange (New York); Sergio Salvatore (Italy); Adriano Schimmenti (Italy); Allan Schore (Los Angeles); Stephen Seligman (San Francisco); Roberta Siani (Italy); Joyce Slochower (New York); Charles Spetzano (San Francisco); Donnel B. Stern (New York); Edward Tronick (Boston).

Redazione | Editorial Staff

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 2020 (3 numeri) | Subscription printed edition for 2020 (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 aprile 2021 | *Printed in April 2021*

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 ©2020 PAGEPress Srl, Pavia

TABLE OF CONTENTS

Focus: There are no longer the children (but above all the parents) of the past: a psychoanalytical look at parenthood and perinatal psychology		WRITINGS	
EDITORIAL	1	Psychoanalysis in Form and Action	135
▪ <i>Marcello Florita</i>		▪ <i>Veronica Di Donato, Chiara Di Nunzio, Beatrice Dionisi, Martina Ferrari, Maria Guglielmo, Alessia Laudati, Camilla Raccosta, Arianna Ranauro, Alessia Scano</i>	
ARTICLES		Commentary to the Paper: <i>Psychoanalysis in Form and Action</i>	171
One Cannot Touch Without Being Touched: Why Psychoanalysis Needs to Draw from the Perinatal, and Vice Versa	9	▪ <i>Romina Coin</i>	
▪ <i>Marcello Florita</i>		Commentary to the Paper: <i>Psychoanalysis in Form and Action</i>	179
Psychopathology in the Perinatal Period: Beyond Postpartum Depression	41	▪ <i>Alfio Maggiolini</i>	
▪ <i>Greta Petrilli</i>		Commentary to the Paper: <i>Psychoanalysis in Form and Action</i>	187
Technological Storks: Parents and Children Born Thanks to Science!	73	▪ <i>Nicola Artico</i>	
▪ <i>Alessandra Merisio</i>		The Diagnostic and Relational Process in Psychiatry. The Epistemological Validity of Normality and Pathology	195
Migration, Interculturality and Parenthood	93	▪ <i>Alfio Allò</i>	
▪ <i>Valentina Stirone, Jolanda Spoto, Martina Trinchieri</i>		SGUARDI	
We, the Children of COVID. Pregnancy in the Pandemic, as a Pandemic	113	Il muro improbabile. Alcune considerazioni sul film Dogtooth	237
▪ <i>Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero, Valeria Pirro, Marcello Florita</i>		▪ <i>Alessandro Ciardi</i>	
		<i>The therapist's gambit</i> - Riflessioni psicoterapeutiche e didattiche sulla serie 'La regina degli scacchi'	243
		▪ <i>Valentina Albertini</i>	
		LETTURE	
		Al cinema con lo psicoanalista	247
		VITTORIO LINGIARDI	
		▪ <i>Carmine Parrella</i>	
		INCONTRI	
		Istituzioni e pandemia: elementi di analisi istituzionale e gruppo operativo	
		WEBINAR, 22 OTTOBRE, 2020	251
		▪ <i>Giuliana Nico</i>	
		TRASFORMAZIONI	
		Le Officine del Minotauro	257
		▪ <i>Katia Provantini</i>	

INDICE

**Focus: Non esistono più i figli
(ma soprattutto i genitori) di una volta:
uno sguardo psicoanalitico
al diventare genitori e alla psicologia
perinatale**

EDITORIALE 5

▪ *Marcello Florita*

ARTICOLI

**Non si può toccare, senza essere toccati:
perché la psicoanalisi deve attingere
dal perinatale e viceversa** 25
▪ *Marcello Florita*

**La psicopatologia in epoca perinatale:
oltre la depressione postpartum** 57
▪ *Greta Petrilli*

**Cicogne tecnologiche: genitori e figli
nati dalla scienza!** 83
▪ *Alessandra Merisio*

Migrazione, interculturalità e genitorialità 103
▪ *Valentina Stirone, Jolanda Spoto, Martina Trinchieri*

**Noi, figli del COVID. La gravidanza
nella pandemia, come una pandemia** 123
▪ *Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero,
Valeria Pirro, Marcello Florita*

SCRITTI

Psicoanalisi in forma e azione 153
▪ *Veronica Di Donato, Chiara Di Nunzio,
Beatrice Dionisi, Martina Ferrari, Maria Guglielmo,
Alessia Laudati, Camilla Raccosta, Arianna Ranauro,
Alessia Scano*

**Commento all'articolo:
Psicoanalisi in forma e azione** 175
▪ *Romina Coin*

**Commento all'articolo:
Psicoanalisi in forma e azione** 183
▪ *Alfio Maggiolini*

**Commento all'articolo:
Psicoanalisi in forma e azione** 191
▪ *Nicola Artico*

**Il processo diagnostico e relazionale
in psichiatria. Validità epistemologica
tra normalità e patologia** 215
▪ *Alfio Allò*

SGUARDI

**Il muro improbabile.
Alcune considerazioni sul film Dogtooth** 237
▪ *Alessandro Ciardi*

***The therapist's gambit* - Riflessioni
psicoterapeutiche e didattiche sulla serie
*'La regina degli scacchi'*** 243
▪ *Valentina Albertini*

LETTURE

Al cinema con lo psicoanalista 247
VITTORIO LINGIARDI
▪ *Carmine Parrella*

INCONTRI

**Istituzioni e pandemia: elementi di analisi
istituzionale e gruppo operativo
WEBINAR, 22 OTTOBRE, 2020** 251
▪ *Giuliana Nico*

TRASFORMAZIONI

Le Officine del Minotauro 257
▪ *Katia Provantini*

**FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY**

Editorial

*Marcello Florita**

Choosing to dedicate our focus on perinatal psychology originated in the observation of transformations concerning society and clinical work. This field has witnessed the largest number of developments and changes in the course of the last fifteen years. Not too long ago, in 1990, the researchers working at Brescia University under Prof. Imbasciati were among the first to speak of ‘Perinatal Clinical Psychology’, indicating the study of the first one thousand days of life after conception.

The studies focused attention principally on the mothers and their babies, then moved to include the fathers, and at present they include reflections on how a human being develops in relation to his DNA, to the relations with the caregivers, and to the environment he grows up in.

After the ‘90s, however, the world truly changed. A banal concept like the neurological development of the child was turned upside down and re-examined in the perinatal studies, as well as in neuroscience. For example, it has been observed that neurological maturation, which was once thought to take place in pre-established stages or following ‘natural laws’, also depends above all on interaction with one’s caregivers from the time of gestation. The quality of the relationship with one’s parents is therefore just as important as the genetic make-up, and the basis of our becoming a subject is primarily affective rather than cognitive. As Dr. Cena, one of the national references in research in this field, suggests, the basis of what we are to become is affective rather than cognitive. Thus, what is learned and fixed in

*Psychotherapist and psychoanalyst of SIPRe is the author of two essays on psychoanalysis, ‘*L’intreccio*’ and ‘*Alice il porcospino e il fenicottero*’; he is also curator of the volume ‘*Benessere e cura nell’esperienza perinatale*’ edited by the Order of Psychologists in Lombardy. He has written a novel, ‘*Come respira una piuma*’. He has long been a collaborator of Punto Raf and member of SIPRe, referent for the Perinatal Area in SIPRe Milan, and scientific director of the Course on Perinatal Care.

E-mail: florita.marcello@hsr.it ; site: www.marcelloflorita.it

the child's memory is not content but mental functions which will form a matrix that, in turn, will condition the processing of subsequent learning. The theory of complexity is perfectly suited to this idea of development, where self- and eco-organisation are constituents of the subject (they cannot be distinguished, nor does one prevail over the other), and where cause and effect are conceived outside a linear logic, but within a feed-back circuit: effects produce causes and are interdependent.

At the same time as scientific progress, there have been changes in society and in procreative paths. Over time, extended families have been deprived of power, the sentimental couple has become increasingly central (and perhaps isolated) in the West, our society - described as a 'fatherless society' - has also seen fathers enter the doors of delivery rooms and birth classes with an assiduous and affective presence; parenthood has become less and less linked to the biological bond; couples with infertility problems are increasingly frequent and test-tube babies - which used to cause scandal - have become routine; homosexual couples have taken advantage of scientific progress to become parents; migrant women have arrived in Italy as mothers whose maternity is the result of the violence occurring during migration; and surrogate motherhood, despite being banned in Italy, has become a technique that is accessible thanks to a simple trip to a neighbouring European country.

Against this background, one can understand how cultural changes, scientific advances and research in this field need to be amalgamated and digested.

In the light of all this, it has become necessary to devote a focus to the perinatal period. The title chosen is '*There are no longer the children (but above all the parents) of the past: a psychoanalytical look at parenthood and perinatal psychology*', in order to describe the struggle of maternal and child care workers to keep up with the changes linked to the functioning of the child (in the uterus and after birth), and the new families and generative paths.

The first article '*One cannot touch without being touched: Why psychoanalysis needs to draw from the perinatal and vice versa*', of which I am the author, tries to focus on all the new challenges of perinatal psychology, in order to find a thin thread that links them to the challenges of psychoanalysis (Florita, 2021).

The second article '*Psychopathology in the perinatal period: beyond postpartum depression*' was written by Dr. Greta Petrilli, an esteemed colleague of Adlerian training but of SIPRe adoption, who, thanks to her long experience in the field, proposes a new perspective to reading psychopathology in the perinatal period, moving beyond the banal algorithm that associates maternal suffering with postpartum depression (Petrilli, 2021).

The third article, '*Technological storks: parents and children born of science!*', is an innovative and stimulating contribution on the subject of medically assisted procreation (MAP), written by my colleague, Alessandra Merisio, who has worked for many years in contact with couples accessing the pathway to parenthood, but which is also the result of a profound interdisciplinary reflection (Merisio, 2021).

The fourth article '*Migration, interculturality and parenthood*', by Valentina Stirone, Jolanda Spoto and Martina Trinchieri, proposes a psychoanalytical reading of the immigration phenomenon, and aims at highlighting the condition of particular vulnerability that characterises migrants when dealing with the complex transition to parenthood (Stirone, Spoto, & Trinchieri, 2021).

Finally, there is an article which is the fruit of the work of the whole Perinatal Area SIPRe Milan. During the first lockdown, just a few days after the total closure of Italy, Claudia Maspero, an evolutionary psychotherapist working in the Perinatal Area, reflected on the particular vulnerability linked to the perinatal period; she expressed the desire to create groups to accompany couples expecting a child, who were feeling isolated and frightened in the Lockdown, and disorientated by the loss of any hospital reference. The idea, which was greeted with great enthusiasm by the group, was implemented and led to the creation of the online groups, 'Almost parents at the time of COVID', and immediately reached out to a large number of members. The last article, '*We, the children of COVID. Pregnancy in the pandemic, as a pandemic*' (Lietti, Petrilli, Maspero, Pirro, & Florita, 2021), is the outcome of this experience and aims to share some reflections on the impact of the COVID-19 pandemic on the lives of people expecting a child. The authors, Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero, Valeria Pirro and Marcello Florita, have tried to answer some thorny questions: how has the pandemic affected expectant mothers, what were the effects, what were the opportunities, how did the subject deal with it.

The hope of this last article, as of the whole focus, is not so much to give you exhaustive answers, but to propose new readings and perspectives from which to look at the experience of becoming parents.

In my closing remarks I would like to thank the members of the Perinatal Area SIPRe of Milan: Licia Lietti, Maria Mallardi, Claudia Maspero, Alessandra Merisio, Greta Petrilli, Valeria Pirro, Claudia Proserpio, Cristina Sempio and Stefania Zanolini, who have actively contributed to the production of this focus and to the dissemination of reflections and initiatives.

REFERENCES

- Florita, M. (2021). One Cannot Touch Without Being Touched: Why Psychoanalysis Needs to Draw from the Perinatal, and *Vice Versa*. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 9-23.
- Petrilli, G. (2021). Psychopathology in the Perinatal Period: Beyond Postpartum Depression. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 41-56.
- Merisio, A. (2021). Technological Storks: Parents and Children Born Thanks to Science!. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 73-81.
- Stirone, V., Spoto, J., & Trinchieri, M. (2021). Migration, Interculturality and Parenthood. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 93-102.
- Lietti, L., Petrilli, G., Maspero, C., Pirro, V., & Florita, M. (2021). We, the Children of COVID. Pregnancy in the Pandemic, as a Pandemic. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 113-122.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 18 February 2021.

Accepted for publication: 21 February 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:530

doi:10.4081/rp.2021.530

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

**FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE**

Editoriale

*Marcello Florita**

La scelta di dedicare un focus alla psicologia perinatale trae le origini dall'osservazione di alcune trasformazioni che riguardano la società e il lavoro clinico. Questo ambito è uno di quelli che si sono maggiormente evoluti e modificati negli ultimi quindici anni. Pensate che, nel non lontanissimo 1990, i ricercatori del gruppo dell'università di Brescia con a capo il Prof. Imbasciati sono stati tra i primi a parlare di 'Psicologia Clinica Perinatale' intendendo con questa definizione lo studio dei primi mille giorni di vita a partire dal concepimento.

Gli studi sono partiti volgendo l'attenzione principalmente verso le madri e i loro bimbi, per poi allargarsi ai padri fino ad arrivare all'attuale sguardo che include anche una riflessione su come si sviluppa un essere umano, in relazione al proprio DNA, ai rapporti con i caregivers e all'ambiente in cui ha vissuto.

Dagli anni '90 però è veramente cambiato il mondo. Un concetto apparentemente banale come quello dello sviluppo neurologico del bambino è stato ribaltato e rivisitato dagli studi in ambito perinatale e neuroscientifico. Per esempio, è stato osservato come la maturazione neurologica, che un tempo si pensava avvenisse per tappe precostituite o seguendo 'leggi naturali', dipende anche e soprattutto dall'interazione con i propri caregivers fin dalla gestazione. La qualità della relazione con i propri genitori è dunque importante tanto quanto il corredo genetico e le basi del nostro divenire soggetto sono preminentemente affettive più che cognitive. Come ci suggerisce la Dott.ssa Cena infatti, uno dei riferimenti nazionali più noti nella ricerca

*Psicoterapeuta e psicoanalista SIPRe. Autore di due saggi sulla psicoanalisi, *'L'intreccio'* e *'Alice il porcospino e il fenicottero'*, è anche curatore del volume *'Benessere e cura nell'esperienza perinatale'* edito dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia e autore di un romanzo *'Come respira una piuma'*. Collabora da anni con il Punto Raf ed è socio SIPRe, referente dell'Area Perinatale SIPRe Milano e responsabile scientifico del Corso di Psicologia Perinatale e cure. E-mail: florita.marcello@hsr.it ; sito: www.marcelloflorita.it

in questo ambito, le basi di ciò che saremo sono affettive più che cognitive. Dunque ciò che viene appreso e fissato nella memoria del bambino non riguarda contenuti ma funzioni mentali che formeranno una matrice che, a sua volta, condiziona l'elaborazione degli apprendimenti successivi. La teoria della complessità si attaglia perfettamente a questa idea di sviluppo, dove auto ed eco organizzazione sono costitutivi del soggetto (non sono distinguibili, né l'uno prevale sull'altro), e dove causa ed effetto sono concepiti al di fuori di una logica lineare, ma all'interno di un circuito a feedback: gli effetti producono le cause e sono interdipendenti.

Parallelamente ai progressi scientifici, hanno avuto luogo modificazioni nella società e nei percorsi procreativi. Con il tempo, le famiglie allargate sono state destituite di potere e la coppia sentimentale è divenuta sempre più centrale (e forse isolata) in Occidente: la nostra società - definita 'società senza padri' - è anche quella che ha visto i padri varcare i portoni delle sale parto e dei corsi di accompagnamento alla nascita con una presenza assidua e affettiva, la genitorialità diventare sempre meno collegata al legame biologico, le coppie con problemi di sterilità sempre più frequenti e i figli 'in provetta' - un tempo sinonimo di scandalo - una routine. E ancora, le coppie omosessuali hanno usufruito dei progressi della scienza per poter diventare genitori, le donne migranti sono arrivate in Italia con gravidanze figlie del violento percorso di migrazione e la maternità surrogata, nonostante sia proibita in Italia, è divenuta una tecnica accessibile con un semplice viaggio in un altro paese europeo.

Date queste premesse si può comprendere come i cambiamenti culturali, i progressi scientifici, le ricerche in questo ambito necessitino di essere amalgamate e digerite.

Alla luce di tutto è diventato necessario dedicare un focus all'epoca perinatale. Il titolo scelto è *'Non esistono più i figli (ma soprattutto i genitori) di una volta: uno sguardo psicoanalitico al diventare genitori e alla psicologia perinatale'* proprio per raccontare la fatica degli operatori materno infantili nello stare al passo con i cambiamenti legati al funzionamento del bambino (in utero e dopo) e alle nuove famiglie e percorsi generativi.

Il primo articolo *'Non si può toccare senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa'*, di cui sono l'autore, cerca proprio di mettere a fuoco tutte le nuove sfide della psicologia perinatale, cercando di trovare un filo sottile che le lega alle sfide della psicoanalisi (Florita, 2021).

Il secondo articolo *'La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione postpartum'* è stato scritto dalla dott.ssa Greta Petrilli, stimata collega di formazione adleriana ma di adozione SIPRe, che, grazie alla lunga esperienza in questo ambito, cerca di proporci una prospettiva nuova per leggere la psicopatologia in epoca perinatale andando oltre il banale algoritmo che associa alla sofferenza materna la depressione postpartum (Petrilli, 2021).

Il terzo articolo, *‘Cicogne tecnologiche: genitori e figli nati dalla scienza!’*, è un contributo innovativo e stimolante sul tema della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), scritto dalla collega Alessandra Merisio che ha lavorato per molti anni a contatto con coppie che accedevano al percorso per divenire genitori, ma che è anche l’esito di una profonda riflessione interdisciplinare (Merisio, 2021).

Il quarto articolo *‘Migrazione, interculturalità e genitorialità’*, scritto da Valentina Stirone, Jolanda Spoto e Martina Trinchieri, ci propone una lettura psicoanalitica del fenomeno dell’immigrazione con l’obiettivo di fare emergere la condizione di particolare vulnerabilità che caratterizza i soggetti migranti nel loro confrontarsi con il complesso passaggio alla genitorialità (Stirone, Spoto, & Trinchieri, 2021).

In chiusura c’è un articolo che è il frutto del lavoro di tutta l’Area Perinatale SIPRe Milano. In occasione del primo lockdown, proprio qualche giorno dopo la chiusura totale dell’Italia, Claudia Maspero, una psicoterapeuta dell’età evolutiva appartenente all’Area Perinatale, riflettendo sulla particolare vulnerabilità legata al periodo perinatale ha espresso il desiderio di creare dei gruppi per accompagnare le coppie in attesa isolate e spaventate dal lockdown e disorientate dalla perdita di ogni riferimento ospedaliero. L’idea, accolta con grande entusiasmo dal gruppo, è stata realizzata e ha portato alla nascita dei gruppi online *‘Genitori quasi ai tempi del COVID’* che fin da subito hanno accolto un grande numero di adesioni. L’ultimo articolo *‘Noi, figli del COVID. La gravidanza nella pandemia, come una pandemia’* (Lietti, Petrilli, Maspero, Pirro, & Florita, 2021) è l’esito di questa esperienza e vuole condividere alcune riflessioni riguardo l’impatto della pandemia da COVID-19 sulle vite dei soggetto in attesa di un figlio. Gli autori, Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero, Valeria Pirro e Marcello Florita, hanno cercato di rispondere ad alcune questioni spinose: come la pandemia ha influenzato l’attesa, quali sono stati gli effetti, quali le opportunità, cosa se ne è fatto il soggetto.

La speranza, di quest’ultimo articolo come di tutto il focus, non è tanto di darvi delle risposte esaustive, ma di proporre delle letture e delle prospettive nuove dalle quali guardare l’esperienza del divenire genitori.

In chiusura ci tengo a ringraziare i membri dell’Area Perinatale SIPRe di Milano Licia Lietti, Maria Mallardi, Claudia Maspero, Alessandra Merisio, Greta Petrilli, Valeria Pirro, Claudia Proserpio, Cristina Sempio e Stefania Zanolini che hanno contribuito attivamente alla produzione di questo focus e al proliferare di riflessioni e iniziative.

BIBLIOGRAFIA

- Florita, M. (2021). Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 25-39.
- Petrilli, G. (2021). La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione postpartum. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 57-71.
- Merisio, A. (2021). Cicogne tecnologiche: genitori e figli nati dalla scienza!. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 83-91.
- Stirone, V., Spoto, J., & Trinchieri, M. (2021). Migrazione, interculturalità e genitorialità. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 103-112.
- Lietti, L., Petrilli, G., Maspero, C., Pirro, V., & Florita, M. (2021). Noi, figli del COVID. La gravidanza nella pandemia, come una pandemia. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 123-133.

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: 18 febbraio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 21 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:530

doi:10.4081/rp.2021.530

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

FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY | ARTICLE

One Cannot Touch Without Being Touched: Why Psychoanalysis Needs to Draw from the Perinatal, and *Vice Versa*

Marcello Florita*

ABSTRACT. – There have been numerous innovations in reproductive medicine. They have led to ethical, social, cultural and medical reflections and have urged the need for a contribution on the part of psychology. The article focuses on the challenges to be faced in the mother-infant domain, centring on the wellness of working people and of the users, and provides a re-reading of the transformation processes and changes occurring in the subject who is about to become a parent, or child. As psychoanalysts and scholars, we can benefit from importing the research and acquisitions of the perinatal world into psychoanalysis since much of it analyses relationships prior to birth, albeit in medical terms. The trend that is of greater interest takes into consideration studies on the perception of touch in children, opening up surprising and fascinating scenarios. The author aims at building a bridge to connect these disciplines and create a parallelism between a certain type of touch (gentle touch) which is perceived only by the CT Fibres and connected to a massive activation of the insula, and the relationship between analyst and patient.

Key words: Perinatal psychology; psychoanalysis; neonate; parents; contact; dynamic systems; complexity; touch; insula; perinatal wellness; prevention; psychotherapy efficacy.

Over the past decade, social changes (the higher average age of women giving birth) and biological changes (the consistent increase in male and female infertility) have been accompanied by numerous innovations in pro-

*Psychotherapist and psychoanalyst of SIPRe is the author of two essays on psychoanalysis, *L'intreccio* and *Alice il porcospino e il fenicottero*; he is also curator of the volume *Benessere e cura nell'esperienza perinatale* edited by the Order of Psychologists in Lombardy. He has written a novel, *Come respira una piuma*. He has long been a collaborator of Punto Raf and member of SIPRe, referent for the Perinatal Area in SIPRe Milan, and scientific director of the Course on Perinatal Care.
E-mail: florita.marcello@hsr.it ; site: www.marcelloflorita.it

creative medicine and in mother-infant hospital wards. Specialists in the perinatal field have noted the rise in numbers of children born through Medically Assisted Procreation (MAP), the resorting to heterologous fecundation, the access to surrogate maternity, homo-parenthood, mono-parenthood, as well as the rise in numbers of pre-term births, or perinatal deaths linked to aborted attempts at assisted fecundation. The parenthood scenarios have inevitably and rapidly changed without there being corresponding changes in the juridical order (for instance, in a homo-parenthood couple the non-biological father, or mother, will have no rights on the child), or any adequate psychological reflections (Florita, 2020). The need to reflect on these issues is not a banal matter or simply a philosophical fixation; indeed, scientific studies have shown that, contrary to popular thinking, it is not the sexual orientation of the parent that is predictive of the child's wellbeing, but rather the 'legal void' that creates a health risk (UNICEF, 2014). Thus, the true danger lies in the 'void' of thoughts.

These new challenges generate important questions on what it means to take care of a subject, and how our ideas of a family and of parenthood need to be reviewed. Is the wellbeing of the mother generally part of the treatment provided by a natal centre? Does the wellbeing of a mother affect that of the future unborn child or of the neonate? 'Natural families' exist, so is it nature which decides what culture is, or vice versa? Which criteria are to be used to assess the wellbeing of the children or of their families? Can they correspond? Is the parental function concerned with gender (is there a paternal or maternal function linked to the biological gender) or with having generated (*i.e.* being biological parents)? When we speak of 'parents' are we using a term which has a strong cultural connotation, or do 'parents' exist in nature? Is it by chance that from a simple biological fact - a man and a woman have a baby - human societies do not always derive the same consequences, nor do they all postulate, for example, a 'natural' coincidence between the biological father and mother, nor do they systematically contemplate the idea that there should be two parents? Is the right to have a child an inalienable right?

Given these preliminary remarks, I personally believe that as professionals in psychoanalysis and in the field of mother-infant relations, it is our duty to avoid trivializing or idealizing or judging; we should be open to listening, try to understand the complexity of the new procreative paths, new families and their offspring, and favour their wellbeing (Florita, 2020). The wellbeing of the parental couple is a crucial element which affects the quality of the relationship as well as the affective contacts with one's child: numerous studies have shown that these are the determining variants in the configuration of the child itself (Imbasciati & Cena, 2017). At the same time, I believe that these questions, and the issues raised by medicine and culture, should become resources which enrich our reflections in the field of psychoanalysis.

I wish to leave you with some observations on the topic as well as a theoretical remark.

I will of course seek to keep within the paradigm of complexity and of the theory of dynamic systems (Thelen & Smith, 1994) since it deals with conceptualizing the process of change in development, *i.e.* the production of what has been called ‘emerging order and complexity’ (Stolorow, 1995): this is perfectly fitting to the perinatal area in which development (of the neonate or of the construction of parenthood) is a key element. We can study the human being just like any other living being: like every living being, it organizes itself in a coherent way since this is essential for the survival of the whole system. Thus, the unity of the subject, which we shall call I-Subject System (Minolli, 2015) or anthropological system (Florita, 2011), remains inalienable.

Let us begin with some reflections I have formulated on the basis of personal experience, of my contacts with students in the Advanced Training Course in Perinatal Psychology, and my exchanges with professionals working in the perinatal area. Immersing myself in this reality, so unlike the one found in a psychoanalyst’s office, I became aware of the limits and opportunities of this world, which is governed by medicine but is extremely complex and interdisciplinary. A reality dominated by, and simultaneously burdened by, the positivistic paradigms of scientist medicine, nurtured by the constant interaction with professional figures having diverse competences and outlooks, and with subjects who communicate through their bodies, and together with their bodies (which are none other than the subjects themselves). The need to give voice to the operators and the users, and the requisite of staying up-to-date with the continual innovations in medicine and in society, have encouraged me to formulate challenges that each one of us has to face. In particular, I have formulated five of them which are indispensable to improve the quality of our work, and therefore the wellbeing of the child, or whoever is about to have a child (or wishes to become a parent). These challenges can be considered the cardinal points which help us find our bearings in the Perinatal Area in SIPRe Milan, in the mother-infant domain, a complex and apparently far-removed area from the psychoanalytical field.

- 1) Reflecting on the parental function and on the meaning that becoming a parent or a child has for us, disconnecting it from the biological or gender issue

Working in this field imposes recognising oneself and reflecting on our own idea of what it means to ‘become a parent’ and of ‘being a child’. It requires us to explore the meaning we have given to these experiences, how we handle them and how they affect our lives, our clinical practice and our listening to others.

'In this field, parenthood and being a child have been the object of studies as well as the subject, observing - with all its a priori - the object of the studies' (Florita, 2020).

Our being 'those' children and having had 'those' parents has contributed to laying out our own way of being, *i.e.* the coherence we have given ourselves as living systems, and inevitably interferes with our interactions with children and parents. Unfortunately, this configuration is so much a part of us that it is difficult to decipher - it is part of the work done through analysis - although identifying it may be useful to trace more creatively the trajectories of our life. Our ideas of what a parent is, and what a child is, are no doubt relevant to 'that' subject, unique in its kind, but they have also been subjected to the cultural ascendancy and society's normalizing (*e.g.* each child should have a mother and a father). It is fascinating to learn how the new scenarios of filiation and parenthood (homo-parenthood, surrogate maternity, heterologous fecundation, mono-parenthood) are creating great opportunities to think differently about what it means to be a parent, disconnecting from gender, from generative function. Although these reflections are often prompted by studies of anthropology and psychology, neurosciences also help us to review our cultural *a priori*. Several studies have pointed out that the post-partum production of oxytocin is equal in women and men, especially when the men are involved in taking care of the neonate. Furthermore, women generally have a very high post-partum activation of the amygdala, caused by the pregnancy and the breast-feeding (Atzil, Hendler, Feldman, 2011). The massive activation in this area is linked to a primary attention towards the neonate, but it remains the same throughout the life of one's child. Indeed, women perceive the slightest mumble of their child even when asleep, and keep watch over it in a constant state of alert-care. Historical studies all showed that this area was less active in men, as if identifying the neurological substratum of the care function as typically maternal. In men, the amygdala is normally activated a quarter that of women, significantly less. But there is an exception. This pattern of activation changes if the man is, from the infant's first day of life, the *primary tutor* of the neonate (as in homo-parent couples). In this case, the activation of the amygdala is the same as in women (Abraham *et al.*, 2014). Even in the absence of pregnancy and breast-feeding, there may be attention and primary care of the neonate, and this function (from a neurobiological point of view) has no gender specificity, nor is it perforce linked to biological generative function or to the genetic connection. What magnetic resonance reveals is much more than what appears, since it questions years' of studies on the father and the mother, the Oedipus complex, and so on: we realise how we have tried to enclose human functioning in a rigid framework, in pre-constituted theories, and how those theories were the offspring of our society. Feeling that one is a parent and activating the corre-

sponding functions is not a 'natural' event, nor does it depend on 'instinct': the maternal instinct is a misleading, stigmatizing concept (for those who do not feel it and build it into the relationship with their child). Moreover, if indeed a '*paternal function*' or a '*maternal function*' do exist, they would not be thought of as corresponding to the biological male or female (Florita, 2020). Birksted-Bred postulated that 'anatomy is a datum and each of the sexes has to come to terms with a particular meaning of anatomy. But how each individual deals with it is not a datum'. It is no longer possible to state that the father has the function of setting the rules, castrating, exploring, while the mother's function is to look after, to watch over, to nourish. We should not even be speaking of maternal or paternal function, but rather of parental functions in a wider sense, and we should assess them in accordance with the quality of the relationship with one's child, since they determine the child's configuration and wellbeing. In short, we might start to think that, as the evolutionary psychologist Ross Parke posited, 'the family processes triumph over the family's shape'. Our objective continues to be to assess or promote a good relationship with ourselves, as we are, and our child as he or she is.

2) Including the humanization of care in scientific treatments, on a level with medical therapy

The preliminary observation is that the 'humanization of care' is actually forcing the meaning since the 'care' as we intend it should always be humanized, because we believe in a unitary anthropological system. Care should always mean looking after the whole I-Subject, the subject as unitary, not merely having a body but being an entire whole. Care should have at its centre the relationship with the other. This forcing arises from the need to dialogue with a domain in which medicine, which takes care of the body 'machine', is the ace in the pack, both in terms of therapy and of thinking, and where the figure of the psychologist is absent or marginal. Having said that, and speaking in medical terms, scientific research has indisputably shown that humanization of care improves the prognosis. That the relation is vital and curative. For instance, when one accompanies a parent along the path of mourning for a child who is fantasised and with the anguish of death, which are correlated to preterm birth and the pain of the path in Neonatal Intensive Therapy (NIT), their presence next to the incubator will be qualitatively improved and the child will have a better prognosis. Numerous studies have shown that the presence of psychological support for couples facing fertility problems not only helps to elaborate the pain and prevent subsequent distress, but actually increases the probability of becoming pregnant (Domar *et al.*, 2000). Not to mention the importance of appropriate psychological support to the parents in

the case of perinatal mourning, or, in parallel, to the operator who, without any support or listening, is particularly exposed to burnout or the protective drift of dehumanization of care. The idea is that maternal and child centres should increasingly take care of the Subject in toto (the subject as user but also as operator), without a priori subdivisions between body and mind, and therefore not only of a component (of the body) or a desire (I'll make you have a baby), but of the whole I-Subject.

- 3) Avoid the spread of 'Thoughts without Thinkers' (Bion), and make an effort to establish a listening centre and a setting (a thinker) for the experiences and feelings in the maternal and child centres

This reflection, too, might be taken for granted by those whose origins are in psychoanalysis, where groups for supervision, intervision, *etc.* are on the agenda, but it is not at all banal when introduced in maternal and child centres. It is in this setting that one finds the most terrible concern - how to countenance the existence in the same room of life (and birth) and death. Yet the people involved are rarely accorded a continuative opportunity to have a space for listening, support, elaboration. In this extremely serious health crisis linked to COVID-19 and the overcrowding of Intensive Care Units, there is evidently the need for a space for listening for all the medical staff who have launched heartfelt appeals on social media and in the media for help, expressing their anger and pain. The Neonatal Intensive Therapy units are witness to this daily asphyxiating cohabitation of birth and death separated by the half-metre distance between the incubators and the cots (Florita, 2016). Yet how many of the staff have had a space for listening since the umpteenth death of a neonate in NIT? How many have been accorded the space to elaborate the passage from the omnipotence deriving from the birth, and survival, of a baby weighing 450 grams, to the helplessness and pain when one of them, perhaps even bigger, unexpectedly does not make it? And how much space is accorded to operators to elaborate, listen and accept their innermost experience regarding new scenarios of parenthood? One occasionally hears operators who - in private - express violently accusatory remarks about a woman patient's umpteenth attempt at assisted fecundation, endangering the relationship with her and disregarding the repeated failures and consequently the repeated periods of mourning. They occasionally reply sharply, expressing their discontent about that parent and that choice, a choice that they disagree with and evaluate superficially. In short, the anguish of death, the pain of birth complicated by medical problems (increasingly frequent, in line with the increase in MAP), the mourning, the choice of techniques which are illegal in Italy but regular in

other countries (e.g. surrogate maternity), all involve a series of personal experiences, evaluations, and anxiety hovering in the mother-infant sectors. This not only concerns the users and future parents, but the operators, in particular. ‘The true challenge is to create and promote areas of thinking, where these thoughts without thinkers, these unspeakable anguishes, may find a place and be accommodated. The moments of meeting and listening for the medical staff (doctors, nurses, obstetricians), particularly subject to burn-out, will inevitably improve the quality of being in one’s place of work, as well as the medical intervention and support to the families, the wellbeing of the couple and of the future children’ (Florita, 2020). Starting from the assumption that the subject is unitary, its wellbeing is not exclusively the competence of the bio-medical sphere. The moments of listening and elaboration should be considered on a par with the meetings to discuss ward matters, or to the medical-clinical training sessions, because the operators’ psychological distress is fully linked to the quality of their interventions and the patient’s health. Therefore, introducing a ‘psy’ professional, an expert in perinatal psychology, is essential when considering that the wellbeing of the subjects implicated in the mother-infant sphere (parents, children, operators) is an interdependent but necessary variable.

4) Always bear in mind that becoming a parent is very different to wanting a child, or wishing to become pregnant

One can wish for a child, ‘that child’ shaped by one’s expectations, but one might not be ready to become the parents of the child that happens to be born, whether biological or not. One may wish for a pregnancy, wish to feel one’s body functioning and generating like that of one’s own mother, yet one might not be ready for maternity, *i.e.* caring for and looking after that child. These distinctions are often difficult to read or intercept in the parents’ suffering, yet they are part of the travails on the path to parenthood. Without resorting to assessments, perhaps this is one of the critical aspects that surfaces most easily in subjects who have obstinately resorted to MAP and develop discomfort or have difficulty in accepting a child born with medical problems; or, in the case of surrogate maternity, the recipient parents do not acknowledge (and do not ‘collect’) the child born pre-term or presenting any risk of a-normalities (see the famous case of little Bridget, who became a stateless orphan because of the parents’ refusal to acknowledge her). Although it is difficult to identify the impasse in these situations, it not only occurs in cases where the medical innovations clash with our morals, but also in daily living in traditional families, where distress and suffering appear linked to the birth of ‘that child’ and the mourning for an ‘imagined child’ or for a pregnant stomach. The passage from the wished-

for child, from the omnipotence of generating, to becoming the parents of a real child, very often has a mournful aspect.

'Pregnancy appears to be one of those moments when the deep relation between fantasy and reality may encounter notable oscillations in favour of one or the other, creating a loss of balance in which the phantasmatic aspect might gain the upper hand and consequently slow down the process of adaptation to reality. On the other hand, there may be a strong restraint of fantasies and the negation of the ambivalence which is naturally present in the pregnancy (Ammaniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995).

Parenthood does not originate with biological generation (we do not remember ever having had any difficulty in finding biological parents who did not take on any parental tasks), or at the moment of birth (for instance, a father does not always feel that he is such at the birth of his child), or as a result of a strong desire to have a child; it involves a tortuous, at times mournful, process with the intermingling of phantasmatic, imaginative paths, the attribution of meanings and the passage of existential identity.

5) Include research in the perinatal area to build psychological theories on the development of the child and on psychotherapy

The Infant Research and Infant Observation centres have for years contributed to improve theories in the world of psychoanalysis and psychology. The study of the child and its development thanks to ever more sophisticated techniques and methods, has become fundamental in enriching the reflections in all fields of psychotherapy. Immersing myself in perinatal psychology, I unexpectedly came upon a vast range of studies that have been disregarded by psychoanalysis. Perhaps because many of them start with principally 'medical' issues, or are linked to the functioning of the 'body machine', or perhaps because of the difficulty in having a dialogue involving different paradigms and languages. As a psychoanalyst passionately interested in complexity, I have always paid great attention to research that has less affinity to the world of 'psy'. I have always believed that the subject, the 'I-Subject' (Minolli, 2015), is unitary - thus the mind-body unitariness is ontological - and dynamic, but also complex and non-linear, and that the dialogue between the sciences is laborious, but it allows us to complexify our thinking. The I-Subject develops through a fluid auto- and eco-organizing process. For instance, there are 100 thousand genes in our DNA, but in our brain alone there are a million billion synapses: there are not enough genes to explain the entire structure of our brain. The brain is not pre-constituted by nature except at a macro level, while the micro-functioning (synapses) is the result of primary relations and relations with the environment. The genome contributes to set a general framework of the circuits, but a detailed framework is formed also thanks to the

effects of the environment. There is no development without the interaction between auto- and eco-organization, although the changes in the living system are always autopoietic, *i.e.* produced internally by that system (De Robertis, 2005). The external does not change the subject but may 'facilitate' its movements, without directing them or orienting them as it is a part of the 'eco' relations. Within this perspective, 'also psychotherapy cannot be thought as a process of auto-mutual organization among complex systems, or as Bateson would say, a 'coevolution' between living systems' (Florita, 2012).

Having presented these brief theoretical introductory remarks, we shall now return to perinatal psychology. In the numerous studies on neurophysiology of the child, there is a leit motif which I found surprising: the one on touch. I shall try to introduce the core of the research and aim at weaving a single thread between this leit motif, the reflections pertaining to the development of the child, the functioning of the adult, and psychotherapy.

First of all, did you know that in its mother's womb, the child spends a lot of time touching itself? Yes, it is constantly touching itself, also thanks to the curled up position it finds itself in, and it also touches the sides of the uterus. All this touching appears to be extremely important for the sensorial-motorial development of the internal maps. Indeed, the pre-term babies who after birth can no longer touch themselves regularly (or be touched and contained in the mother's womb) generally tend to have more problems of corporeal perception (Ferrari, 2017).

And do you know what is the one thing a mother does most often on the birth of her child? Without realizing it, the mother spends a lot of her time touching the baby: in fact, it is estimated that at 5 weeks of life the daytime contact time is on average 9 hours and 7 minutes (N=1055 dyads) and, depending on the mother, it may even be 23 hours a day (Moore *et al.*, 2017), while it has been recorded that at 6 months it occurs on average between 55% and 9% of the time in which mother and child interact (Jean & Stack, 2009).

I do not think it is rash to hypothesize that touch is actually one of the most important channels of communication during the mother-child interactions (Moszkowski & Stack, 2007).

The skin is an organ which serves not only to protect but also in relating to one another. If we think about it, it really presents unique characteristics. It is through the skin that we most deeply feel the presence of the other (in fact, touch is one of the first senses to be activated and the last to end) but at the same time it protects us and allows us to define the borders, and sharpen our feeling of being distinct from the other. Touch is also one of the organs which most evidently contains the presuppositions for complexity: it is the interlacing between being (and self-regulation) and being in relation to (eco-regulation). In short, one cannot be touched without touching. One cannot touch without being touched.

With this preamble, we need to bear in mind that there are different kinds of contact, or, rather, of touch. And each touch, according to its characteristics, activates different fibres and different cerebral areas.

There are two large groups of fibres linked to touch: rapid conduction fibres, 'A', and slow conduction fibres, 'C'. For years we thought that touch depended only on A-beta type fibres, myelinic and rapid conduction; the thin myelinic A-delta fibres, and the myelinic type C fibres coded only nociperception, pruritus and thermoception, but NOT touch (McGlone, Cerritelli, Walker, & Esteves, 2017).

Although the connection with touch is a very recent attainment, the presence in the skin of mechano-sensitive amyelinic 'slow' (C-fibres) nervous fibres - in contrast with the 'fast' ones which in the past were delegated to the sense of touch - was found for the first time in cats, by Zotterman in the Thirties (Zotterman, 1939), a very long time ago. C fibres have been neglected until quite recently, as they were not thought to be involved with touch at all, and therefore not important.

The peculiarity of tactile C fibres (CT) is that they are not only activated by touch but respond specifically and only to gentle touch, or to put it more colloquially, to caresses. To activate these fibres and to produce the caressing touch three characteristics are required and involve temperature, speed-of-movement, and setting.

- i) The temperature should be the typical skin temperature, *i.e.* approx. 32°C (Ackerley *et al.*, 2014).
- ii) The movement should have a speed of about 3 cm/sec (Loken, Wessberg, Morrison, McGlone, & Olausson, 2009), not too quick and not too slow (McGlone, Wessberg, & Olausson, 2014).
- iii) The final characteristic is that the CT fibre receptors have never been found in hairless skin (Vallbo, Olausson, & Wessberg, 1999), *i.e.* in the areas of the body where hair is totally absent (the palm of the hand, the plantar area of the foot) and therefore one presumes that they are only present in hairy skin. Indeed, numerous CT fibres are found in the face, the arms (Loken *et al.*, 2009), the legs.

When we are touched, sensations are normally conveyed through myelinated fibres to the somatosensory cortex. The more intense the stimulus is, the quicker and more intense the response.

Instead, the CT fibres are stimulated by the slightest pressure on the skin, a gentle caressing touch. Tactile C afferents are linked to specific areas of the brain: the insular cortex, posterior superior temporal sulcus, medial prefrontal cortex, and anterior cingulate cortex. These areas are known to be activated simultaneously exclusively by the affective touch (McGlone *et al.*, 2014).

At this point, the question is, what do the anterior cingulate cortex and the insula deal with?

The anterior cingulate cortex deals with various things, including focalized attention, the regulation of emotions, and pleasant tactile stimulations. The insula, one of the first cerebral areas to differentiate itself and to mature (at 27 weeks it has almost reached maturity), can well and truly be defined a HUB for the brain. In fact, besides the social emotions, it elaborates enteroceptive perceptions.

Enteroreception is a complex concept. It was initially identified as ‘body-to-brain axis of sensation concerning the state of the internal body and its visceral organs’ (Sherrington, 1948). As time passed and studies were carried out, one realized that this process had to be configured in more inclusive and wider terms (Cameron, 2001; Craig, 2016).

At present, enteroreception can be defined as the process through which the central nervous system perceives, integrates and interprets endogenous communication, from the entire organism, and supplies an overall internal representation; the latter may be conscious or unconscious, and is constantly updated in order to pursue multiple functions (Craig, 2016; Khalsa *et al.*, 2018). This enteroceptive information, activated by the gentle-caressing touch, is both conscious and unconscious and appears to be involved in appropriating what is happening inside me at a given moment. At the moment of activation of the insula, there appears to be a real response, to ‘how am I’ or ‘what is happening inside me’ (Craig, 2016). At the peak of the enteroceptive process there is a deep integration of internal data (visceral and not), the effect of which is to amplify the sense of internal unity (Quadt, Critchley, & Garfinkel, 2018) or, as we would say, of being the ‘I-Subject’ at that given moment. The instant that gentle touch occurs, there is a true moment of expansion of consciousness of self (in the case of the child, it is a corporeal rough consciousness) with an increased attention and emotional regulation. Given that we started with the gentle touch and the afferents of CT fibres, it is opportune to conclude by pointing out that, apart from being pleasant, the effects of caresses in the physiological parameters of the neonate are of vital importance: they stabilize the beat, improve the saturation, increase attention. In babies born seriously pre-term, the caress might not be pleasant or re-equilibrating since the CT fibres are also immature. In this stage of life (where contact is not foreseen in nature) the immaturity of the somatosensory system might cause a feeling of continuous pain at the moment of contact. In other words, caressing is good but only when the time is right.

Let us return to the pre-term baby. As Rosario Montirosso suggests, the gentle touch promotes a

‘level of consciousness that is more complex than a simple awareness in response to external stimuli since it provides support for Self as an entity experiencing emotions, and contributes to providing a structure - by means of neuroanatomical substrata - thereby expanding the awareness of the baby’ (Montirosso, 2020).

If we think about it, we started with a physical, relational event, the touch, and spoke of a specific touch - caressing, gentle, slow, in the right place - and we are now speaking of a moment of 'dyadic expansion', of activating an enteroceptive process, or presence to oneself, by means of a relation between two beings. Now, can we provide a new answer to the question of why mothers caress their children? Because they are co-creating their body (Montirosso, 2020), and facilitating the experience of feeling the limits of one's body and self, thereby promoting the expansion of the child's consciousness, of the 'subject system' in its unitariness. At that moment the child is a bit more present to itself. That touch generates a situation of deep intimacy and it is from that intimacy that the baby distinguishes its body, feels it, feels its limits, integrates the information and perceives itself, present, in being close (but not fused) to the other.

These introductory remarks had this objective: to make us understand that in the early months of life caresses are an instrument for co-creating the child-system. The I-Subject system, by means of con-tact which, as Morin would say, is an indistinct mix of auto- and eco-regulation, has real moments of expansion of consciousness and therefore of complexifying the system itself, which develops and evolves thanks to them.

Furthermore, there is yet another reflection I would like to share.

For those working in the clinic it is evident: there are times when an interpretation or simply a word have a great effect on the other, helping them to attain a greater presence to themselves - this can be defined as a passage in the level of consciousness, a moment of intense integration, an incarnate self-consciousness, or a present moment. Those words, or those interventions, create moments of deep con-tact and intimacy, prompting the sensation of having touched the other deeply and promoting the enteroceptive process. These interventions need to have correct timing (not when the time is premature or at 3 cm per second), the right warmth (32° which is the body temperature), and should not occur when the patient is bare (on skin that has little hair). These are moments when one touches and, at the same time, just as with the skin, one is touched. They are small miracles, which promote expansions and emerging properties of complex systems.

Perhaps in those intimate moments the insula is activated, perhaps the presence to oneself is actually concerned with this somatosensitive process, and perhaps, if we could look inside the brain, we might discover something similar to what happens during those gentle touches. Perhaps the key to reading the characteristic of those interventions is to see them as unique moments of contact, in which words have a partial weight unless included within the intimate atmosphere between bodies, which arises only at the right time, in the right place, at the right pace, and with the right warmth. Perhaps they are moments which describe and narrate the setting up of a deep relation because *the quality of the relation* between the thera-

pist and the patient (as well as the duration of the course, *i.e.* >1 year, more than 50 sessions) is the most important therapeutic factor in psychotherapy, beyond the theoretic orientation and the techniques used (Baldoni & Campailla, 2017).

If we consider this parallelism, which might be hasty but is undoubtedly poetic, it brings to mind how important these intuitions are in perinatal psychology, in the relations with the other and in psychotherapy. Never touch the other when their skin is too hairless; the other should feel that they can defend themselves even simply thanks to the hair on their skin, to avoid feeling that closeness and contact as threatening. We should not be too cold, like a grey screen, but we should not be too warm either, or dramatically engaged; we should reach the 32° that allow us to feel the body and the person as the other, because it is only in this way that we attain intimacy. We should choose the right time, we should not be in a hurry, nor should we be too slow, the timing of contact is fundamental, it is the effect of a contemporaneity of right moments for both the subjects involved. Each subject is an individual, some have less hair in a certain area, some in another; some cannot be touched on the arm because that is where they are sensitive, some prefer the leg; some prefer using their right hand to caress and some their left, there is no equation to recreate the pleasantness except to accept our uniqueness and that of the meeting of two skins. It is only in this way that we will promote the interoceptive process of presence to oneself, and we shall help the other to feel themselves and to integrate, at a higher level, all that is happening in that I-Subject at that given moment. Whether we are dealing with a patient or a child, our presence should not aim at changing the other; our presence should be gentle and respectful, with a patient as well as with a child, because it is only in this way that the other can fully understand themselves, their borders and their resources, and improve the quality of their relation with what they really are.

When touching, one cannot help being touched. Because it is only by being there, by being in contact with ourselves as we are, making ourselves feel human and warm, present, measured and respectful of defences, that we can help the other to be in more or less conscious contact with themselves, to integrate internal information, to determine their borders and limits, and to move more freely and creatively in this world. Truly, a miracle.

‘An intimate conversation with a person who is dear to us is, I believe, one of the greatest pleasures life gifts to us. But in order for such a conversation to take place, one needs to have a partner who knows how to listen, and at the same time to confess. Who knows how to be frank, but not wishing to be hurtful. Unpredictable but not menacing. And, of course, one needs time. Both parties need enough time to move into the depths. And a place is essential. Which allows all this to happen.

In short, truly a miracle, which only occurs rarely’.
(E. Nevo, ‘L’ultima intervista’).

REFERENCES

- Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2014). Father's brain is sensitive to childcare experiences. *PNAS*, *111*(27), 9792-9797. doi:10.1073/pnas.1402569111.
- Ackerley, R., Backlund Wasling, H., Liljencrantz, J., Olausson, H., Johnson, R.D., & Wessberg J. (2014). Human C-tactile afferents are tuned to the temperature of a skin-stroking caress. *Journal of Neurosciences*, *34*(8), 2879-2883. doi:10.1523/JNEUROSCI.2847-13.2014.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Atzil, S., Hendler, T., & Feldman, R. (2011). Specifying the neurobiological basis of human attachment: Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology*, *36*(13), 2603-2615. doi:10.1038/npp.2011.172.
- Baldoni, F., & Campailla, A. (2017) Attaccamento, working alliance e relazione terapeutica: cosa rende efficace una psicoterapia? *Giornale italiano di psicologia*, *4*(4), 823-848. doi:10.1421/88770.
- Cameron, O. (2001). Interoception: the inside story - a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, *63*(5), 697-710. doi:10.1097/00006842-200109000-00001.
- Craig, A.D. (2016). *How do you feel? an interoceptive moment with your neurobiological self*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi:10.1515/9781400852727.
- De Robertis, D. (2005). Le logiche dei sistemi complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, *16*(3), 319-328.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, *73*(4), 805-811. doi:10.1016/s0015-0282(99)00493-8.
- Ferrari, F. (a cura di). (2017). *Il neonato pretermine. Disordini dello sviluppo e interventi precoci*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2011). *L'intreccio: neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2012). *Alice, il porcospino e il fenicottero*. Rimini: Guaraldi Editore.
- Florita, M. (2016). *Come respira una piuma*. Roma: Edizioni Ensemble.
- Florita, M. (a cura di). (2020). *Benessere e cura nell'esperienza perinatale*. Milano: Ordine degli Psicologi della Lombardia.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (a cura di). (2017). *Psicologia clinica perinatale*. Milano: FrancoAngeli.
- Jean, A.D.L., & Stack, D.M. (2009). Functions of maternal touch and infants' affect during face-to-face interactions; New directions for the still-face. *Infant Behavior and Development*, *32*, 123-128. doi:10.1016/j.infbeh.2008.09.008.
- Khalsa, S.S., Adolphs, R., Cameron, O.G., Critchley, H.D., Davenport, P.W., Feinstein, J.S., Feusner, J.D., Garfinkel, S.N., Lane, R.D., Mehling, W.E., Meuret, A.E., Nemeroff, C.B., Oppenheimer, S., Petzschner, F.H., Pollatos, O., Rhudy, J.L., Schramm, L.P., Simmons, W.K., Stein, M.B., Stephan, K.E., Van den Bergh, O., Van Diest, I., von Leupoldt, A., & Paulus, M.P. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry: Cognitive neuroscience neuroimaging*, *3*(6), 501-513. doi:10.1016/j.bpsc.2017.12.004
- Loken, L.S., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Olausson, H. (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neurosciences*, *12*, 547-548. doi:10.1038/nn.2312.
- McGlone, F., Cerritelli, F., Walker, S., & Esteves, J. (2017). The role of gentle touch in perinatal osteopathic manual therapy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *72*, 1-9. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.11.009.
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, *82*(4), 737-755. doi:10.1016/j.neuron.2014.05.001.

- Minolli, M. (2015). *Essere e Divenire. La sofferenze dell'individuo*. Milano: FrancoAngeli.
- Montirosso, R. (2020). Intervento al Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale e care; Milano, 08 febbraio 2020.
- Moore, S.R., McEwen, L.M., Quirt, J., Morin, A., Mah, S.M., Barr, R.G., Boyce, W.T., Kobor, M.S. (2017). Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. *Development and Psychopathology*, 29(5), 1517-1538. doi:10.1017/S0954579417001213.
- Moszkowski, R.J., & Stack, D.M. (2007). Infant touching behaviour during mother-infant face-to-face interactions. *Infant and Child Development*, 16(3), 307-319. doi:10.1002/icd.510.
- Quadt, L., Critchley, H.D., & Garfinkel, S.N. (2018). The neurobiology of interoception in health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 112-128. doi:10.1111/nyas.13915.
- Sherrington, C.S. (1948). *The integrative action of the nervous system*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stolorow, R.D. (1995). Sistemi dinamici, diadici ed intersoggettivi: un paradigma in evoluzione per la psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 6(2), 123-133.
- Thelen, L.B., & Smith, E. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, MA: MIT Press. doi:10.7551/mitpress/2524.001.0001.
- UNICEF. (2014). Retrieved from: http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Current_Issues_Paper_Sexual_Identification_Gender_Identity.pdf
- Vallbo, A.B., Olausson, H., & Wessberg, J. (1999). Unmyelinated afferents constitute a second system coding tactile stimuli of the human hairy skin. *Journal of Neurophysiology* 81(6), 2753-2763. doi:10.1152/jn.1999.81.6.2753.
- Zotterman, Y. (1939). Touch: pain and tickling: an electrophysiological investigation on cutaneous sensory nerves. *Journal of Physiology*, 95(1), 1-28. doi:10.1113/jphysiol.1939.sp003707.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 1 October 2020.

Accepted for publication: 6 January 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:431

doi:10.4081/rp.2021.431

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

FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO

Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa

Marcello Florita*

SOMMARIO. – Sono numerose le innovazioni inerenti alla medicina riproduttiva. Queste hanno imposto delle riflessioni etiche, sociali, culturali e mediche, ma soprattutto hanno reso ancora più urgente la necessità di un contributo della psicologia. Nell'articolo vengono proposte alcune sfide da affrontare attinenti all'ambito materno infantile, che hanno come focus il benessere dei professionisti del settore e dell'utenza di riferimento, alla luce di una rilettura dei processi di trasformazione e cambiamento del soggetto che sta per diventare genitore o figlio. Da psicoanalisti e studiosi è nostro interesse riuscire ad importare le ricerche e le acquisizioni del mondo perinatale nella psicoanalisi, perché molte di queste, seppur con un linguaggio medico, analizzano la relazione fin da prima della nascita. Il filone che viene preso maggiormente in considerazione riguarda gli studi sulle percezioni tattili nei bambini che aprono scenari sorprendenti e affascinanti. Nello specifico, l'autore cercherà di costruire un ponte tra queste discipline, creando un parallelismo tra un determinato tipo di contatto (il *gentle touch*) - recepito dalle sole Fibre CT e connesso ad un'attivazione massiva dell'insula - e il rapporto analista e paziente.

Parole chiave: Psicologia perinatale; psicoanalisi; neonato; genitori; contatto; sistemi dinamici; complessità; tocco; insula; benessere perinatale; prevenzione; efficacia psicoterapia.

Nell'ultima decade, in corrispondenza dei cambiamenti sociali (l'aumento dell'età media delle mamme) e biologici (l'incremento consistente dell'infertilità maschile e femminile), ci sono state numerose innovazioni nella medicina procreativa e quindi nei reparti materno infantili. In particolare è evidente a tutti gli specialisti del perinatale la sempre maggiore frequenza di nascite

*Psicoterapeuta e psicoanalista SIPRe. Autore di due saggi sulla psicoanalisi, *'L'intreccio'* e *'Alice il porcospino e il fenicottero'*, è anche curatore del volume *'Benessere e cura nell'esperienza perinatale'* edito dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia e autore di un romanzo *'Come respira una piuma'*. Collabora da anni con il Punto Raf ed è socio SIPRe, referente dell'Area Perinatale SIPRe Milano e responsabile scientifico del Corso di Psicologia Perinatale e cure. E-mail: florita.marcello@hsr.it ; sito: www.marcelloflorita.it

ottenute con la Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), il ricorso alla fecondazione eterologa, l'accesso a percorsi di maternità surrogata, l'omogenitorialità, la monogenitorialità, così come l'aumento delle nascite pretermine o dei lutti perinatali legati ai tentativi abortiti di fecondazione assistita. Gli scenari della genitorialità sono rapidamente ed inevitabilmente mutati, senza che a questi corrispondesse un cambiamento giuridico (per esempio nella coppia omogenitoriale il padre, o la madre, non biologico non ha alcun diritto sul bambino) e una riflessione psicologica adeguata (Florita, 2020). La necessità di riflettere su queste vicende non è una questione banale o un semplice vezzo filosofico; infatti gli stessi studi scientifici ci testimoniano per esempio che, contrariamente al pensiero comune, non sia tanto l'orientamento sessuale del genitore ad essere predittivo del benessere dei figli, ma è altresì il 'vuoto legale' a metterne a rischio la salute (UNICEF, 2014). Il vero pericolo è dunque il 'vuoto' di pensiero.

Queste nuove sfide generano importanti questioni relativamente al cosa significhi prendersi cura di un soggetto e al come debba essere rivista la nostra idea di famiglia o di genitorialità. Il benessere della mamma in senso ampio, fa parte delle cure attinenti ad un centro nascita? Il benessere di una madre influenza quello del futuro nascituro o del neonato? Esistono le 'famiglie naturali' ed è dunque la natura a decidere cosa sia la cultura o viceversa? Con quali criteri va valutato il benessere dei bambini o quello delle loro famiglie? Potrebbero, tali criteri, corrispondervi adeguatamente? La funzione genitoriale ha a che fare con il genere (esiste una funzione paterna o materna legata al genere biologico) o con l'aver generato (cioè essere genitori biologici)? Quando parliamo di 'genitori' stiamo già usando un termine con una forte connotazione culturale o i 'genitori' esistono in natura? È un caso che da un fatto biologico molto semplice - un uomo e una donna che fanno un bambino - le società umane non traggano sempre le stesse conclusioni e non postulino tutte, per esempio, una coincidenza 'naturale' tra il padre e il genitore biologico, né contemplino sistematicamente l'idea che ci debbano essere due genitori? Avere un figlio è un diritto inalienabile?

Date queste premesse, personalmente credo che il nostro compito, da professionisti del materno infantile e da psicoanalisti, non sia banalizzare, né idealizzare o giudicare ma aprirci all'ascolto e cercare di comprendere la complessità dei nuovi percorsi procreativi, delle nuove famiglie e dei loro figli, cercando di favorirne il benessere (Florita, 2020). Perché il benessere della coppia genitoriale è un elemento cruciale che può influenzare la qualità della relazione e il contatto affettivo con il proprio figlio, che, secondo numerosi studi, sono le variabili determinanti la configurazione del bambino stesso (Imbasciati & Cena, 2017). Al contempo, credo che queste domande, e le questioni che ci pongono la medicina e la cultura, debbano essere chiamate in causa come le risorse per arricchire le riflessioni in ambito psicoanalitico.

Prima di lasciarvi alcuni spunti su questi temi, una premessa teorica è dove-

rosa. Naturalmente, cercherò di muovermi sempre all'interno del paradigma della complessità e, in particolare, della teoria dei sistemi dinamici (Thelen & Smith, 1994) perché essa quest'ultima si occupa proprio di concettualizzare il processo di cambiamento nello sviluppo, cioè il prodursi di 'ordine e complessità emergenti' (Stolorow, 1995), il che calza a pennello con l'ambito perinatale dove lo sviluppo (del neonato o della costruzione della genitorialità) è uno degli elementi centrali. L'uomo può essere assimilato e studiato alla stregua di qualsiasi sistema vivente poiché, in quanto tale, si organizza dandosi una coerenza di per sé essenziale per la sopravvivenza del sistema stesso in toto. Rimane dunque inalienabile l'unitarietà del soggetto, che qui chiameremo Sistema Io-Soggetto (Minolli, 2015) o sistema antropologico (Florita, 2011).

Partiamo con alcune riflessioni che ho formulato a partire dalle esperienze personali, dal contatto con gli studenti del Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale e dal confronto con i professionisti che lavorano nell'ambito perinatale. Immergendomi in questa realtà, ben diversa da quella dello studio privato di uno psicoanalista, mi sono apparsi evidenti alcuni limiti e alcune opportunità di questo mondo, governato dalla medicina, ma estremamente complesso ed intrinsecamente interdisciplinare. Una realtà che è dominata e, contemporaneamente, affaticata dai paradigmi positivisti della medicina scienziata, ma che si nutre della continua interazione con figure professionali, competenze e attitudini diverse, e con soggetti che comunicano attraverso il corpo e insieme al corpo - che altro non è che il soggetto stesso -. La necessità di dar parola alle fatiche degli operatori e degli utenti e l'esigenza di rimanere al passo con le continue innovazioni della medicina e delle società mi hanno portato a pensare di lanciare delle sfide che devono essere affrontate da tutti noi. Nello specifico ne ho formulate cinque indispensabili per migliorare la qualità del nostro lavoro, e quindi la salute del bambino o di chi sta avendo un figlio (o vuole diventare genitore). Queste sfide possono essere pensate come i punti cardinali attraverso i quali noi, dell'Area Perinatale SIPRe Milano, ci orientiamo in un ambito così complesso e, apparentemente, così lontano dal mondo psicoanalitico, come quello materno infantile.

- 1) Riflettere sulla funzione genitoriale e sul significato che ha per noi diventare genitore o figlio, scollegandola dalla questione biologica o di genere

Lavorare in questo ambito impone la necessità di cercare di riconoscerci e di riflettere su quale sia la nostra idea del 'diventare genitori' e dell' 'essere figli'. Ci richiede di esplorare il significato che hanno avuto per noi queste esperienze, come le maneggiamo o come ci influenzano nella vita, nella pratica clinica e nell'ascolto dell'altro.

‘Mai come in questo campo, la genitorialità e l’essere figlio sono oggetto di studio e soggetto che osserva - con tutti i suoi a priori - l’oggetto di studio’ (Florita, 2020).

Il nostro essere stati ‘quei’ figli e aver sentito di aver avuto ‘quei’ genitori ha contribuito a impostare il nostro modo di essere, cioè la coerenza che ci siamo dati come sistemi viventi, e interferisce ineluttabilmente sul nostro modo di interagire con bambini e genitori. Peccato che questa configurazione sia così parte di noi da risultare di difficile decifrazione: individuarla è infatti parte integrante del lavoro che si fa in analisi e può essere utile al fine di tracciare con maggiore creatività le traiettorie della nostra vita. Le nostre idee di su ciò che è un genitore e ciò che è un figlio sono certamente attinenti a ‘quel’ soggetto, unico nel suo essere, ma è verosimile che abbiano anche patito l’ascendente culturale e normalizzante della società (per es. ogni bambino deve avere un babbo e una mamma). È affascinante comprendere come i nuovi scenari della filiazione e della genitorialità (l’omogenitorialità, la maternità surrogata, la fecondazione eterologa o la monogenitorialità) stanno diventando una grande opportunità per pensare in un modo nuovo, scollegato dal genere o dalla generatività, al cosa significhi essere genitore. Sebbene queste riflessioni prendano spesso spunto da studi di antropologia e di psicologia, anche le neuroscienze ci aiutano a rivedere i nostri apriori culturali. Alcuni studi sottolineano che la produzione di ossitocina nel post-parto è uguale nelle donne e negli uomini, in particolare quando questi ultimi sono coinvolti nella cura del neonato. Ma non solo. Le donne hanno solitamente un’attivazione dell’amigdala molto elevata nel post-parto a causa della gravidanza e dell’allattamento (Atzil, Hendler, Feldman, 2011). L’attivazione massiva di quest’area è connessa ad un’attenzione primaria nei confronti del neonato, ma rimane inalterata durante tutta la vita del proprio figlio. Non a caso, le donne riescono a percepire nel sonno anche il mugugno più timido del proprio bambino e vigilarlo in uno stato di perenne allerta-cura. Tutti gli studi storici hanno in passato evidenziato la minore attivazione amigdalare nell’uomo riconducendo questo dato ad un presunto substrato neurologico della funzione di cura tipicamente materna. Nello specifico l’amigdala negli uomini raggiunge normalmente un’attivazione pari a un quarto di quella delle donne, quindi drasticamente inferiore. Ma vi è un’eccezione. Questo pattern d’attivazione rimane tale a meno che l’uomo non sia, fin dal primo giorno di vita, il *tutore primario* del neonato (come nelle coppie omogenitoriali). In questa situazione l’attivazione dell’amigdala è identica a quelle delle donne (Abraham *et al.*, 2014). Anche senza gravidanza e allattamento al seno, si può avere un’attenzione e una cura primaria del neonato, e quindi questa funzione (letta dal punto di vista neurobiologico) non ha alcuna specificità di genere, né è per forza legata alla generatività biologica o al legame genetico. Quello che ci racconta la risonanza magnetica è molto di più di quello che appare poiché mette in discussione anni di studi sul padre e sulla madre, sul complesso edipico e su molto altro: ora possiamo renderci conto di quanto abbiamo cercato di ingabbiare il funzionamento umano in teo-

rie precostituite e di quanto le nostre teorie fossero figlie della nostra società. Sentirsi genitori e attivare le funzioni corrispondenti non è un evento ‘naturale’, né dipende per forza da un ‘istinto’: l’istinto materno è un concetto fuorviante e stigmatizzante (per chi non lo sente, e lo costruisce nella relazione con il figlio). Inoltre, se esiste una ‘funzione paterna’ o ‘materna’ questa non andrebbe comunque concepita come corrispondente all’essere biologicamente uomo o donna (Florita, 2020). Come ci suggerisce Birksted-Breen ‘l’anatomia è un dato e ognuno dei due sessi deve cimentarsi con un particolare significato dell’anatomia. Ma non è un dato ciò che ogni individuo ne fa’.

A quanto pare non si può più dire che il padre deve avere la funzione di impartire le norme, castrare o far esplorare, mentre la madre è quella che deve accudire, controllare e nutrire. A quanto pare non dovremmo neanche più parlare di funzione materna o paterna, ma di funzioni genitoriali in senso ampio, e valutarle come qualcosa che attiene alla qualità della relazione con il proprio figlio e che ne determina la sua configurazione e benessere. Insomma potremmo iniziare a pensare che, come sostiene lo psicologo evolutivo Ross Parke, ‘i processi famigliari trionfano sulla forma della famiglia’ e il nostro obiettivo rimane quello di valutare o promuovere una buona relazione con noi stessi, per quello che siamo, e con nostro figlio per quello che è.

2) Includere l’umanizzazione della cure tra i trattamenti scientifici, al pari delle terapie mediche

La premessa è che parlare di ‘umanizzazione delle cure’ è già una forzatura, perché le ‘cure’, per come le intendiamo noi, che crediamo ad un sistema antropologico unitario, dovrebbero essere umanizzate sempre. La cura dovrebbe sempre prendersi carico di tutto l’Io-Soggetto, e quindi del soggetto nella sua unitarietà, che non *ha* un corpo - inteso come oggetto disincarnato di propria pertinenza - ma che è, in sé, un tutt’uno. La cura dovrebbe sempre avere al centro la relazione con l’altro. Questa forzatura nasce dal bisogno di dialogare in un ambito dove la medicina, con la cura della ‘macchina’ corpo, è l’asso di briscola sia in termini terapeutici che di pensiero, e dove la figura dello psicologo è assente o residuale. Detto ciò, per parlare in linguaggio medico, le ricerche scientifiche dimostrano in un modo incontrovertibile che l’umanizzazione delle cure migliora la prognosi. Che la relazione è vitale e curativa. Per esempio, quando si accompagna un genitore a vivere il lutto del figlio fantasmato e l’angoscia di morte, che sono correlati alla nascita pretermine e al dolore del percorso all’interno di una Terapia Intensiva Neonatale (TIN), si sostiene la sua presenza a fianco dell’incubatrice a diventare qualitativamente migliore, in modo che anche il bambino avrà una prognosi migliore. Numerosi studi sottolineano che la presenza di un sostegno psicologico per le coppie con problemi di fertilità non solo favorisce l’elaborazione dei dolori e previene successivi

disagi, ma aumenta la probabilità di avere una gravidanza (Domar *et al.*, 2000). Per non parlare dell'importanza di un adeguato intervento psicologico sul genitore nel caso di lutto perinatale, o parallelamente sullo stesso operatore che, senza sostegno e ascolto, è particolarmente esposto a burnout o alla deriva protettiva della disumanizzazione delle cure. L'idea è che i centri materno infantili si prendano sempre più carico del Soggetto in toto (Soggetto utente ma anche operatore), senza suddivisioni aprioristiche tra corpo e mente: è necessario volgere l'attenzione non solo ad una componente (del corpo) o ad un desiderio (ti faccio avere un bambino), ma a tutto l'Io-Soggetto.

- 3) Evitare il propagarsi di 'Pensieri senza Pensatori' (Bion), cioè adoperarsi affinché i vissuti e sentimenti nei centri materni infantili trovino uno spazio di ascolto e una collocazione (un pensatore)

Anche questa riflessione che appare scontata per chi ha una provenienza psicoanalitica, dove i gruppi di supervisione, intervizione, ecc..., sono all'ordine del giorno, è tutto fuorché banale nel momento in cui la si introduce all'interno dei centri materno infantili. Quindi, sebbene proprio in questo ambito si annidi una delle angosce più spaventose, che è quella del far coesistere nella medesima stanza la vita (e la nascita) con la morte, è veramente raro che a queste equipe venga data l'occasione continuativa di avere uno spazio di ascolto, supporto ed elaborazione. Con la grave crisi sanitaria legata al COVID-19 e il conseguente sovraffollamento delle terapie intensive ci è apparso evidente il bisogno di uno spazio di ascolto da parte degli infermieri e dei medici, che si sono alternati sui social o i media in accorati appelli o SOS lanciati con rabbia o voce corrotta. Ebbene le TIN sono un luogo dove nella quotidianità si ripropone questa asfissiante convivenza tra nascita e morte, dove la vita e la morte distano quel mezzo metro che suddivide le incubatrici o i lettini (Florita, 2016). Ma quanti di questi operatori hanno avuto uno spazio di ascolto dopo l'ennesima morte di un neonato in TIN? A quanti di loro è stato dato lo spazio di elaborare il passaggio dall'onnipotenza derivante dalla nascita, e sopravvivenza, di un bambino di 450 grammi, all'impotenza e al dolore di vederne uno, magari più grande, che imprevedibilmente non ce la fa? Non solo, quanto spazio diamo affinché gli operatori elaborino, ascoltino o si assumano i propri vissuti rispetto ai nuovi scenari legati alla genitorialità? Capita, e non di rado, di sentire operatori che chiusa la porta giudichino violentemente la donna all'ennesimo tentativo di fecondazione assistita, a discapito della relazione con essa che magari è pure reduce da tentativi perpetuati, e dunque da lutti perpetuati. Capita che rispondano in modo secco esprimendo tutto il loro disappunto per quella scelta, di quel genitore, non condivisa o giudicata superficialmente. Insomma le angosce di morte, i

dolori delle nascite complicate da problemi medici (sempre più frequenti con l'aumento delle PMA), i lutti o le scelte di tecniche illegali in Italia ma disciplinate e regolari all'estero (come la maternità surrogata) comportano una serie di vissuti, giudizi e angosce che aleggiano nelle unità di cura materno infantili. Ciò non riguarda solo gli utenti, nonché i futuri genitori, ma anche e soprattutto gli operatori. 'La vera sfida è creare e promuovere spazi di pensiero affinché questi pensieri senza pensatori, queste angosce indicibili, trovino una collocazione e un alloggio. I momenti d'incontro-ascolto per il personale medico (medici, infermiere o ostetriche), particolarmente soggetto a burnout, non possono che migliorare la qualità dello stare sul posto di lavoro, e quindi dell'intervento medico e di supporto alle famiglie, e dunque il benessere della coppia e dei futuri bambini' (Florita, 2020). Partendo dal presupposto che essendo il soggetto unitario, il suo benessere non è competenza esclusiva della sfera bio-medica, i momenti di ascolto ed elaborazione dovrebbero essere equiparati alle riunioni di reparto o ai momenti di formazione medico-clinica, perché il disagio psicologico dell'operatore è a tutti gli effetti correlato alla qualità dell'intervento e alla salute del paziente. A tal fine l'introduzione di un professionista dello 'psi', esperto in psicologia perinatale, diventa quanto mai indispensabile, considerando che il benessere dei soggetti coinvolti nell'ambito materno infantile (genitori, bambini e operatori) è una variabile interdependente e quanto mai necessaria.

4) Tenere sempre presente che diventare genitori è molto diverso da desiderare un figlio, o desiderare di essere incinta

Si può desiderare un figlio, o proprio 'quel figlio' costruito dalle nostre aspettative, ma si può non essere pronti a diventare genitori del figlio che ci capita, che sia biologico o no. Si può desiderare la gravidanza, e quindi desiderare di sentire il proprio corpo funzionante e generatore come quello della propria madre, ma si può non essere pronti alla maternità, cioè alla cura e all'accudimento di quel bambino. Queste distinzioni sono spesso difficili da leggere o intercettare nella sofferenza del genitore, ma possono far parte del travaglio verso la genitorialità. Forse, al di là di qualsiasi giudizio, questa è una delle criticità che più facilmente viene a galla nei soggetti che, dopo una reiterazione ostinata della PMA, sviluppano un disagio o hanno difficoltà ad accettare il figlio che nasce con problemi medici; o, nel caso della maternità surrogata, quando i genitori destinatari non riconoscono (e non 'ritirano') il bambino nato pretermine e a rischio di a-normalità (vedi il celebre caso della piccola Bridget, rimasta orfana e apolide a causa del mancato riconoscimento dei genitori). Sebbene in queste situazioni sembri facile individuare l'impasse, *diventare genitori è molto diverso dal desiderare un figlio* anche nella quotidianità delle famiglie tradizionali, e non soltanto nei casi in cui le innovazioni

mediche urticano la nostra morale: anche le famiglie tradizionali sviluppano disagi e sofferenze legate alla nascita di 'quel figlio' e al lutto del 'figlio immaginato' o della pancia piena. Il passaggio dal figlio desiderato, dall'onnipotenza del generare, al diventare genitori del figlio reale ha spessissimo un qualcosa di luttuoso.

'La gravidanza appare come uno dei momenti in cui il profondo rapporto tra fantasia e realtà può andare incontro a notevoli oscillazioni a favore dell'uno o dell'altra, creando uno sbilanciamento in cui l'aspetto fantasmatico può essere preminente, con la conseguenza di un rallentamento del processo adattivo nei confronti della realtà, oppure, al contrario, vi può essere una forte limitazione delle fantasie per negare la naturale ambivalenza presente nel processo di gravidanza' (Ammaniti, Candelori, Pola, Tambelli, 1995).

La genitorialità non nasce con la generazione biologica (in memoria non abbiamo difficoltà a trovare genitori biologici che non hanno assunto compiti genitoriali), né al momento della nascita (per es., non sempre i padri si sentono tali dalla nascita del figlio), né in corrispondenza di un forte desiderio di avere un figlio, ma ha a che fare con un processo tortuoso, e anche luttuoso, dove s'intrecciano percorsi fantasmatici, immaginativi e di attribuzione di significati che comportano un passaggio identitario ed esistenziale.

5) Includere le ricerche nell'ambito perinatale per la costruzione di teorie psicologiche sullo sviluppo del bambino o sulla psicoterapia

È da anni che l'*Infant Research* e l'*Infant Observation* contribuiscono nell'affinare le teorie del mondo della psicoanalisi e della psicologia in generale. Lo studio del bambino e del suo sviluppo, con metodi e tecniche sempre più raffinate, è diventato fondamentale per arricchire le riflessioni riguardanti la psicoterapia di ogni indirizzo.

Nella psicologia perinatale ho scoperto inaspettatamente una vasta gamma di studi trascurati dalla psicoanalisi. Forse perché molti di questi partono da interessi prettamente 'medici' o legati al funzionamento della 'macchina corpo', forse per la difficoltà a dialogare con paradigmi e linguaggi assai diversi. Da psicoanalista appassionato di complessità ho sempre guardato con grande interesse anche alle ricerche meno affini al mondo 'psi'. Ho sempre creduto che il soggetto, l' 'Io-Soggetto' (Minolli, 2015), sia unitario - l'unitarietà mente-corpo è ontologica - e dinamico, ma anche complesso e non lineare, e che benché il dialogo tra le scienze sia faticoso, ci permetta di complessificare il nostro pensiero. L'Io-Soggetto si sviluppa tramite un processo fluido auto ed eco-organizzativo. Per esempio il nostro DNA è costituito da 100mila geni, ma nel solo cervello si annoverano circa un milione di miliardi di sinapsi: non ci sono abbastanza geni per spiegare tutta la struttura del nostro cer-

vello. Il cervello non è precostituito dalla natura, se non a un livello macrostrutturale, mentre il microfunzionamento (le sinapsi) è esito delle relazioni primarie e con l'ambiente. Il genoma contribuisce a fissare un quadro generale dei circuiti, ma il quadro dettagliato si forma anche grazie all'influenza ambientale. Non vi è sviluppo senza l'interazione tra auto ed eco-organizzazione, sebbene i cambiamenti nel sistema vivente siano sempre autopoietici, cioè prodotti dal sistema stesso nel suo interno (De Robertis, 2005). L'esterno non cambia l'Io soggetto, ma può 'facilitarne' movimenti, senza dirigerli o orientarli, in quanto parte delle relazioni 'eco'. All'interno di questa prospettiva, 'anche la psicoterapia può essere pensata come un processo di automutua organizzazione tra sistemi complessi o meglio, come direbbe Bateson, una 'coevoluzione' tra sistemi viventi' (Florita, 2012).

Date queste brevissime premesse teoriche, torniamo alla psicologia perinatale. Tra i tanti studi sulla neurofisiologia del bambino, c'è un filone che ho trovato sorprendente: quello sul tocco. Ora proverò a introdurvi all'interno di queste ricerche, con l'obiettivo di tessere una trama unica tra questo filone, le riflessioni inerenti allo sviluppo del bambino, il funzionamento dell'adulto e la psicoterapia.

Innanzitutto sapete che nel grembo della mamma il bambino passa moltissimo tempo a toccarsi? Sì, tocca se stesso continuamente, anche grazie alla posizione raccolta nel quale si trova, e tocca anche la parete dell'utero. Tutto questo toccarsi pare che abbia un enorme valore per lo sviluppo sensomotorio delle mappe interne. Tanto è vero che i bambini nati pretermine, che una volta usciti nati non riescono più a toccarsi con regolarità (né sono toccati e contenuti dal grembo materno), tendono ad avere mediamente più problemi di percezione corporea (Ferrari, 2017).

E lo sapete quale è una delle cose che fa più spesso una madre quando nasce suo figlio? Senza rendersene conto la madre passa grande parte del tempo a toccare il bambino, infatti si stima che a 5 settimane di vita il tempo di contatto durante il giorno è in media di 9 ore e 7 minuti (N=1055 diadi) e, a seconda delle madri, può arrivare fino a 23 ore al giorno (Moore *et al.*, 2017), mentre a 6 mesi è stato registrato che avvenga mediamente tra il 55% e il 99% del tempo in cui interagiscono madre e bambino (Jean & Stack, 2009).

Non credo che sia azzardato ipotizzare che il tatto sia proprio uno dei più importanti canali di comunicazione durante le interazioni madre-bambino (Moszkowski & Stack, 2007).

La pelle è un organo e non serve solo per proteggere, ma anche per relazionarci. Se ci pensate ha veramente delle peculiarità uniche. Nulla come la pelle ci fa sentire profondamente la presenza dell'altro (non a caso il tatto è uno dei primi sensi ad arrivare e l'ultimo ad andarsene), ma allo stesso tempo ci protegge e ci permette di delimitare i confini affinando la sensazione di noi stessi come distinti dall'altro. Il tatto è anche uno degli organi che racchiude più evidentemente i presupposti della complessità: è l'intreccio tra essere (ed

auto-regolarsi) e essere in relazione (eco-regolarsi). Insomma, non si può essere toccati senza toccare. Non si può toccare, senza essere toccati.

Date queste premesse, va tenuto presente che c'è contatto e contatto, o meglio, c'è tocco e tocco. E ogni tocco, a seconda delle caratteristiche, attiva fibre e dunque aree cerebrali differenti.

Esistono infatti due grandi gruppi di fibre legate al contatto: fibre a conduzione rapida 'A' e fibre 'C', a conduzione lenta. Per anni si è sempre pensato che il tatto dipendesse unicamente dalle fibre di tipo A-beta, mieliniche e a conduzione veloce, mentre si riteneva che le fibre sottili mieliniche A-delta e la fibre amieliniche di tipo C codificassero solo la nocicezione, il prurito e la termocezione, ma NON il tatto (McGlone, Cerritelli, Walker, & Esteves, 2017).

Nonostante il collegamento con il tatto sia un'acquisizione recentissima, la presenza nella cute di fibre nervose 'C', mecano-sensitive amieliniche 'lente', è stata scoperta per la prima volta nel gatto moltissimo tempo fa, da Zotterman, negli anni Trenta (Zotterman, 1939): in passato, le uniche fibre considerate responsabili del senso del tatto erano, come anticipato, le fibre mieliniche 'veloci', a scapito delle fibre C, trascurate come poco rilevanti fino a tempi recentissimi.

La vera peculiarità delle fibre C tattili (CT) è che non solo si attivano al tatto, ma rispondono specificamente e solamente al tocco delicato (*gentle touch*) o, in termini più colloquiali, alla carezza. Per attivare queste fibre e per dar vita a quel tocco carezzevole bisogna rispettare 3 caratteristiche che hanno a che fare con la temperatura, la velocità-movimento e il luogo.

- i) La temperatura deve essere quella tipica cutanea e cioè circa 32°C (Ackerley *et al.*, 2014).
- ii) Il movimento deve avere una velocità pari circa ai 3 cm/sec (Loken, Wessberg, Morrison, McGlone, & Olausson, 2009) e quindi non deve essere né troppo veloce, né troppo lento (McGlone, Wessberg, & Olausson, 2014).
- iii) Ultima caratteristica è che i recettori delle fibre CT non sono mai stati trovati nella pelle glabra (Vallbo, Olausson, & Wessberg, 1999), cioè in aree del corpo con totale assenza di pelo (come il palmo della mano e l'area plantare del piede) e quindi si suppone che siano presenti solo nella pelle pelosa. Infatti le fibre CT sono numerose sul viso, sulle braccia (Loken *et al.*, 2009) e sulle gambe.

Quando noi veniamo toccati normalmente, le sensazioni vengono condotte attraverso fibre mielinizzate nella corteccia somatosensoriale. Più è intenso lo stimolo, più la risposta è veloce e intensa.

Le fibre CT invece vengono stimulate solo in concomitanza di una leggera pressione sulla pelle, un tocco dolce e carezzevole. Le afferenze tattili C sono collegate a specifiche aree del cervello: la corteccia insulare, il solco temporale superiore posteriore, la corteccia prefrontale mediale e la corteccia cingo-

lata anteriore. Queste aree sono ormai note per essere attivate, in contemporanea, esclusivamente dal tocco affettivo (McGlone *et al.*, 2014).

A questo punto vi chiederete, di che cosa si occupano la corteccia cingolata anteriore e l'insula?

La corteccia cingolata anteriore si occupa, tra le varie cose, dell'attenzione focalizzata, della regolazione emotiva e delle stimolazioni tattili piacevoli. L'insula, che è una delle *prime* aree cerebrali a differenziarsi e a maturare *precocemente* (a 27 settimane è giunta quasi a maturazione), può essere definita come un vero e proprio HUB del cervello. Infatti oltre alle emozioni sociali, in essa vengono elaborate le percezioni enterocettive.

L'enterocezione è un concetto complesso. Inizialmente si identificava come '*body-to-brain axis of sensation concerning the state of the internal body and its visceral organs*' (Sherrington, 1948), cioè 'l'asse corpo-cervello delle sensazioni relative lo stato interno del corpo e dei suoi organi viscerali'. Con il tempo, e gli studi nell'ambito, ci si rese conto che questo processo andava maggiormente articolato in termini più inclusivi e ampi (Cameron, 2001; Craig, 2016).

Attualmente l'enterocezione può essere definita come il processo attraverso il quale il sistema nervoso centrale percepisce, integra ed interpreta la comunicazione endogena, derivante da tutto l'organismo, fornendo una rappresentazione complessiva interna, che può essere sia consapevole che inconscia, e che viene aggiornata continuamente al fine di perseguire molteplici funzioni (Craig, 2016; Khalsa *et al.*, 2018).

Queste informazioni enterocettive, attivate dal tocco gentile-carezza, sono di natura sia consapevole che non, e sembrano avere a che fare con un grande momento di appropriazione di ciò che sta avvenendo internamente nel momento dato. In quell'istante di attivazione dell'insula, è come se si arrivasse a una vera risposta, a un 'come sto' o 'cosa sta avvenendo dentro di me' (Craig, 2016). Nel culmine del processo enterocettivo avviene una profonda integrazione dei dati interni (viscerali e non), che hanno come effetto un'amplificazione del senso di unità interno (Quadt, Critchley, & Garfinkel, 2018) o, come diremmo noi, dell'essere 'Io-Soggetto' in quel dato momento. Nell'istante in cui avviene quel tocco dolce, vi è dunque un vero e proprio momento di espansione della coscienza di sé (che nel caso del bambino è una coscienza grezza e corporea), con un aumento dell'attenzione e della regolazione emotiva. Visto che partivamo dal tocco dolce e delle afferenze delle fibre CT, per concludere è opportuno evidenziare che, oltre ad essere piacevoli, gli effetti delle carezze rispetto ai parametri fisiologici del neonato sono veramente di vitale importanza: stabilizzano il battito, migliorano la saturazione, aumentano l'attenzione. Nei bambini nati gravemente pretermine non è detto che la carezza sia riequilibrante e piacevole, a causa dell'imaturità che può riguardare anche le fibre CT. In questa fase della vita (in cui il contatto fisico non è previsto in natura) l'imaturità del sistema somatosensoriale potrebbe causare una sensazione di

continuo dolore, al momento del tocco. Tradotto in termini semplici, accarezzare fa bene, ma solo quando i tempi sono maturi.

Torniamo al bambino nato a termine. Come suggerisce anche Rosario Montiroso, il *gentle touch* promuove

‘un livello di consapevolezza più complesso di una semplice coscienza in risposta a stimoli esterni, poiché fornisce un supporto al Sé come entità che sperimenta emozioni, contribuendo a dare una struttura - tramite i substrati neuroanatomici - e quindi espandendo la coscienza del bambino’ (Montiroso, 2020).

Se ci pensate siamo partiti da un evento fisico e relazionale, il tocco, e parlando di uno specifico tocco - carezzevole, caldo, lento e nel posto giusto siamo arrivati a parlare di un momento di *‘espansione diadica’*, di attivazione di un processo enterocettivo, cioè di presenza a sé stessi, tramite una relazione a due. Ora possiamo rispondere in modo nuovo alla domanda sul perché le mamme accarezzano i loro bambini? Perché gli stanno co-creando il corpo (Montiroso, 2020), o meglio agevolano l’esperienza di sentire il confine del corpo e di sé, e dunque stanno promuovendo l’espansione della coscienza del bambino, e del *‘sistema soggetto’* nella sua unitarietà. In quel momento il bimbo è un po’ più presente a sé stesso.

Quel contatto genera una situazione di profonda intimità ed è da quell’intimità che il bambino distingue il suo corpo, lo sente, ne sente i limiti, integra le informazioni e si percepisce, presente, nell’essere vicino (ma non fuso) all’altro.

Tutta questa premessa aveva esattamente questo scopo: far cogliere come, nei primi mesi di vita le carezze sono uno strumento per co-creare il sistema bambino. Il sistema Io-Soggetto tramite il con-tatto, che, come direbbe Morin, è una miscela indistinta tra auto ed ecoregolazione, ha veri e propri momenti di espansione della coscienza e quindi di complessificazione del sistema stesso che, grazie ad essi, si evolve e si sviluppa.

Ma non solo. Se vogliamo spingerci oltre c’è un’altra riflessione che terrei a condividere.

Per chi lavora in un setting clinico è evidente: ci sono momenti in cui un’interpretazione o una semplice parola hanno un effetto enorme sull’altro, aiutandolo ad arrivare ad una maggiore presenza a sé stesso, altrimenti definibile come un passaggio di livello di coscienza, un momento di alta integrazione, un’autocoscienza incarnata o un momento presente. Quelle parole, o quegli interventi, creano istanti di profondo con-tatto, e quindi di intimità, che innescano la sensazione di aver toccato l’altro profondamente, promuovendo il processo enterocettivo. Si tratta di interventi che, per funzionare ed essere percepiti come stimolo, devono avere il timing giusto (non quando i tempi sono prematuri e a 3 cm al secondo), il giusto calore (32° che è il calore dei corpi) e non devono essere effettuati quando il paziente è troppo scoperto (sulla pelle troppo glabra). Sono momenti in cui si tocca e, nel contempo, come con la pelle, si viene toccati. Sono piccoli miracoli, che promuovono espansioni e proprietà emergenti dei sistemi complessi.

Forse in quei contatti intimi si attiva l'insula, forse la presenza a sé stessi ha proprio a che fare con questo processo somatosensitivo, e, forse, se potessimo guardare dentro al cervello, potremmo scoprire qualcosa di simile a ciò che avviene con quei tocchi dolci. Forse la chiave per leggere la caratteristica di quegli interventi è vederli come momenti unici di contatto, dove le parole hanno un peso parziale, se non sono inserite in un'atmosfera d'intimità tra corpi, che scaturisce solo nel momento giusto, nel luogo giusto, con i tempi giusti e con il giusto calore. Forse sono momenti che descrivono e raccontano lo stabilirsi di una relazione profonda, perché, non a caso, la *qualità della relazione* tra terapeuta e paziente (insieme alla durata del percorso cioè >1 anno ovvero più di 50 sedute) è il fattore terapeutico principale della psicoterapia, al di là dell'orientamento teorico o delle tecniche utilizzate (Baldoni & Campailla, 2017).

Ripensando a questo parallelismo, forse avventato, ma sicuramente poetico, mi viene in mente quanto nella psicoterapia e nella relazione con l'altro siano importanti queste intuizioni della psicologia perinatale. Non toccare mai l'altro quando ha la pelle troppo glabra; l'altro deve poter sentire di difendersi, anche solo con una lieve peluria, per non sentire quell'avvicinamento e quel contatto come minacciosi. Non bisogna essere troppo freddi, come schermi grigi, ma neanche troppo caldi e drammaticamente coinvolti; dobbiamo raggiungere quei 32° che ci fanno percepire corpo e persona come l'altro perché è solo così che si raggiunge l'intimità. Bisogna scegliere i tempi giusti, e non dobbiamo avere fretta, ma neanche essere troppo lenti, il timing nel contatto è fondamentale, ed è l'effetto di una contemporaneità di momenti giusti per entrambi i soggetti in causa. Ogni soggetto è a sé, qualcuno è più glabro in un punto, qualcuno in un altro; qualcuno non può essere toccato sul braccio perché s'è già scottato, qualcuno preferisce la gamba; qualcuno accarezza con la mano sinistra qualcuno con la destra e non c'è equazione per ricreare quella piacevolezza se non accettare l'unicità nostra e dell'incontro tra due pelli. Perché solo così promuoveremo quel processo enterocettivo di presenza a sé stessi, e dunque daremo una mano all'altro a sentirsi e integrare, ad un livello più elevato, tutto ciò che sta avvenendo in quell'io-soggetto in quel momento dato. Che si parli di paziente o di un bambino, la nostra presenza non dovrebbe quindi essere volta al cambiamento dell'altro; la nostra presenza deve essere carezzevole e rispettosa, con il paziente come con il bambino, perché solo così facendo l'altro potrà cogliere a pieno sé stesso, i suoi confini e le sue risorse, migliorando la qualità del rapporto con ciò che realmente è.

Per toccare non si può fare a meno di farsi toccare. Perché è solo essendoci, prendendo contatto con noi stessi per come siamo, facendoci sentire umani e caldi, presenti, misurati e rispettosi delle difese, che possiamo aiutare l'altro ad entrare in contatto più o meno cosciente con sé, integrare le informazioni interne, determinare i suoi confini e limiti, e muoversi più libero e creativo nel mondo. Un vero miracolo.

'Una conversazione intima con una persona a noi cara per me è uno dei massimi piaceri che la vita regala. Ma perché una conversazione del genere si possa sviluppare, è necessario un partner che sappia ascoltare e nello stesso tempo confessare. Capace di franchezza, ma non intenzionato a ferire. Imprevedibile ma non minaccioso. E, naturalmente, è necessario il tempo. Che entrambe le parti abbiano abbastanza tempo per scendere in profondità. Ed è indispensabile un luogo. Che permetta a tutto questo di accadere.

Insomma, un vero miracolo, che si verifica solo di rado'

(E. Nevo, 'L'ultima intervista').

BIBLIOGRAFIA

- Abraham, E., Hendler, T., Shapira-Lichter, I., Kanat-Maymon, Y., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2014). Father's brain is sensitive to childcare experiences. *PNAS*, *111*(27), 9792-9797. doi:10.1073/pnas.1402569111.
- Ackerley, R., Backlund Wasling, H., Liljencrantz, J., Olausson, H., Johnson, R.D., & Wessberg J. (2014). Human C-tactile afferents are tuned to the temperature of a skin-stroking caress. *Journal of Neurosciences*, *34*(8), 2879-2883. doi:10.1523/JNEUROSCI.2847-13.2014.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., Tambelli, R. (1995). *Maternità e gravidanza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Atzil, S., Hendler, T., & Feldman, R. (2011). Specifying the neurobiological basis of human attachment: Brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology*, *36*(13), 2603-2615. doi:10.1038/npp.2011.172.
- Baldoni, F., & Campailla, A. (2017) Attaccamento, working alliance e relazione terapeutica: cosa rende efficace una psicoterapia? *Giornale italiano di psicologia*, *4*(4), 823-848. doi:10.1421/88770.
- Cameron, O. (2001). Interoception: the inside story - a model for psychosomatic processes. *Psychosomatic Medicine*, *63*(5), 697-710. doi:10.1097/00006842-200109000-00001.
- Craig, A.D. (2016). *How do you feel? an interoceptive moment with your neurobiological self*. Princeton, NJ: Princeton University Press. doi:10.1515/9781400852727.
- De Robertis, D. (2005). Le logiche dei sistemi complessi: un potenziale per la teoria e la clinica psicoanalitica. *Ricerca Psicoanalitica*, *16*(3), 319-328.
- Domar, A.D., Clapp, D., Slawsby, E.A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, *73*(4), 805-811. doi:10.1016/s0015-0282(99)00493-8.
- Ferrari, F. (a cura di). (2017). *Il neonato pretermine. Disordini dello sviluppo e interventi precoci*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2011). *L'intreccio: neuroscienze, clinica e teoria dei sistemi dinamici complessi*. Milano: FrancoAngeli.
- Florita, M. (2012). *Alice, il porcospino e il fenicottero*. Rimini: Guaraldi Editore.
- Florita, M. (2016). *Come respira una piuma*. Roma: Edizioni Ensemble.
- Florita, M. (a cura di). (2020). *Benessere e cura nell'esperienza perinatale*. Milano: Ordine degli Psicologi della Lombardia.
- Imbasciati, A., & Cena, L. (a cura di). (2017). *Psicologia clinica perinatale*. Milano: FrancoAngeli.
- Jean, A.D.L., & Stack, D.M. (2009). Functions of maternal touch and infants' affect during face-to-face interactions; New directions for the still-face. *Infant Behavior and Development*, *32*, 123-128. doi:10.1016/j.infbeh.2008.09.008.
- Khalsa, S.S., Adolphs, R., Cameron, O.G., Critchley, H.D., Davenport, P.W., Feinstein, J.S., Feusner, J.D., Garfinkel, S.N., Lane, R.D., Mehling, W.E., Meuret, A.E., Nemeroff, C.B., Oppenheimer, S., Petzschner, F.H., Pollatos, O., Rhudy, J.L., Schramm, L.P., Simmons,

- W.K., Stein, M.B., Stephan, K.E., Van den Bergh, O., Van Diest, I., von Leupoldt, A., & Paulus, M.P. (2018). Interoception and mental health: a roadmap. *Biological psychiatry. Cognitive neuroscience neuroimaging*, 3(6), 501-513. doi:10.1016/j.bpsc.2017.12.004
- Loken, L.S., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Olausson, H. (2009). Coding of pleasant touch by unmyelinated afferents in humans. *Nature Neurosciences*, 12, 547-548. doi:10.1038/nn.2312.
- McGlone, F., Cerritelli, F., Walker, S., & Esteves, J. (2017). The role of gentle touch in perinatal osteopathic manual therapy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 72, 1-9. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.11.009.
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron*, 82(4), 737-755. doi:10.1016/j.neuron.2014.05.001.
- Minolli, M. (2015). *Essere e Divenire. La sofferenze dell'individuo*. Milano: FrancoAngeli.
- Montirosso, R. (2020). Intervento al Corso di Alta Formazione in Psicologia Perinatale e care; Milano, 08 febbraio 2020.
- Moore, S.R., McEwen, L.M., Quirt, J., Morin, A., Mah, S.M., Barr, R.G., Boyce, W.T., Kobor, M.S. (2017). Epigenetic correlates of neonatal contact in humans. *Development and Psychopathology*, 29(5), 1517-1538. doi:10.1017/S0954579417001213.
- Moszkowski, R.J., & Stack, D.M. (2007). Infant touching behaviour during mother–infant face-to-face interactions. *Infant and Child Development*, 16(3), 307-319. doi:10.1002/icd.510.
- Quadt, L., Critchley, H.D., & Garfinkel, S.N. (2018). The neurobiology of interoception in health and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1428(1), 112-128. doi:10.1111/nyas.13915.
- Sherrington, C.S. (1948). *The integrative action of the nervous system*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Stolorow, R.D. (1995). Sistemi dinamici, diadici ed intersoggettivi: un paradigma in evoluzione per la psicoanalisi. *Ricerca Psicoanalitica*, 6(2), 123-133.
- Thelen, L.B., & Smith, E. (1994). *A Dynamic Systems Approach to the Development of Cognition and Action*. Cambridge, MA: MIT Press. doi:10.7551/mitpress/2524.001.0001.
- UNICEF. (2014). Retrived from: http://www.unicef.org/videoaudio/PDFs/Current_Issues_Paper_Sexual_Identification_Gender_Identity.pdf
- Vallbo, A.B., Olausson, H., & Wessberg, J. (1999). Unmyelinated afferents constitute a second system coding tactile stimuli of the human hairy skin. *Journal of Neurophysiology* 81(6), 2753-2763. doi:10.1152/jn.1999.81.6.2753.
- Zotterman, Y. (1939). Touch: pain and tickling: an electrophysiological investigation on cutaneous sensory nerves. *Journal of Physiology*, 95(1), 1-28. doi:10.1113/jphysiol.1939.sp003707.

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: 1 ottobre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 6 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:431

doi:10.4081/rp.2021.431

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

FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY | ARTICLE

Psychopathology in the Perinatal Period: Beyond Postpartum Depression

Greta Petrilli*

ABSTRACT. – Having a child has always been perceived as something natural, something simply written in the journey of the life of any couple. However, natural is not a synonym for easy, nor ordinary, and the diverse possible medical and psychological complications are proof that bearing children is actually quite an extraordinary event. Similar to other life events, the birth of a child can be an experience that is accompanied by suffering, that does not always find the right support or adequate clinical answers. In the perinatal period serious psychopathology can exist and can be of varying degrees of severity. In the complexity of becoming a parent and within this we can find useful tools for the comprehension of psychopathology. Having a respectful outlook about these complexities means understanding signs and symptoms of distress that can be of differing intensity. As clinicians we must open ourselves up to the deeper meanings of suffering and be able to respond to medical and psychiatric priority needs. It is an ethical burden for anyone who approaches perinatal psychology to have the adequate knowledge to do so. Clinical and research attention of the perinatal period has in time focused almost exclusively on the mother's postpartum depression, creating an algorithm that has consolidated itself in time: perinatal psychopathology = postpartum depression, but this is reductionist and misleading. The objective of this article is to explore this paradigm and highlight the ordinary and extraordinary complexity that is inherent to 'becoming parents'.

Key words: Motherhood; fatherhood; parenting; psychopathology in the perinatal period; complex emotional experience.

Psychopathology in the perinatal period: the management of vulnerability and opportunity

For many years clinical and research attention in the field of psychopathology during the perinatal period has focused on what happens after

*PhD, Psychologist- Psychotherapist; Member of Area Perinatale-SIPRe Milano; Executive Psychologist at Psychiatry Unit- "Varenna" outpatient service for Perinatal Mental Health, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo. E-mail: gpetrilli@asst-pg23.it

birth, despite the incidence of psychopathology during pregnancy being analogous to that in postpartum. Expecting a child is still seen only as an experience of unconditional happiness in which a woman is 'hormonally protected' (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). This cultural image has led to the underestimation of psychological vulnerability during pregnancy. While it is much more well-accepted that a woman can have physical discomforts, these however can hide her distress. There are many confounding factors: vomit, fatigue, sleepiness, anhedonia, anergia, tension and irritability, which are somatic symptoms generally associated with pregnancy (Howard, Piot, & Stein, 2014), make it difficult to identify underlying anxiety and depressive disorders (Lee *et al.*, 2007). Disregarding the somatopsychic unity of a woman as an individuum (Adler, 1956) - who cannot be divided into 'components' such as those conventionally used: physical and psychological - one runs the risk of overestimating the psychological origin of somatic disorders (Yonkers, Smith, Gotman, & Belanger, 2009) or, on the other hand, of underestimating it and attributing these disorders exclusively to those that are part of the normal pregnancy process (Klein & Essex, 1994).

By examining the data, the incidence of maternal depression changes depending on the period that is being observed: during pregnancy it varies between 14% and 23% of pregnant women, in the time immediately postpartum so within the first 72 hours it is 11%, while it is around 17% in the first 3 months of life after birth. The incidence of depression is around 30% if we consider up to a year's time after the birth (Cox, Sowa, Meltzer-Brody, & Gaynes, 2016).

The results of an American study show that 33% of postpartum depression starts during pregnancy and 27% before it. Furthermore, evidence suggests that there could be a prevalence of major depressive disorder symptoms during pregnancy compared to the postpartum period (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014).

It is therefore important to broaden our attention beyond the postpartum period because pregnancy seems to be a period of extreme vulnerability. Underestimating pregnancy as a period of vulnerability is a shortcoming that has just as many implications for the mother and father, as it does for the child/future adult (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016).

It is now widely recognised that depression, anxiety and stress during pregnancy have significant long-term consequences on the mother and her child (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Glover, 2015) and that the emotional state of the mother has an influence on the foetus that is developing (Lautarescu, Craig, & Glover, 2019).

For the mother the presence of an anxiety disorder or mood disorder during gestation is in fact included among the principal risk factors for developing postpartum depression (Biaggi *et al.*, 2016). Moreover, the presence of

psychopathology during pregnancy is correlated to an increased risk of abusing alcohol and drugs, smoking, engaging in risky behaviours and malnutrition (Marcus, 2009; Biaggi *et al.*, 2016). Various studies report that mothers affected by anxiety or mood disorders have neglectful behaviours with regard to the pregnancy, such as a late access to health services, gynaecological appointments and ultrasound check-ups (Biaggi *et al.*, 2016). High levels of stress and psychopathologies are correlated with an increased risk of pre-eclampsia and maternal hypertension (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014).

In addition, but no less important, the presence of psychopathologies can negatively influence the mother's self-perception, her expectations on her maternal experience and the delicate construction of the mother-child bond (Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000).

For the new-born and future child, the emotional state of the mother and, more generally, high stress levels, can have consequences on a short-, medium- and long-term (Glover & Capron, 2017; Lautarescu *et al.*, 2019). Prospective, retrospective and longitudinal studies demonstrate this both in animal models and human cohorts, via genetic and biological indicators (Molenaara *et al.*, 2019; Hannigan *et al.*, 2018).

The interaction between a mother (environment) and foetus is complex and dynamic, and to this day is still being investigated, however, some possible mechanisms through which psychopathology and maternal stress can impact foetal development have already been analysed.

It is important to underline that no one condition, even the most unfavourable, can be conceived as an inevitable destiny; when we consider the possible consequences we are observing the result of a complex and extraordinary interaction between genetics, environment, risk factors, protection factors, mediator factors and an individual's ability for neuroplasticity, for recovery and repair.

Exposure to stress and psychopathology in the prenatal period are associated with neurobehavioral alterations that can persist from birth up until late adolescence (Stein *et al.*, 2014), with consequences that range from cardiovascular problems (Stirrat *et al.*, 2018) to psychiatric ones (Krontira, Cruceanu, & Binder, 2020). More specifically, among the main possible short-term consequences we can list the following: premature birth, low weight at birth, smaller head circumference (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014); in the medium- to long-term: anxiety, depression and stress during the prenatal period are associated with a higher risk of emotional problems (anxiety and depression in particular), cognitive development disorders and ADHD symptoms (Biaggi *et al.*, 2016; Glover, 2014; Stein *et al.*, 2014).

These risks, however, are not inevitable (Stein *et al.*, 2014). Regarding the potential consequences of stress and psychopathology in a perinatal period, it has been widely demonstrated that certain so-called mediator or moderating factors have an effect, such as: the presence of social support, socio-economic

status, the severity and duration of the stress or of the psychopathological disorder, the presence of a partner, the absence of conflict within the couple, the family atmosphere and the quality of parenting (Stein *et al.*, 2014).

The pregnancy period is a real temporal window of opportunity where it is possible to act in a preventative sense with immediate positive and future effects. Giving value to gestation means increasing the possibility of dealing with vulnerability and its possible consequences. It is the time in which we must try to seize the opportunity to meet with the future mother and the couple - much more so than in the postpartum period - and these meetings can be a concrete opportunity of prevention and early intervention.

Psychopathology in the perinatal period: postpartum depression and more

Psychological suffering in the perinatal period can present itself in different ways, from distress to a genuine psychopathology, up to conditions of medical emergency. In all these manifestations one must accommodate them adequately in a clinical setting.

Pregnancy and the birth of a child, disruptions in a woman's existential experience, can bring with them a potential for change and vulnerability, which for some mothers and fathers constitutes a risk in and of itself for developing or re-exacerbating (if already present), true forms of psychopathology.

For decades we have focalized on postpartum depression as the only psychopathological manifestation linked to the perinatal period, but in reality, the entire range of nosographically distinct disorders can become exacerbated if they are already present in one's personal history or can manifest for the first time, *new onset* (Smith *et al.*, 2011). The acronym PMAD, *Perinatal Mood and Anxiety Disorder*, establishes an important recognition of this in the scientific and clinical fields, as within the PMAD 'category' the spectrum of depressive, anxiety, obsessive compulsive, post-traumatic stress disorders as well as postpartum psychosis are included (Byrness, 2018).

It is beyond the scope of this article to describe the different forms of psychopathology; I will limit myself to emphasizing that it is nonetheless necessary to contextualize them with all their peculiarities in this specific period of life for an adequate comprehension of their manifestation.

Postpartum depression remains the only disorder of the perinatal period recognized by the DSM starting from the IV edition; comparing the diagnostic criteria within this edition for a depressive disorder, the only peculiarity linked to postpartum depression is to consider this period as the onset. It is only in the last edition that it has been expanded to the time during pregnancy and up to 6 months postpartum (before it was 4 months)

and the concept *peripartum onset* has been introduced (American Psychiatric Association [APA], 2016; www.postpartum.net). The peak incidence of postpartum depression has been estimated as being during the fifth and ninth month after the birth of a child, but there are numerous indications that, in the face of clinical evidence, clinicians should be urged to consider the entire first year postpartum (APA, 2016; www.postpartum.net).

Although it has not been made explicit, PPD (postpartum depression) often exhibits comorbidity with other disorders such as generalized anxiety disorder, specific phobias, obsessive-compulsive disorder, PTSD and personality disorders (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014). Additionally, often the depression is secondary to the presence of for instance an anxiety disorder, but the lack of recognition of the latter in clinical and research settings endorses the underestimation of disorders that are not depressive ones (Ali, 2020).

Over time a distinction between *maternity blues*, postpartum depression and postpartum psychosis has been consolidated: this classification certainly conveys the idea of different nuances of severity but can be misleading as it ignores the event of pregnancy and reduces everything to the mood disorder spectrum.

Maternity blues is very frequent, estimated to affect around 50% (Ali, 2020) or 40%-80% of women who have recently given birth (www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml) and seems to be mainly associated with the sharp drop in oestrogenic hormones after delivery. It manifests with emotional lability, crying easily, tension, restlessness and feelings of inadequacy. It presents in the first few days after birth and tends to resolve spontaneously in a few days (Ali, 2020). *Maternity blues* can be considered an alarm bell: for women who develop maternity blues 20% can go on to develop postpartum depression (Kennerley & Gath, 1989). Postpartum psychosis is considered the most severe condition of all, it represents 1-2 cases per 1000 births and should be considered a real emergency that needs immediate medical intervention (Jones, Chandra, Dazzan, & Howard, 2014).

As perinatal psychologists we must make sure that women feel as best they can, we must be aware that the job of a psychotherapist takes time and that certain conditions cannot and must not wait. The work of a psychotherapist is not mutually exclusive in terms of the need for psychiatric intervention: multidisciplinary discussion and collaboration are fundamental.

Acknowledging the existence of severe psychopathologies even during the perinatal period does not mean pathologizing the experience of maternity but rather safeguarding it. On the other hand, suffering must not be simplified or normalized. The physiological disorientation, the maladjustment,

the different manifestations of psychological distress and the frank forms of psychopathology of both the mother and father, can find a key for comprehension and treatment in the complexity of becoming parents, as the conclusive paragraph of this paper will try to illustrate.

The psychopathological manifestations in the perinatal period have a multifactorial origin and they arise from a complex interaction of different risk factors: genetic, biological, and environmental, that can assume meaning that is tied to the subject, to the 'use' that the subject makes of them, and the specific moment of interaction and the persistence of its presence (Petrilli, Anniverno, Ferrari, & Mencacci, 2010; Stein *et al.*, 2014; Biaggi *et al.*, 2016).

Scientific literature registers the following among its principal risk factors (*versus* protection factors) for developing psychopathologies in the perinatal period: positive anamnesis for previous psychopathologies, a family history of psychiatric disorders, previous postpartum depression, a family history of postpartum depression, anxiety during pregnancy, low socio-economic status, hormonal vulnerability, an unexpected or unwanted pregnancy, absence of social support, absence of a partner or an unsupportive partner, pregnancy complications, labour complications or new-born complications, premature birth, stressful events during pregnancy, interpersonal violence, and dysfunctional personality traits (Biaggi *et al.*, 2016; Byrness, 2018).

An accurate analysis of risk factors is useful for the comprehension of the distress condition but also for the choice of treatment course. Not only this, but every risk factor also constitutes a possible focus for prevention.

For example, as clinicians, knowing that the presence of anxiety during pregnancy is a risk factor for the development of postpartum disorders means informing the couple and urging them to examine these anxious symptoms in depth during pregnancy; or, knowing that 20% of maternity blues cases can evolve into postpartum depression is a useful datum for clinicians who can look out for this during the patients' stay in hospital and decide to monitor them in time; or, for the couple who will become future parents, being aware of these issues is useful and they may keep an eye out for them and take action if they deem it necessary. All of this is only possible if we give them the correct information and, prior to this, that clinicians who work in the 'world of birth' are opportunely educated.

A possible prevention and sensitization activity is that of informing the couple about the possible risk factors and protection factors. This means giving them an active role in their experience as parents, putting the knowledge into their hands - doing so in an adequate manner and by people who have the competences - so that they can become protagonists of their own well-being and quality of their experience as parents. There remains still much to do in this direction, and we seem to still be far from putting this

approach into action fully, but perhaps the growing interest for perinatal psychology will help to bridge the gap.

Psychopathology in the perinatal period: the partner, the father

The discussion of this topic in this article is not exhaustive and it deserves a more in-depth analysis on its own, however, it is appropriate and in line with the aim of this article, to explore this topic, even if just briefly.

The exclusive prospective of mother-child, which has always dominated the field, should be challenged. The recognition of the role of the father and his mental health are becoming progressively more important in the perinatal period (Stein *et al.*, 2014), but it has in reality been neglected for a long time and has always taken a backseat.

In 1975 Michael E. Lamb's '*Fathers: forgotten contributor to child development*' (Lamb, 1975), which in itself is an explicative title, asserted how, although the father was often forgotten, he had a direct and independent influence on the child from the mother, both in the postpartum period and during pregnancy. The children whose fathers were involved during pregnancy and who were also present during labour (in times in which this was not the common practice), had more positive outcomes during development (Lamb, 1975). Following this, many other longitudinal studies confirmed these results.

The father and his mental health can influence the child directly through the quality of his interaction, via his genetic heritage, and even indirectly through his support of the mother and the contribution to the family environment (Stein *et al.*, 2014). Further, albeit through different mechanisms, the lack of emotional availability of the father, his absence or death can have negative effects on the emotional, cognitive and behavioural development of his children (Glover & Capron, 2017). The mental health of the father has an influence on the development of the child, even during pregnancy (Sweeney & McBeth, 2016). They found that the relationship between the behaviour of the father, the quality of his presence, his mental health and the short-, medium- and long-term consequences is not direct but rather is mediated by the relationship with the mother (Sweeney & McBeth, 2016). The father, together with his ability to be emotionally and practically supportive, is among the more incisive protection and mediator factors in the presence of maternal psychopathology, reducing its extent and impact (Stein *et al.*, 2014).

In the face of this evidence, which shows how much the father is influential, even during pregnancy, the mother cannot be thought of as 100% of the environment of the child that she carries in her womb, because the 'relational environment' (that is, the partner in relationship with the mother and

the baby) seems to prevail: mother and father, as a couple. The mother and father (the couple) together constitute 100% of the environment in which the child is brought up in and the child in turn interacts straight away actively with this environment: from a couple to a triad, becoming a 'we'.

Except for the hormonal upheaval, even the father is subject to the same turmoil as the mother, and even for him the adaptation to a new equilibrium can happen with difficulties that can manifest starting from slight maladjustment up until manifestations of true psychopathology.

The percentage of paternal depression in the perinatal period is only slightly lower than that of mothers, estimated at approximately 11-12% during pregnancy and 8% to 26% in the postpartum period, with an overall of 9% during the perinatal period (Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016).

Paternal affective disorders tend to manifest in a different way compared to women and, although they are frequent, they are often underestimated or undiagnosed, as well as overlooked by research (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017). There are cultural biases, such as the phrase 'males don't cry', and other significant confounding factors: emotional problems and depression manifest differently in men, in 'typically masculine' ways, that is, with aggression, alcohol abuse and withdrawal. There are also social stereotypes which dictate that fathers are not involved as much in parenting and this creates a 'mum-centric' culture for future parents (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017) which gives rise to an exclusion experience in men.

It is difficult to separate the father and his 'being there', because he is part of the whole where complex dynamics are activated. Having a child is often (but not always, such as in the choice of being a single parent) a couple matter, that is, of two subjects, with their individual and couple motivations, expectations and investments in a particular moment in time during their lives. Having a child is a choice - with access to abortion during pregnancy and medical innovations in the field of infertility - which asks the co-protagonists to open themselves up and open themselves up to the other in the couple as well. In the triad there is the child - that child with particular physical and temperamental characteristics - and his/her way of interacting with the mother and father in a reciprocal way that begins even before the birth of the child. The child is dreamt of and anticipated and he or she exists and interacts with the mother and father even before he or she is conceived.

Psychopathology in the perinatal period: concluding considerations

The need to expand the outlook of couples so as to give their child the correct identity is evident. Opening up to the triad that is to come means giving due weight to the woman who will only benefit from this openness,

especially when she is suffering: but focalizing research only on the suffering of the mother is misleading and reductionist (Merisio, 2017). In the face of a woman who is suffering there seems to be only her, and if this aspect is not considered the individual work with the mother risks becoming a setting in which we collude to maternal exclusivity, that does nothing but foster the suffering of the mother herself, creating distance within the couple and separating the mother, father and child.

Even psychopathology represents the 'best' response that the subject takes to confront the innate upheaval of becoming a parent, a response that is not 'exclusively attributable to the intrapsychic world of the woman' (Merisio, 2017, p. 46), nor directly ascribable to her genetic heritage, nor her hormonal make-up, let alone the environment that surrounds her. Rather it has a multifactorial and subjective origin 'it is the system in itself that drives life and it does so always in function of what she can withstand and manage' (Minolli, 2009, p. 103). Becoming parents brings with it the demands of numerous challenges, from this a situation of natural complexity originates.

The couple is asked to 'move from a level of previously obtained consistency, to the construction - neither magic nor omnipotent- of a new level of coherence' (Minolli, 2009, p. 102) and this transition is complex by nature, it can be painful, it can disorient, it can create maladjustments or reach a form of true psychopathology.

So, what causes the mother or father to find themselves in a condition of distress or psychopathology? A subjective interaction, which is unique in individuals who have their own sense of experience of maternity and paternity, with risk and protection factors that they themselves bring and that they find in their environment. An interaction from which the impact of change originates, that generates pathological or physiological crises.

However, change is not the only aspect implicated, below the main are explored. Even the body of a woman faces a strong experience. First of all, it is modified and for some women it deforms according to how they live this change. Subsequently, with labour it is disregarded in virtue of other priorities and this can leave both physical and psychological wounds. Body image and its identity valence are called on and strained. The body also becomes an exceptional container that flourishes and that for some women is difficult to separate from this source of fullness and well-being. All of this does not only occur on a physical level.

Giving birth to a child is in itself a complex emotional experience: from the initial idea of wanting to have a child up to its birth and beyond, the mother and father can find themselves in difficulty for the compresence of emotional states that are apparently contrasting between themselves and can generate anxiety.

Emotional ambivalence is often denied and silenced because it scares

parents or because ‘you can’t say certain things’ or because they fear judgment because they do not feel like they are good parents or parent enough. However, what they do not recognize within themselves or that they do not express can sometimes end up in silent suffering, in depression or in the worst of despairs, which in turn foments feelings of guilt that cannot be spoken of and that can take on exaggerated forms (Galimberti, 2009). We can give voice to the taboos and we can open up to the possibility of not only experiencing joy, it does not mean not being happy or not being able to find happiness. Experiencing fear, anger and sadness does not mean you are less of a parent nor less good at it, but some mothers and fathers cannot say it to each other: the ambivalence is part of the experience of maternity and paternity. Opening ourselves up to this possibility without rejecting it or judging it is the way forward.

Becoming parents is an experience that requires openness and flexibility. It is often the case that people who are inclined towards rigidity and closure, which often go hand in hand with perfectionism and self-criticism and criticism towards others, find themselves in a lot of difficulty in pregnancy and in the postpartum period. This can be due to the fact that no experience more than this one puts you in contact with unpredictability and with the absence of control. This is true starting from when a woman becomes pregnant which usually happens in an unexpected way, even though the couple may have been trying for a child, or too late, when the couple were no longer hoping to have one. The uncertainty tied to when the mother will go into labour, or rather, when the child decides to be born can destabilize further. Moreover, what will the child be like? How will breastfeeding go? How and will I be able to do it? A lot of questions that need to tolerate waiting for an answer.

Change, when one realizes it, disorients subjects that have implemented it, despite the fact it may have been desired. However, we do not talk of this and for this reason, a couple may find themselves lost in front of what they so desired and they may experience anxiety or distress.

Furthermore, for many parents this change must have pre-established characteristics and high expectations, which are sometimes impossible to fulfil. Mother and father often defend themselves against the fear of not having control by sometimes constructing expectations. Furthermore, the incessant search for certitudes within an experience that is by nature uncertain brings about various possible manifestations of distress and symptoms that represent the inevitable encounter with reality. Preparing to be open and flexible is beneficial and the pregnancy period is a good moment to do so. Even in this sense, having a child is a mournful experience. The couple may mourn the ‘ideal’. The ideal of control, the ideal of the self, of the postpartum, of their partner and of the imagined child. One can narrow the gap between ideal and real only through experiencing it. In this way the painful loss of conviction is realized and ‘all will go back to how it was before’, this

pretence/illusion is useful and is often constructed and maintained during pregnancy because it helps to live the change as 'less of a change', as less frightening. The mourning is experienced as a 'myth of maternal love' (Galimberti, 2009) when a mother feels undesired emotions or unexpected ones towards her child and towards her project of becoming a parent. Lastly, it is the mourning of omnipotence, of the 'everything is possible': this belief is present before when the child is only desired and then is present in the womb, everything really seems possible at this stage. However, then one gains awareness of one's impotence, which is the most authentic innate experience of maternity and paternity and it is not infrequent that the difficulty of acceptance of impotence is the basis of suffering that the mother and father can find themselves experiencing.

In the complexity of the maternal and paternal experience there is also the encounter with someone who is different from the self. That other is the partner and the other is the child, both with characteristics that might not correspond with one's expectations, thus it is a love that occupies us in the task at hand, for some it is very difficult and painful, in the development of a social sentiment and in the acceptance of the other for what they really are. 'The other' is also that side of ourselves that we discover only in the moment in which we have a particular experience and that we learn to understand if we are willing, in time. Many men and women, in living as mothers or fathers, surprisingly discover certain skills and resources that they did not know they had; in this sense having a child is an eye-opening experience.

Becoming parents is an evolutionary experience that brings with it pains that we could define as growing pains, unique to this difficulty in moving from child to parent and no longer being just a son or daughter.

Having a child also means experiencing first-hand that wanting a child is different from having a child (Florita, 2021) and that being parents does not automatically mean that you recognise yourself as one.

The experience of parenting is an existential experience because it touches on existential themes like that of choice, of the irreversibility of choice and the definition of the self in that choice, the theme of liberty, responsibility and the search for meaning (Yalom, 1980) and related to this, how difficult is it to find meaning in the choice of having a child that it can unexpectedly cause suffering? How difficult is it to be responsible? How easy is it to delegate outside of oneself this choice and this suffering? How much easier is it to define oneself as an ideal, except for when we feel completely lost, when that ideal and reality do not correspond? In the effort and suffering we lose sight of the fact that it was a choice, an active one, and this aspect must be recovered, conversely the suffering cannot do anything but self-sustain itself and be experienced as something that 'comes from outside' on which we cannot enter and that we can only endure, but this is misleading and involuntal.

In the choice of having a child, more than in others, various fundamental aspirations of man intersect self-actualisation, the *will to power*, the *social sentiment*, the love for others, cooperation and emotional sharing (Adler, 1956). An imbalance between these can betray narcissistic investments or be an index of maladjustment or psychopathology, while their balance is a barometer of mental health (Adler, 1956).

Having a child also touches on the theme of death, in the visceral relationship between life and death, it takes us nearer to death experiences and touches our sense of mortality and, in doing so, we prolong our own existence and partially realize our desire for immortality (Yalom, 1980; Minolli & Coin, 2007).

Last but not least, having a child is a social experience.

We sometimes forget that having a child is giving society a gift, but we cannot omit that the couple is immersed in the society in which it lives and creates in that particular moment in time, in that space, and not in others. How much does society facilitate this defining of oneself? How much does it help in the realization of this desire? How much does it contribute to the isolation of the couple that generates this distress? How much does this suffering find a welcome place? Only in the last few years has the healthcare and territorial setting implemented structured screening and prevention interventions, but there is still much to do in order to build a culture of psychological wellbeing during pregnancy and in the postpartum, in order to uproot certain cultural stereotypes, which are for instance more limiting than the absence of services or dedicated political welfare. Moreover, the changing couple does not recognize itself in a before of becoming parents, but not even in a historical time before. Now, more than ever, we do not have great role models and often those that we have, we criticize, they do not help us, as though we were without a navigation system or a map. The mother was once seen as the figure who was exclusively dedicated and devoted to taking care of the child, and was busy ‘not giving the child bad habits’, reinforcing cultural stereotypes at the expense of needs for tenderness that are innate to human nature and for maternal and paternal intuition (Bortolotti, 2010); in the past the mother had a need to defend herself from the child’s tyranny over the time she had during a day, and this attitude, which we still feel echoed today, made sense for the woman who needed to be protected from something that would have suffocated or engulfed her. Today perhaps we have to re-examine the dimension of sacrifice, that has long been one of the only ways of seeing one’s choice for maternity and paternity and of living parenthood. The father is not a function nor a role, but a protagonist, just like the mother, of an experience that can express itself in ‘innovative choices’ that turn the historical characteristics of the father upside down. Likewise, information from the 24th of June 2020 from ANSA makes us reflect: in the year 2019 32,000 first time mothers left

work, this makes up 73% of all people who resigned from work that year. How much will society allow mother and father to be aligned in their parental roles in practice?

The therapist who wishes to work in this field opens himself/herself up to a very hard, gratifying and interesting job, where great attention must be given to therapist's own experiences and meanings as parent and child.

It is fascinating to accompany a couple in the realization of their project and see life being born through moments of fear and pain. Helping the couple in the loss that is change and the generational mutations without giving them a map, but by cultivating together with the couple a trust in their own creativity and ability so that they can create their own is one of the tasks of a perinatal psychologist.

Reharmonizing the couple on their own protagonism in their desire for change, bringing them back to the naturalness (a term that is erroneously used in the same manner as easy or automatic) of the birthing event before anything else – except for extreme conditions such as unwanted pregnancies or pregnancies that resulted from violence – as a gift, a fruit of love, of passion, vitality and planning.

The opportunity that pregnancy offers goes beyond being a temporal window in which one can intervene preventatively or precociously, because becoming a parent is a push towards ourselves that imposes a new understanding of the self that needs a new vital balance (Merisio, 2017; Minolli & Coin, 2007). If this opportunity is seized, even in its most painful expressions, it has an enormous transformative and evolutionary power. Even in the psychopathological manifestations there are drives towards planning, vital desires that disguise themselves in suffering, to the eyes of most, hiding profound meanings that can be explored and often want to be unearthed.

The task of the therapist is to create a sense of space where we can welcome and observe these most profound meanings, in order to reach a clearer line of vision together, a line of vision that is respectful of all the complexities and make space for a possible new perspective.

Acknowledgements

A heartfelt thanks to Dr. Emi Bondi, director of Mental Health Department and primary of the Psychiatry Unit- ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, Italy, whose sensitivity has given birth to an outpatient service dedicated to the care of mental health in the perinatal period. Heartfelt thanks to all the parents and their children met in recent years at the Varenna outpatient service- Psychiatry Unit-ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, Italy.

I would like to thank my esteemed colleagues from the Perinatal

Department SIPRe-Milano. Special thanks to Claudia Maspero and Valeria Pirro. Thank you to Marcello Florita and SIPRe-Milano for their warm welcome. I would also like to extend my endless gratitude to Romina Coin for her contribution to my personal and professional growth. Thank you to Carmine, Giulia and Ginevra, my family.

REFERENCES

- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books, Inc. [Transl. Ansbacher H.L., & Ansbacher R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler, Psycho*. Firenze. G. Martinelli and C.].
- Ali, E. (2020). Women's experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women's Health*, *10*, 237-249. doi:10.2147/IJWH.S158621.
- American Psychiatric Association (APA). (2016). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - 5th ed. (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baldoni, F. (2016). I disturbi affettivi perinatali nei padri. In P. Grossu & A. Bramante (Eds.), *Manuale di psicopatologia perinatale* (pp. 443-485). Milano: Erickson.
- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. In A. Imbasciati & L. Cena (Eds.), *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 218-239). Milano: Franco Angeli.
- Bennett, H.A, Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric Gynecology*, *103*(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, *191*, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Byrness, L. (2018). Perinatal mood and anxiety disorder. *The Journal of Nurse Practitioners*, *14*(7), 507-513. doi:10.1016/j.nurpra.2018.03.010
- Bortolotti, A. (2010). *E se poi prende il vizio. Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabile dei nostri bambini*. Torino: Il Leone Verde.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*, *206*, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Cox, E.Q., Sowa, N.A., Meltzer-Brody, S.E., & Gaynes, B.N. (2016). The perinatal depression treatment cascade: baby steps toward improving outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, *77*(9), 1189-1200. doi:10.4088/JCP.15r10174.
- Florita, M. (2021). One Cannot Touch Without Being Touched: Why Psychoanalysis Needs to Draw from the Perinatal, and *Vice Versa*. *Ricerca Psicoanalitica*, *32*(1), 9-23.
- Galimberti, U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, *28*(1), 25-35. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- Glover, V. (2015) Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In M. Antonelli (Ed.), *Perinatal programming of neurodevelopment. advances in neurobiology*, vol. 10 (pp. 269-283). New York, NY: Springer.
- Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, *15*, 66-70. doi:10.1016/j.copsy.2017.02.007.

- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- Hannigan, L.J., Eilertsen, E.M., Gjerde, L.C., Reichborn-Kjennerud, T., Eley, T.C., Rijdsdijk, F.V., Ystrom, E., & McAdams, T.A. (2018). Maternal prenatal depressive symptoms and risk for early-life psychopathology in offspring: genetic analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study. *Lancet Psychiatry*, 5(10), 808-15. doi:10.1016/S22150366(18)30225-6.
- Hipwell, A., Goossens, F., Melhuish, E., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157-175. doi:10.1017/S0954579400002030,
- Howard, L.M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *The Lancet*, 384(9956), 1723-1724. doi:10.1016/S0140-6736(14)62040-7.
- Howard, L.M., Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T. Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-88. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Jones, I., Chandra, P.S., Dazzan, P., & Howard, L.M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789-9910. doi:1016/S0140-6736(14)61278-2.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-62. doi:10.1192/bjp.155.3.356.
- Klein, M.H., & Essex, M.J. (1994). Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*, 2(6), 308-314. doi:10.1002/depr.3050020606.
- Krontira, A.C., Cruceanu, C., & Binder, E.B. (2020). Glucocorticoids as mediators of adverse outcome of prenatal stress. *Trends in Neurosciences*, 43(6), 394-405. doi:10.1016/j.tins.2020.03.008.
- Lamb, M. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245-66. doi:10.1159/000271493.
- Lautarescu, A, Craig, M.C., & Glover, V. (2019). Prenatal stress: effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17-40. doi:10.1016/bs.irn.2019.11.002.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W., & Fong, D.Y. (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetric Gynecology* 110, 1102-1112. doi:1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Merisio, A. (2017). *Depressione postpartum. Una questione di famiglia*. Roma: Alpes Italia Editore.
- Minolli, M., & Coin R. (2007). *Amarsi amando*. Roma: Borla.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Molenaar, N.M., Tiemeier, H., van Rossum, E.F.C., Hillegeers, M.H.J., Bocktinge, C.L.H., Hoogendijk, W.J.G., van den Akker, E.L., Lambregtse-van den Berg, M.P., & El Marroun, H. (2019). Prenatal maternal psychopathology and stress and offspring HPA axis function at 6 years. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 120-127. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.09.003.
- Petrilli, G., Anniverno, R., Ferrari, V., & Mencacci, C. (2010). Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts, News & Views*, 10(1), Feb. 2010.
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., & Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- Stirrat, L.I., Sengers, B.G., Norman, J.E., Homer, N.Z.M., Andrew, R., Rohan, M. Lewis,

- R.M., & Reynolds, R.M. (2018). Transfer and metabolism of cortisol by the isolated perfused human placenta. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *103*(2), 640-648. doi:10.1210/jc.2017-02140.
- Sweeney, S., & McBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, *205*, 44-59. doi:10.1016/j.jad.2016.05.073.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy - First Edition*. New York, NY: Basic Books. [Transl. S. Prina. (2019). *Psicoterapia esistenziale*. Vicenza: Neri Pozza Editore].
- Yonkers, K., Smith, M.V., Gotman, N., & Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, *31*, 327-333. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.03.005.
www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 23 September 2020.

Accepted for publication: 13 December 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:352

doi:10.4081/rp.2021.352

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

**FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERinataLE | ARTICOLO**

La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione postpartum

*Greta Petrilli**

SOMMARIO. – Avere un figlio è sempre stato concepito come una cosa naturale, semplicemente scritta nel percorso di vita di una coppia. Naturale non è sinonimo di facile né ordinario e le diverse possibili complicazioni mediche e psicologiche danno evidenza di quanto dare alla luce un figlio sia invece un evento straordinario. Come tanti eventi della vita, anche la nascita di un figlio può essere un'esperienza accompagnata da sofferenze che non sempre trovano la giusta accoglienza e le risposte cliniche più adeguate. In epoca perinatale la psicopatologia anche grave esiste e si iscrive nella complessità propria dell'esperienza della genitorialità ed è in essa che trova utili chiavi di comprensione. Avere uno sguardo rispettoso della complessità significa cogliere segni e sintomi di disagi che possono essere di diverse sfumature di gravità, aprirsi ai significati più profondi della sofferenza ma anche saper rispondere a bisogni prioritari di ordine medico-psichiatrico. È dovere etico di chi si avvicina alla psicologia perinatale avere le conoscenze adeguate per farlo. L'attenzione dei clinici e dei ricercatori in epoca perinatale nel tempo si è focalizzata in modo quasi esclusivo sulla depressione postpartum materna, creando un algoritmo che è andato consolidandosi nel tempo: psicopatologia perinatale = depressione postpartum materna, che di fatto è riduttivo e fuorviante. Obiettivo di questo articolo è esplorare questo paradigma e mettere in luce l'ordinaria e la straordinaria complessità insita nel 'divenire genitori'.

Parole chiave: Maternità; paternità; genitorialità; psicopatologia in epoca perinatale; esperienza emotiva complessa.

La psicopatologia in epoca perinatale: la gestazione tra vulnerabilità e opportunità

Per molti decenni clinica e ricerca nell'ambito della psicopatologia in epoca perinatale si sono concentrate su ciò che avviene dopo la nascita nono-

*PhD, Psicologa- Psicoterapeuta e Dottore di Ricerca. Membro di Area Perinatale-SIPRe Milano; Dirigente Psicologa presso U.O.C. Psichiatria-Ambulatorio Varenna per la salute mentale in epoca perinatale, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.
E-mail: gpetrilli@asst-pg23.it

stante l'incidenza della psicopatologia durante la gravidanza sia analoga a quella del post-parto. L'attesa di un figlio tende ad essere ancora vista come un'esperienza di felicità incondizionata in cui addirittura, si narra, 'gli ormoni ti proteggono' (Bennett, Einarson, Taddio, Koren, & Einarson, 2004). Questo immaginario culturale ha portato a sottostimare la vulnerabilità psicologica durante la gestazione, mentre è assai più accettato il fatto che una donna in gravidanza possa avere malesseri fisici che tuttavia spesso coprono un disagio. Sono molti i fattori di confondimento: vomito, fatica, sonnolenza, anedonia, anergia, tensione, irritabilità sono sintomi somatici generalmente attribuiti alla gestazione (Howard, Piot, & Stein, 2014), rendendo difficile l'individuazione di disturbi d'ansia o depressivi sottostanti (Lee *et al.*, 2007). Trascurando l'unitarietà somatopsichica della donna in quanto *individuum* (Adler, 1956) - indivisibile nelle sue 'componenti' solo per convenzione distinte in fisiche e psicologiche -, si corre il rischio di sovrastimare l'origine psicologica dei disturbi somatici (Yonkers, Smith, Gotman, & Belanger, 2009) oppure, di contro, di sottostimarla riconducendo i disturbi esclusivamente al normale decorso della gestazione (Klein & Essex, 1994).

Dando uno sguardo ai dati, l'incidenza della depressione materna si diversifica a seconda del periodo osservato: in gravidanza varia tra il 14% e il 23% delle gestanti, nell'immediato postpartum, entro 72 ore, è dell'11% mentre è stimata nel 17% circa delle puerpere nei primi tre mesi di vita del bambino. È invece del 30% l'incidenza di depressione nelle donne entro un anno dalla nascita del figlio (Cox, Sowa, Meltzer-Brody, & Gaynes, 2016).

I risultati di uno studio americano mostrano che il 33% delle depressioni postpartum iniziano durante la gravidanza e il 27% ancora prima della gravidanza. Inoltre, le evidenze suggeriscono che potrebbe esserci una prevalenza di sintomi depressivi maggiore durante la gestazione rispetto al periodo post-parto (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014).

Appare dunque importante allargare l'attenzione oltre il postpartum poiché la gravidanza risulta essere un periodo di estrema vulnerabilità. Sottovalutare la gestazione come epoca di vulnerabilità è una mancanza che ha implicazioni tanto per la madre e il padre quanto per il bambino-futuro adulto (Biaggi, Conroy, Pawlby, & Pariante, 2016).

È ormai ampiamente riconosciuto che depressione, ansia e stress durante la gestazione hanno significative conseguenze a lungo termine per madre e bambino (Dunkel Schetter & Tanner, 2012; Glover, 2015) e che lo stato emotivo della madre ha un'influenza sul feto in via di sviluppo (Lautarescu, Craig, & Glover, 2019).

Per la madre la presenza di un disturbo d'ansia o dell'umore durante la gestazione è infatti annoverata tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di depressione postpartum (Biaggi *et al.*, 2016). Inoltre, la presenza di psicopatologia in gravidanza è correlabile ad un aumentato rischio di abuso di alcol e sostanze, fumo, assunzione di comportamenti a rischio, malnutrizione (Marcus, 2009; Biaggi *et al.*, 2016). Diversi studi riportano quanto madri affette da disturbi ansiosi o depressivi abbiano comportamenti trascu-

ranti rispetto alla gestazione, come l'accesso tardivo alle cure e ai controlli ginecologici ed ecografici (Biaggi *et al.*, 2016). Elevati livelli di stress e forme di psicopatologia sono correlate ad aumentato rischio di pre-eclampsia e ipertensione materna (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014).

Non ultimo, la presenza di psicopatologia può influenzare negativamente la percezione di sé come madre, le aspettative sulla propria esperienza di maternità nonché la delicata costruzione del legame mamma-figlio (Hipwell, Goossens, Melhuish, & Kumar, 2000).

Per il nascituro-futuro bambino lo stato emotivo della madre e, più in generale, elevati livelli di stress possono avere conseguenze a breve, medio e lungo termine (Glover & Capron, 2017; Lautarescu *et al.*, 2019), come evidenziano studi prospettici, retrospettivi, longitudinali, sia su modelli animali che attraverso indicatori biologici e genetici di campioni umani (Molenaar *et al.*, 2019; Hannigan *et al.*, 2018).

L'interazione madre (ambiente)-feto è complessa e dinamica e a tutt'oggi in continuo studio ma sono già noti possibili meccanismi attraverso i quali psicopatologia e stress materno impattano sullo sviluppo del feto.

È importante sottolineare che nessuna condizione, neanche la più sfavorevole, è da concepire come un destino ineluttabile; quanto osserviamo è il risultato di una complessa e straordinaria interazione tra geni, ambiente, fattori di rischio, di protezione, di mediazione e la capacità di recupero, di riparazione e plasticità cerebrale proprie del soggetto.

L'esposizione allo stress e alla psicopatologia in epoca prenatale è associata ad alterazioni neurocomportamentali che possono persistere dalla nascita fino alla tarda adolescenza (Stein *et al.*, 2014), con conseguenze che spaziano dall'ambito cardiovascolare (Stirrat *et al.*, 2018) a quello psichiatrico (Krontira, Cruceanu, & Binder, 2020). Più nello specifico, tra le principali possibili conseguenze nel breve termine si riconoscono: parto prematuro, basso peso alla nascita, ridotta circonferenza cranica (Biaggi *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2014); nel medio-lungo termine, ansia, depressione e stress in epoca prenatale sono associati ad un aumentato rischio di problemi emotivi (ansia e depressione in particolare), disturbi nello sviluppo cognitivo e sintomi riconducibili a ADHD (Biaggi *et al.*, 2016; Glover, 2014; Stein *et al.*, 2014).

Questi rischi tuttavia non sono inevitabili (Stein *et al.*, 2014). Rispetto alle potenziali conseguenze di stress e psicopatologia in epoca perinatale, sono stati ampiamente dimostrati gli effetti di alcuni fattori cosiddetti di mediazione e di moderazione quali la presenza di supporto sociale, lo stato socio-economico, la gravità e la durata dello stress o del disturbo psicopatologico, la presenza di un partner, l'assenza di conflittualità nella coppia, il clima familiare, e la qualità del *parenting* (Stein *et al.*, 2014).

Il tempo della gravidanza è una reale finestra temporale di opportunità dove è possibile agire in senso preventivo con effetti positivi immediati oltre che futuri. Valorizzare la gestazione significa aumentare la possibilità di occuparci della vulnerabilità e delle possibili sue conseguenze, periodo in cui vanno colte le numerose occasioni di incontro con la donna e con la

coppia - molte di più rispetto al postpartum - e ciascuna di loro può essere una concreta opportunità di prevenzione e di intervento precoce.

La psicopatologia in epoca perinatale: depressione post-parto e non solo

La sofferenza psicologica in epoca perinatale può presentarsi in diverse sfumature, dal disagio alla franca psicopatologia fino alle condizioni di emergenza medica. A tutte le manifestazioni si dovrebbe dare l'accoglienza più adeguata in ambito clinico.

L'attesa e la nascita di un figlio, per la loro dirompenza come esperienza esistenziale, portano con sé un potenziale di cambiamento e vulnerabilità che per alcune madri e padri costituisce di per sé un rischio di sviluppare o riesacerbare, ove già presenti, forme franche di psicopatologia.

Per decenni ci si è focalizzati sulla depressione post-parto come unica manifestazione psicopatologica legata all'epoca perinatale, ma nella realtà tutto il range dei disturbi nosograficamente distinti tra loro possono riacutizzarsi quando già presenti nella storia personale, o possono manifestarsi per la prima volta, *new onset* (Smith *et al.*, 2011). L'acronimo PMAD, *Perinatal Mood and Anxiety Disorder*, sancisce un riconoscimento importante in ambito scientifico e clinico, comprendendo nella 'categoria' PMADs lo spettro dei disturbi depressivi, dei disturbi d'ansia, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo post-traumatico da stress e la psicosi puerperale (Byrness, 2018).

Esula da questa trattazione un approfondimento descrittivo delle forme di psicopatologia, ci si limita a sottolineare quanto sia necessario però declinarli nella peculiarità di questa specifica epoca di vita per una comprensione adeguata della loro manifestazione.

La depressione post-parto resta l'unico disturbo dell'epoca perinatale riconosciuto dal DSM a partire dalla IV edizione; rispetto ai criteri diagnostici per un disturbo depressivo l'unica peculiarità legata al post-partum è considerarlo come possibile periodo di esordio. È solo nell'ultima edizione che è stato allargato il termine di valutazione temporale alla gestazione e a 6 mesi nel post-parto (prima a 4 mesi) e introducendo il concetto di *peripartum onset* (American Psychiatric Association [APA], 2016; www.postpartum.net). Il picco di incidenza della depressione post-partum è stato stimato tra il quinto e il nono mese dopo la nascita del bambino, ma sono numerose le indicazioni che, a fronte delle evidenze cliniche, esortano a considerare tutto il primo anno di vita del bambino (APA, 2016; www.postpartum.net).

Benché venga poco esplicitato, la DPP si manifesta spesso in comorbidità con altri disturbi come i disturbi d'ansia generalizzata, fobie specifiche e DOC, PTSD e disturbi di personalità (Howard, Molyneaux, *et al.*, 2014).

Inoltre, frequentemente la depressione è secondaria alla presenza di un disturbo d'ansia, ma lo scarso riconoscimento di quest'ultimo in ambito clinico e di ricerca avalla la sottostima dei disturbi diversi dalla depressione (Ali, 2020).

Nel tempo si è consolidata la distinzione tra *maternity blues*, depressione postpartum e psicosi postpartum: questa classificazione rende indubbiamente l'idea delle sfumature di gravità ma può risultare forviante poiché dimentica l'evento gravidanza e riduce tutto allo spettro dei disturbi dell'umore.

La *maternity blues* è molto frequente, stimata intorno al 50% (Ali, 2020), 40%-80% delle puerpere (www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml) e sembra essere principalmente legata al brusco calo estro-progestinico successivo al parto. Si manifesta con labilità emotiva, facilità al pianto, tensione, irrequietezza, vissuti di inadeguatezza. Si presenta nei primi giorni dopo il parto e tende a risolversi spontaneamente in pochi giorni (Ali, 2020). La *maternity blues* può essere considerato un campanello d'allarme: per il 20% delle donne anticipa lo sviluppo di una depressione postparto (Kennerley & Gath, 1989).

La psicosi puerperale è ritenuta la condizione più grave in assoluto, rappresenta 1-2 casi su 1000 nascite ed è da ritenersi una vera emergenza che necessita un intervento medico immediato (Jones, Chandra, Dazzan, & Howard, 2014).

Come psicologi perinatali dobbiamo mettere la donna nelle condizioni di stare meglio, consapevoli che il lavoro psicoterapeutico necessita di tempo e che alcune condizioni non possono e non devono attendere. Il lavoro psicoterapeutico non è mutuamente esclusivo rispetto alla necessità di interventi psichiatrici: il confronto e la collaborazione multidisciplinare si rendono fondamentali.

Prendere atto dell'esistenza della psicopatologia anche grave durante l'epoca perinatale non equivale a patologizzare l'esperienza di maternità bensì a tutelarla. Di contro, la sofferenza non deve essere semplificata o normalizzata. Il disorientamento fisiologico, il disadattamento, le differenti manifestazioni di disagio psicologico o le forme franche di psicopatologia, di padre e madre, possono trovare nella complessità insita nel divenire genitori chiavi di lettura, di comprensione e di cura, come si cercherà di illustrare nel paragrafo conclusivo.

Le manifestazioni psicopatologiche in epoca perinatale hanno un'origine multifattoriale e nascono da una complessa interazione di fattori di rischio di diversa natura, genetici, biologici, ambientali, che assumono un significato sempre legato al soggetto, all'utilizzo che ne fa quel soggetto, al momento specifico di interazione e al perdurare della sua presenza (Petrilli, Anniverno, Ferrari, & Mencacci, 2010; Stein *et al.*, 2014; Biaggi *et al.*, 2016).

La letteratura scientifica annovera tra i principali fattori di rischio *versus* protezione per lo sviluppo di psicopatologia in epoca perinatale i seguenti:

anamnesi positiva per psicopatologia pregressa, familiarità psichiatrica, precedente depressione post-parto, familiarità per depressione post-parto, ansia in gravidanza, stato socio-economico basso, vulnerabilità ormonale, gravidanza non desiderata o inattesa, assenza di supporti sociali, assenza del partner o partner non supportivo, complicazioni della gestazione, del parto o del nascituro, parto prematuro, eventi di vita stressanti durante la gestazione, violenza interpersonale, tratti disfunzionali di personalità (Biaggi *et al.*, 2016; Byrnes L., 2018).

Un'accurata analisi dei fattori di rischio è utile per la comprensione delle condizioni di sofferenza ma anche per le scelte di cura. Non solo, ogni fattore di rischio costituisce anche un possibile focus di prevenzione.

Per fare alcuni esempi, sapere come clinici che la presenza di ansia in gravidanza è un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi nel postpartum porta ad informare la coppia e ad esortarla nell'approfondire durante la gestazione la sintomatologia ansiosa; o ancora, sapere che il 20% delle *maternity blues* evolve in depressione postpartum è un dato utile per i clinici che possono rilevare questo aspetto durante i giorni di degenza e decidere di monitorarlo nel tempo; o ancora, per la coppia di neogenitori, esserne a conoscenza aiuta ad avere un occhio di riguardo ed attivarsi qualora lo si ritenesse opportuno. Tutto questo è possibile solo se si dà loro una corretta informazione e, prima ancora, se i clinici che ruotano attorno al 'mondo nascita' vengono opportunamente formati.

Una possibile attività di prevenzione e di sensibilizzazione è quella di informare la coppia circa i possibili fattori di rischio e di protezione. Significa ridare loro parte attiva nella propria esperienza di genitorialità, mettere nelle loro mani - in modo adeguato da parte di chi ne ha le competenze - le conoscenze utili ad essere protagonisti del proprio benessere e della qualità della propria esperienza di genitorialità. Resta ancora molto da fare in questa direzione e sembra ancora lontana la piena acquisizione di questo approccio, ma forse il crescente interesse per la psicologia perinatale accorcerà questa distanza.

Psicopatologia in epoca perinatale: il partner, il padre

La trattazione di questo argomento non ha la pretesa di essere esaustiva e meriterebbe un approfondimento a sé, tuttavia è doveroso, nell'intento di questo articolo, esplorare seppur sinteticamente questo tema.

La prospettiva esclusiva mamma-bambino, che ha sostanzialmente da sempre dominato il campo, deve essere messa in discussione. È sempre maggiore il riconoscimento dell'importanza della figura paterna e della sua salute mentale in epoca perinatale (Stein *et al.*, 2014) ma di fatto per lungo tempo è stata trascurata e messa in secondo piano.

Già nel 1975 Michael E. Lamb in *'Fathers: forgotten contributor to child development'* (Lamb, 1975), con un titolo di per sé esplicativo, asseriva quanto il padre, benché dimenticato, abbia un'influenza diretta e indipendente dalla madre sullo sviluppo del bambino sia nel postpartum che durante la gravidanza. I figli il cui padre era stato coinvolto anche durante la gestazione e che ha poi presenziato al parto (in tempi in cui non era ancora prassi), avevano riscontri più positivi durante lo sviluppo (Lamb, 1975). A seguire molti altri studi longitudinali hanno confermato gli stessi risultati.

Il padre e la sua salute mentale possono influenzare il figlio direttamente tramite la qualità della sua interazione, tramite il suo patrimonio genetico, oppure anche in modo indiretto attraverso il supporto alla madre e il contributo all'ambiente familiare (Stein *et al.*, 2014). Inoltre, anche se attraverso meccanismi diversi, la mancanza di disponibilità emotiva del padre, la lontananza o la morte, possono avere effetti negativi sullo sviluppo emotivo, cognitivo e comportamentale dei figli (Glover & Capron, 2017). La salute mentale del padre ha un'influenza sullo sviluppo del bambino anche durante la gestazione (Sweeney & McBeth, 2016). La relazione tra il comportamento del padre, la qualità della presenza, la sua salute mentale e le conseguenze a breve, medio e lungo termine non sarebbe diretta ma mediata dalla relazione con la madre (Sweeney & McBeth, 2016). Il padre insieme alla sua capacità di essere supportivo emotivamente e praticamente è tra i fattori di protezione e di mediazione più incisivi in presenza di psicopatologia materna, riducendone l'entità e l'impatto (Stein *et al.*, 2014).

A fronte delle evidenze che mostrano quanto il padre sia influente anche durante la gestazione, la madre non può più essere pensata il 100% dell'ambiente del bambino che porta in grembo, perché l'ambiente relazionale, ovvero, il partner in relazione alla madre e al nascituro, sembra prevalere: madre e padre costituiscono, nella coppia, il 100% dell'ambiente in cui cresce il loro bambino che a sua volta interagisce, fin da subito, attivamente: da coppia a triade, un 'noi in divenire'.

Al netto dello stravolgimento ormonale, anche il padre è soggetto al medesimo stravolgimento della madre, e anche per lui il riadattamento ad un nuovo equilibrio può avvenire con difficoltà che possono manifestarsi con forme di disadattamento fino a manifestazioni di franca psicopatologia.

La percentuale di depressione nei padri in epoca perinatale è solo lievemente più bassa rispetto alle madri, stimata in una percentuale pari a 11-12% in gravidanza e dall'8% al 26% nel postpartum, con una percentuale complessiva in epoca perinatale del 9% (Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016).

I disturbi affettivi paterni, però, tendono a manifestarsi in modo differente rispetto alla donna e, per quanto siano frequenti, sono spesso sottovalutati o non diagnosticati, oltre che trascurati dalla ricerca (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017). Esistono bias culturali, come 'i maschi non

piangono', e significativi fattori di confondimento: le difficoltà emotive e le depressioni nell'uomo hanno manifestazioni 'tipicamente maschili', ovvero, aggressività, abuso di alcol, ritiro. Esistono anche gli stereotipi sociali attraverso la tendenza a coinvolgere poco i futuri padri ed alimentare una cultura 'mamma-centrica' del divenire genitori (Baldoni, 2016; Baldoni & Giannotti, 2017) alimentando vissuti di esclusione nell'uomo.

È difficile scorporare il padre e il suo 'esserci', perché è parte di un tutto dove dinamiche complesse si attivano. Avere un figlio è spesso (non sempre, considerando la scelta della mono-genitorialità) una questione di coppia, di due soggetti, con le motivazioni, le aspettative e gli investimenti, individuali e di coppia, in quel momento storico e della loro vita. Avere un figlio è una scelta - con l'accessibilità all'interruzione volontaria di gravidanza e con le innovazioni mediche nell'ambito procreativo in caso di sterilità - che chiede ai co-protagonisti apertura a se stessi e all'altro. Nella triade c'è il bambino, proprio quel bambino, con determinate caratteristiche, fisiche, temperamentali - con il suo modo di interagire con mamma e papà in una reciproca influenza che avviene fin da prima della nascita. Il bambino fantasticato e atteso esiste ed interagisce con mamma e papà ben prima di essere concepito.

Psicopatologia in epoca perinatale: considerazioni conclusive

È evidente la necessità di allargare lo sguardo alla coppia e ridare la giusta identità al generare un figlio. Aprirsi alla triade in divenire implica dare il giusto peso alla donna che non può che beneficiarne, soprattutto quando soffre: focalizzare la ricerca di senso della sofferenza solo sulla madre è forviante e riduttivo (Merisio, 2017). Di fronte ad una donna che soffre sembra esserci apparentemente solo lei, e se questo aspetto viene poco considerato il lavoro individuale con le madri rischia di diventare un setting in cui si collude con l'esclusività della mamma, che non fa altro che alimentare la sofferenza della mamma stessa, creare distanza nella coppia e allontanare mamma e papà, e bambino.

Anche le forme di psicopatologia rappresentano la 'migliore' risposta che il soggetto mette in atto a fronte dello stravolgimento insito nel divenire genitore, risposta che non è 'esclusivamente riconducibile al mondo intrapsichico della donna' (Merisio, 2017, p. 46) né direttamente riconducibile al suo patrimonio genetico, né al suo assetto ormonale, tantomeno all'ambiente che la circonda, ma ha un'origine multifattoriale e soggettiva 'è il sistema nel suo insieme che porta avanti la vita e lo fa sempre in funzione di quanto riesce a reggere e gestire' (Minolli, 2009, p. 103).

Divenire genitori porta con sé la richiesta di numerose sfide, da qui ne deriva la fisiologica complessità.

Alla coppia chiede il 'passaggio da un livello di coerenza precedentemente raggiunto, alla costruzione - non magica né onnipotente - di un nuovo livello di coerenza' (Minolli, 2009, p. 102) e questa transizione è per sua natura complessa, può essere dolorosa, causare disorientamento, forme di disadattamento o giungere a forme franche di psicopatologia.

Ma cosa fa sì che una madre o un padre si trovino in una condizione di disagio o psicopatologia? L'interazione soggettiva, unica di ciascun individuo, con la propria esperienza di maternità e paternità, con i fattori di rischio e di protezione che loro stessi portano con sé e che trovano nell'ambiente, interazione da cui deriva l'impatto con il cambiamento, che genera crisi fisiologica o patologica.

Ma il cambiamento non è l'unico aspetto implicato, di seguito si esplorano i principali.

Anche il corpo della donna va incontro ad un'esperienza forte: prima di tutto si modifica e per alcune donne si deforma secondo il loro vissuto. Successivamente con il parto esso viene trascurato in virtù di altre priorità e questo può lasciare ferite fisiche e psicologiche. L'immagine corporea e la sua valenza identitaria sono chiamate in causa e vengono messe a dura prova. Il corpo diviene anche un contenitore buono che fiorisce e per alcune donne è difficile separarsi da questa fonte di pienezza e di benessere. Il tutto accade non solamente a livello corporeo.

Dare alla luce un figlio è di per sé un'esperienza emotiva complessa: dal concepimento dell'idea di generare un bambino fino alla sua nascita e oltre, mamma e papà possono trovarsi in difficoltà per la compresenza di stati emotivi apparentemente contrastanti tra di loro che generano ansia. L'ambivalenza emotiva viene spesso negata, taciuta, perché fa paura, perché 'non si può dire' o perché se ne teme il giudizio, perché non ci si sente bravi genitori o abbastanza genitori. Ma ciò che non si può riconoscere a se stessi o che non si può esprimere talvolta finisce nel silenzio della sofferenza, della depressione o nello sconforto peggiore, dove alimenta vissuti di colpa che non si possono raccontare e prendono talvolta dimensioni spropositate (Galimberti, 2009). Si può dare voce ai tabù e ci si può aprire alla possibilità di non provare solo gioia, che non significa non essere felici o non poter trovare la felicità. Provare anche paura, rabbia, tristezza, non rende meno genitori né meno bravi ma questo mamma e papà non riescono a dirselo: l'ambivalenza fa parte dell'esperienza di maternità e paternità. Aprirsi a questa possibilità senza rigettarla o giudicarla è la strada.

Divenire genitori è un'esperienza che chiede apertura e flessibilità. È frequente che le persone inclinino alla rigidità, alla chiusura, che spesso vanno di pari passo con il perfezionismo e la severità verso sé e gli altri, si trovino in forte difficoltà durante la gravidanza o nel postparto e questo è riconducibile al fatto che nessuna esperienza più di questa mette in contatto con l'imprevedibilità e con l'assenza di controllo. Questo è vero a partire da

quando si rimane incinta, solitamente o in un momento inaspettato seppur cercato, oppure troppo tardi, quando ormai non ci si sperava più. O ancora, l'incertezza è legata a quando si partorisce, o meglio, a quando il bambino decide di nascere. E poi ancora, come sarà il bambino, come andrà l'allattamento, come e se sarò capace, molte domande che devono tollerare l'attesa di una risposta.

Il cambiamento, quando si realizza, disorienta i soggetti che lo hanno messo in atto nonostante sia stato desiderato. Questo non si dice e per questo motivo chi si trova smarrito di fronte a quanto ha tanto desiderato si trova a sperimentare stati d'ansia e di malessere.

Per molti genitori inoltre, questo cambiamento deve avere caratteristiche prestabilite, aspettative elevate, talvolta pressoché impossibili a realizzarsi. Mamma e papà spesso si difendono, anche costruendosi aspettative, contro la paura di non avere il controllo, e la ricerca incessante di certezze all'interno di un'esperienza per sua natura incerta, porta a diverse possibili manifestazioni di disagio e di sintomi che rappresentano l'inevitabile incontro con la realtà. Prepararsi alla necessità di apertura e flessibilità è auspicabile e il periodo della gestazione è un buon momento per farlo. Anche in questo senso, dare alla luce un figlio è un'esperienza luttuosa.

Si fa esperienza del lutto dell'ideale, l'ideale di controllo, l'ideale del sé, del postpartum, del partner, del bambino immaginato. Solo facendo esperienza si elabora il gap tra ideale e reale. Si concretizza la dolorosa perdita della convinzione che 'tutto tornerà come prima', finzione/illusione utile che viene spesso eretta e mantenuta durante la gestazione perché aiuta a vivere il cambiamento 'meno cambiamento', meno spaventoso. Si vive il lutto del 'mito dell'amore materno' (Galimberti, 2009), quando si provano emozioni indesiderate e inaspettate nei confronti del proprio figlio e del proprio progetto di divenire genitore. Infine, è il lutto dell'onnipotenza, del 'tutto è possibile': quando le cose sono in embrione, prima nel pensiero e poi nel grembo, tutto può apparire veramente possibile. Poi si prende consapevolezza dell'impotenza, il vissuto più autentico insito nell'esperienza di maternità e paternità e non è infrequente che la difficoltà di accettazione dell'impotenza stia alla base della sofferenza che mamma e papà possono trovarsi a provare.

Nella complessità dell'esperienza di maternità e paternità vi è l'incontro con l'altro diverso da sé. L'altro è il partner, l'altro è il bambino, entrambi con caratteristiche che possono non rispondere alle proprie aspettative, dunque è un amore che ci impegna nel compito, per alcuni molto difficile e doloroso, dello sviluppo del sentimento sociale, dell'accettazione dell'altro per quello che è. 'L'altro' è anche quella parte di sé che si scopre solo nel momento in cui si fa quella determinata esperienza e che si impara a conoscere, se si è disponibili, nel tempo. Molti uomini e donne, nei viversi padri e madri, scoprono con stupore capacità e risorse che non sapevano di avere in questo senso, avere un figlio è un'esperienza rivelatrice.

Diventare genitori è un'esperienza evolutiva che porta con sé dolori che si potrebbero definire di crescita, propri della difficoltà ad effettuare un passaggio di stato da figlio a genitore, non più solo figlio/a.

Dare alla luce un figlio è anche toccare con mano che desiderare un figlio è diverso dall'averne un figlio (Florita, 2021) e che essere genitori non equivale in automatico a riconoscersi tali.

L'esperienza di genitorialità è un'esperienza esistenziale perché tocca temi esistenziali come quello della scelta, dell'irreversibilità della scelta e della definizione di sé nella scelta, il tema della libertà, della responsabilità, della ricerca di senso (Yalom, 1980) e, a tal proposito, quanto è difficile trovare senso nella scelta di avere un figlio che ci provoca inaspettatamente sofferenza? Quanto è difficile assumersene la responsabilità e quanto è più facile delegare fuori da sé la responsabilità della propria scelta e del proprio malessere? Quanto è più facile definirsi in un ideale, salvo poi trovarsi completamente smarriti quando ideale e reale non corrispondono? Nella fatica e nella sofferenza si perde di vista che si è scelto, attivamente, e questo aspetto è da recuperare, diversamente la sofferenza non può che autoalimentarsi ed essere vissuta come qualcosa che 'arriva da fuori' sulla quale non possiamo mettere le mani e che possiamo solo subire, quanto di più forviante e involutivo.

Nella scelta di avere un figlio più che in altre si intrecciano le istanze fondamentali dell'uomo, l'autorealizzazione, la *volontà di potenza*, e il *sentimento sociale*, l'amore verso il prossimo, la cooperazione e la partecipazione emotiva (Adler, 1956). Uno squilibrio tra di loro può tradire investimenti narcisistici o essere indice di disadattamento e psicopatologia, mentre il loro equilibrio è barometro di salute mentale (Adler, 1956).

Dare alla luce un figlio tocca anche il tema della morte, nel viscerale rapporto vita-morte, avvicina a vissuti di morte e tocca il proprio senso di mortalità e, nel generare, si prolunga la propria esistenza e si realizza parzialmente il desiderio di immortalità (Yalom, 1980; Minolli & Coin, 2007).

Non ultimo, mettere al mondo un bambino è un'esperienza sociale.

Si fatica ad avere in mente che dare alla luce un figlio è fare un dono alla società, ma non possiamo omettere che la coppia è immersa nella società in cui vive e genera, in quel tempo, in quello spazio, non in altri. Quanto la società agevola questo definirsi? Quanto aiuta nella realizzazione di questo desiderio? Quanto contribuisce all'isolamento della coppia che genera esso stesso malessere? Quanto la stessa sofferenza trova poca accoglienza? Solo negli ultimi anni le realtà ospedaliere e territoriali hanno implementato interventi di screening e prevenzione strutturati, ma c'è ancora molto da fare per costruire una cultura del benessere psicologico in gravidanza e nel postpartum, per sradicare alcuni stereotipi culturali, ad esempio, ben più limitanti dell'assenza di servizi e politiche di welfare dedicati.

E ancora, la coppia nel cambiamento non si riconosce in 'un prima' della

coppia genitoriale ma neanche in 'un prima' storico. Oggi più di un tempo non abbiamo grandi modelli di riferimento e spesso quelli che abbiamo li criticiamo, non ci aiutano, come se fossimo senza navigatore e senza mappe. La madre un tempo era concepita come figura esclusivamente dedicata e devota all'accudimento ed era molto impegnata 'a non fare prendere il vizio' al bambino, ricalcando stereotipi culturali spesso a discapito di bisogni di tenerezza insiti nella natura umana e anche di istintualità materne e paterne (Bortolotti, 2010); la madre un tempo aveva verosimilmente bisogno di difendersi dal proprio bambino tiranno del suo tempo e questo atteggiamento, di cui tutt'oggi si sentono gli echi, aveva il suo senso per la donna che aveva bisogno di essere protetta da qualcosa che l'avrebbe soffocata o inglobata. Oggi forse va rivisitata la dimensione del sacrificio, che è stata per lungo tempo uno dei pochi modi di porsi in relazione alla propria scelta di maternità: nell'attualità vi è una forte spinta verso nuove modalità di relazionarsi alla propria maternità e paternità e di vivere la propria genitorialità. Il padre non è una funzione né un ruolo ma è il protagonista come la madre, di una esperienza che può declinarsi in scelte 'innovative' che ribaltano le caratteristiche storiche del padre. Tuttavia fa altrettanto riflettere un dato ANSA del 24 giugno 2020: nell'anno 2019 32mila neo-mamme hanno lasciato il lavoro, il 73% dei dimissionari. Quanto la società permette di allineare anche nella pratica madre e padre nel loro essere genitori?

Il terapeuta che desidera lavorare in questo ambito si apre ad un lavoro molto impegnativo, gratificante e coinvolgente, e grande attenzione deve essere data ai propri vissuti e significati di genitore e figlio.

È affascinante accompagnare una coppia nella realizzazione del proprio progetto e vedere la vita nascere anche attraversando momenti di paura e dolore. Aiutare la coppia nello smarrimento del cambiamento e dei mutamenti generazionali senza dare mappe, ma coltivando insieme alla coppia la fiducia nella propria creatività e capacità di crearsi ciascuno la propria è tra i compiti dello psicologo perinatale.

Risintonizzare la coppia sul proprio protagonismo nel desiderio di cambiamento, riportare alla naturalezza (termine erroneamente usato alla stregua di facile o automatico) dell'evento nascita, prima di qualsiasi cosa - al netto di condizioni limite che meritano trattazioni a sé come le gravidanze non desiderate o esiti di forme di violenza - come dono, frutto di amore, di passione, di vitalità, di progettualità.

L'opportunità che offre la gravidanza va oltre l'essere una finestra temporale in cui intervenire preventivamente o precocemente, perché divenire genitore è una spinta verso sé stessi che impone una nuova conoscenza di sé che necessita un nuovo equilibrio vitale (Merisio, 2017; Minolli & Coin, 2007). Se questa opportunità viene colta, anche nelle sue espressioni più dolorose, ha un grande potere trasformativo ed evolutivo. Anche nelle manifestazioni psicopatologiche vi sono spinte progettuali, desideri vitali

che si ‘travestono’ di sofferenza celando, agli occhi dei più, significati profondi che possono essere esplorati e spesso vogliono essere scovati.

Compito del terapeuta è creare lo spazio per accogliere e guardare queste valenze più profonde, raggiungere insieme una visuale più chiara, rispettosa di tutta la complessità e fare spazio ad una nuova possibile prospettiva.

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento alla dott.ssa Emi Bondi, direttore DSM e primario U.O.C. Psichiatria ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo, la cui sensibilità ha dato alla luce un ambulatorio interamente dedicato alla cura della salute mentale in epoca perinatale. Grazie di cuore a tutti i genitori e ai loro bambini incontrati in questi anni presso l’Ambulatorio Varenna U.O.C. Psichiatria-ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo.

Un ringraziamento agli stimati colleghi dell’Area Perinatale SIPRe-Milano. Grazie in particolare a Claudia Maspero e a Valeria Pirro, preziose. Grazie a Marcello Florita e a SIPRe-Milano per la loro accoglienza. Un ringraziamento a Romina Coin, con infinita riconoscenza per il suo contributo alla mia crescita personale e professionale. Grazie a Carmine, a Giulia e a Ginevra, la mia famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, A. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. New York: Basic Books, Inc. [Transl. Ansbacher H.L., & Ansbacher R.R. (1997). *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Psycho. Firenze. G. Martinelli and C.].
- Ali, E. (2020). Women’s experiences with postpartum anxiety disorders: a narrative literature review. *International Journal of Women’s Health*, 10, 237-249. doi:10.2147/IJWH.S158621.
- American Psychiatric Association (APA). (2016). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - 5th ed. (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Baldoni, F. (2016). I disturbi affettivi perinatali nei padri. In P. Grossu & A. Bramante (Eds.), *Manuale di psicopatologia perinatale* (pp. 443-485). Milano: Erickson.
- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. In A. Imbasciati & L. Cena (Eds.), *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 218-239). Milano: Franco Angeli.
- Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T.R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetric Gynecology*, 103(4), 698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 191, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Byrness, L. (2018). Perinatal mood and anxiety disorder. *The Journal of Nurse Practitioners*, 14(7), 507-513. doi:10.1016/j.nurpra.2018.03.010
- Bortolotti, A. (2010). *E se poi prende il vizio. Pregiudizi culturali e bisogni irrinunciabile dei nostri bambini*. Torino: Il Leone Verde.

- Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*, 206, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Cox, E.Q., Sowa, N.A., Meltzer-Brody, S.E., & Gaynes, B.N. (2016). The perinatal depression treatment cascade: baby steps toward improving outcomes. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(9), 1189-1200. doi:10.4088/JCP.15r10174.
- Florita, M. (2021). Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa. *Ricerca Psicoanalitica*, 32(1), 25-39.
- Galimberti, U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017.
- Glover, V. (2015) Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: possible underlying biological mechanisms. In M. Antonelli (Ed.), *Perinatal programming of neurodevelopment. advances in neurobiology, vol. 10* (pp. 269-283). New York, NY: Springer.
- Glover, V., & Capron, L. (2017). Prenatal parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 66-70. doi:10.1016/j.copsyc.2017.02.007.
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012) Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- Hannigan, L.J., Eilertsen, E.M., Gjerde, L.C, Reichborn-Kjennerud, T., Eley, T.C., Rijdsdijk, F.V., Ystrom, E., & McAdams, T.A. (2018). Maternal prenatal depressive symptoms and risk for early-life psychopathology in offspring: genetic analyses in the Norwegian Mother and Child Birth Cohort Study. *Lancet Psychiatry*, 5(10), 808-15, doi:10.1016/S22150366(18)30225-6.
- Hipwell, A., Goossens, F., Melhuish, E., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology*, 12(2), 157-175. doi:10.1017/S0954579400002030,
- Howard, L.M., Piot, P., & Stein, A. (2014). No health without perinatal mental health. *The Lancet*, 384(9956), 1723-1724. doi:10.1016/S0140-6736(14)62040-7.
- Howard, L.M, Molyneaux, E., Dennis, C.-L., Rochat, T. Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-88. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9.
- Jones, I., Chandra, P.S., Dazzan, P., & Howard, L.M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789-9910. doi:1016/S0140-6736(14)61278-2.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire, *British Journal of Psychiatry*, 155, 356-62. doi:10.1192/bjp.155.3.356.
- Klein, M.H., & Essex, M.J. (1994). Pregnant or depressed? The effect of overlap between symptoms of depression and somatic complaints of pregnancy on rates of major depression in the second trimester. *Depression*, 2(6), 308-314. doi:10.1002/depr.3050020606.
- Krontira, A.C., Cruceanu, C., & Binder, E.B. (2020). Glucocorticoids as mediators of adverse outcome of prenatal stress. *Trends in Neurosciences*, 43(6), 394-405. doi:10.1016/j.tins.2020.03.008.
- Lamb, M. (1975). Fathers: forgotten contributors to child development. *Human Development*, 18(4), 245-66. doi:10.1159/000271493.
- Lautarescu, A, Craig, M.C., & Glover, V. (2019). Prenatal stress: effects on fetal and child brain development. *International Review of Neurobiology*, 150, 17-40. doi:10.1016/bs.irm.2019.11.002.
- Lee, A.M., Lam, S.K., Sze Mun Lau, S.M., Chong, C.S., Chui, H.W., & Fong, D.Y. (2007) Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetric*

- Gynecology* 110, 1102-1112. doi:1097/01.AOG.0000287065.59491.70.
- Merisio, A. (2017). *Depressione postpartum. Una questione di famiglia*. Roma: Alpes Italia Editore.
- Minolli, M., & Coin R. (2007). *Amarsi amando*. Roma: Borla.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Molenaar, N.M., Tiemeierb, H., van Rossumd, E.F.C., Hillegersb, M.H.J, Bocktinge, C.L.H., Hoogendijka, W.J.G., van den Akkerf, E.L., Lambregtse-van den Berga, M.P., & El Marrounb, H. (2019). Prenatal maternal psychopathology and stress and offspring HPA axis function at 6 years. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 120-127. doi:10.1016/j.psyneuen.2018.09.003.
- Petrilli, G., Anniverno, R., Ferrari, V., & Mencacci, C. (2010). Stress e ansia in gravidanza: conseguenze e implicazioni. *Facts, News & Views*, 10(1), Feb. 2010.
- Stein, A., Pearson, R.M., Goodman, S.H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L.M., & Pariante, C.M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800-1819. doi:10.1016/S0140-6736(14)61277-0.
- Stirrat, L.I., Sengers, B.G., Norman, J.E., Homer, N.Z.M., Andrew, R., Rohan, M. Lewis, R.M., & Reynolds, R.M. (2018). Transfer and metabolism of cortisol by the isolated perfused human placenta. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 103(2), 640-648. doi:10.1210/jc.2017-02140.
- Sweeney, S., & McBeth, A. (2016). The effects of paternal depression on child and adolescent outcomes: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 205, 44-59. doi:10.1016/j.jad.2016.05.073.
- Yalom, I. (1980). *Existential psychotherapy - First Edition*. New York, NY: Basic Books. [Transl. S. Prina. (2019). *Psicoterapia esistenziale*. Vicenza: Neri Pozza Editore].
- Yonkers, K., Smith, M.V., Gotman, N., & Belanger, K. (2009). Typical somatic symptoms of pregnancy and their impact on a diagnosis of major depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 31, 327-333. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.03.005.
- www.nichd.nih.gov/health/publication/postpartum-depression-facts/index.shtml

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

Approvazione etica: non necessaria.

Autorizzazione a partecipare: accordata.

Ricevuto per la pubblicazione: 23 settembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 13 dicembre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:352

doi:10.4081/rp.2021.352

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

FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY | ARTICLE

Technological Storks: Parents and Children Born Thanks to Science!

Alessandra Merisio*

ABSTRACT. – New reproductive technology inevitably imposes considerable value-related, cultural and relational transformations of the concept of parenthood and more generally of the concept of family. The split between biological parenthood and social parenthood stimulates numerous reflections. The present article deals with the topic of gamete donation and the need to welcome the ‘intruder’ that lays claim to and seizes a ‘citizenship’, which is not only corporeal or attributable to the female world but is rather an issue that regards the couple as a whole.

Key words: Assisted reproductive technology (ART); sterility; infertility; gamete donation; parenthood; triadic relationship.

‘My mother taught me that there are two things that you must never ask: ‘How old are you?’ and ‘How much do you earn?’. To my own daughter I will explain that there is a third question that you must not ask: ‘When will you have a baby?’, because the question mark at the end of this question could transform itself into a dagger that pierces the ribs - actually, the uterus - of whoever you are asking. Because of this banal question, thrown out there to make small talk, there might be years of pain, of failed attempts, of hopes that sink every 28 days.’

Wanting a child and not being able to conceive naturally is one of the most painful experiences that a couple can experience. The diagnosis of infertility/sterility is often seen as a verdict that makes the couple feel ‘different’ (Valentini, 2004) because they are ‘unable to procreate’. This often results in the couple isolating themselves from relatives, friends and

*Psychologist, Psychotherapist, Member of the Italian Society of Psychoanalysis of the Relationship (*Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione* - SIPRe).
E-mail: alessandramerisio@yahoo.it

acquaintances who have children, with consequences on their closeness and stability. This sentiment is demonstrated in sentences such as ‘we are not able to meet up with friends or couples who have children because hanging out with them is too painful. Every time we look at them we feel jealousy, anger and frustration’, ‘we cannot confront the topic of children anymore, we can’t talk about it with anyone, everyone always tells us the same thing: it will turn out ok, it’s just not our turn yet’. In turn, this process can make couples hide the fact that they are resorting to Assisted Reproductive Technology (ART hereafter) from their relatives and their social network. This is mainly for two reasons: on the one hand, there is an attributed sense of shame tied to their ‘being different’, on the other hand, they want to protect the child that they already imagine is present in their lives (Miall, 1985; Greil, 1991). Depression, low self-esteem, social isolation and a general perception of a negative quality of life can emerge as relevant characteristics, even a long time after the interruption of treatment (Hammanerg & Astbury, 2001). Infertility is a source of chronic stress when the treatment is perceived as invasive and it can condition physical and emotional aspects. When the subject understands the uncertainty of the results of the treatments, they may feel problems are uncontrollable and experience a loss of hope after each failure (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991; Domar, Zuttermeister, & Friedmam, 1993; Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006). The choice of trusting medicine can be difficult to develop and, even when one decides to undergo the ART process, the journey ahead is tortuous and not always resolute. Couples who arrive at requesting ART are often tried by suffering, by attempts of natural conception that have failed and experiences of loss that are renewed each month when menstruation begins, which signals the unattained pregnancy. The diagnosis of infertility barges in unexpectedly in the life of a couple and generates a profound crisis connected to their reproductive abilities. This calls into question the hopefuls’ self-image, self-esteem and the sense of self-efficacy at an individual and couple level. As Faccio (2007) asserts: ‘the body is also a semiotic body with its expressions, gestures, ways of acting and acquired skills. It is not something separate from discourse, roles, rules, learning, narration and gestuality that own it and permeate it. It is about (...) a relational body, *id est*, of signs and communicative acts that to a large extent constitute the experience we inhabit and encounter’. Daily life is so invaded by a flow of consciousness in which there are emotional resonances, mental representations and bodily sensations which implicate all those significances that construct our personal identity and that of the sterile couple (Higgins, Klein, & Strauman, 1987). Not to mention the impact that ART has on intimacy: planned sexual encounters, which are experienced and perceived as mechanical and a far cry from pleasure, or as pointless because they are no longer connected to conception. Authors such as Mahlstedt (1985) and

Fiumanò (2000) report that infertile couples arrive to the point that they avoid sexual intercourse exactly because it is strongly connected to a series of probability calculations. The perception of a 'triadic conception' is also added to this (Imrie, Vasanti, & Golombok, 2012), dictated by the insertion of the physician in all of the aspects of the couple from the start of the ART and for all of its fulfilment. The progresses in the medical field have allowed us to obtain incredible improvements in prognosis, thus creating an 'era of possibility', a window that guarantees direct access to one's desires beyond their limit, beyond ourselves. Presently, 'it has become possible to have a child without sexual intercourse, outside of the body, defying the laws of desire and sex, creating this fantasized child, this impossible child, in all legitimacy. The stories of women who tell of their experiences with ART are all similar and unique at the same time, they are always marked by pain, by the loss of having to accept the biological limits of infertility; they are characterized by 'violence' through the intrusion of the body, that is not treated with love or desire (which would allow them to integrate body and mind), but as an object to be rummaged through, analysed, medicalized and fragmented (Chatel, 1995).

In Italy, the active centres of ART are 366, of which 114 are public, 21 are privately contracted and 231 are completely private. According to the ISTAT (Italian National Institute of Statistics), in 2017 the total couples treated were 78,366, the treatment cycles provided without gamete donation were around 90,374, whereas 7514 were provided with gamete donation. Children born from ART procedures are 13,973 (12,236 without gamete donation and 1737 with it; <https://www.epicentro.iss.it/focus/pma/aggiornamenti>). The Law n. 40/2004 opened up a world of hope for all those couples burdened by impotence dictated by an overwhelming diagnosis, that took away their 'universal right' of procreation (Ministero della Salute, 2014). In his speech about happiness Bauman conveys this well:

'...happiness is a state of mind and of body that we feel in an acute way, but it is ineffable. It is a sensation that cannot be shared with others. In spite of this, the chief characteristic of happiness is that of opening up to possibility, as it depends on the point of view with which we experience it. In ancient times, happiness was a reward for an elite few. Only later did it become thought of as a universal right that everyone in the human race was entitled to. Subsequently, it was transformed into a duty: feeling unhappy provokes a sense of guilt. Therefore, people who are unhappy are unwillingly obligated to find a justification for their existential condition' (Dotti, 2017).

With regard to this, ART has allowed couples to respond to this 'duty' of being happy, guaranteeing a tool that gives the perception of being able to decide their destiny again. However, even with ART, unsurmountable limits have emerged for example legislative limitations. Italy remains one of the more restrictive nations in Europe concerning heterologous fertilization.

Donating a gamete is not possible but, any research on a search engine will reveal a list of numerous foreign sites that promise convenient packages: travel, visits, hotels, and once it is done the couple returns to Italy. In 2010, the Italian National Transplant Centre, together with the Regions and the Health Ministry were tasked with creating a control and inspection program at the centres that perform ART, with the aim of verifying the conformity of these centres to the European Guidelines and the Legislative Decrees.

The Italian National Transplant Centre, established with article 8 of the Law n. 91 on the 1st of April 1999 ‘Disposition about explant and transplantations of organs and tissues’, is an operative organization that is part of the *Istituto Superiore di Sanità* (Italian National Institute of Health), whose recognized functions are those of directing, coordinating and promoting the activity of donations and cell, tissue and organ transplants. In order to fulfil the prerequisites that are foreseen by the Legislative Decree 191/2007 and 16/2010 concerning the traceability of gametes and the safety of donors, the Law n. 190, comma 298 (December 23rd, 2014) established the National Register of Reproductive Cell Donors as a part of the National Transplant Centre. The European Guidelines require traceability in the process of donation to the recipient, in order to identify the source of a possible quality or safety problem tied to each phase and therefore to be able to intervene and to resolve the problem and/or carry out potential preventative actions in order to avoid the repetition of this problem. Moreover, in the heterologous procedures of ART the exact traceability of a donor to a mother and a system of centrally-coordinated biomonitoring become crucial so that one may reconstruct the complete process from donor to mother, to the new-born, and at the same time manage the data in an anonymous way. Following the nomination of the National Transplant Centre as the competent organisation regarding donation, ART procedures began to be structured according to the requirements of the transplantation process: donation traceability, the donor, the recipient and their privacy are all treated in the same way as in the transplant process. The only exception in ART procedures is that the presence of a psychologist during the process is only advised, rather than being part of the treatment team, such as in organ transplants. To date, the participation of a psychologist is strongly recommended (Law n. 40/2004; Ministero della Salute, 2014) but is not integrated, despite the National Associated Press Agency (ANSA) reporting that 40% of couples who start the ART process, abandon it during treatment. The causes for this abandonment for both sexes are usually psychological and emotional. Let us think only of the long waits, the invasiveness of certain procedures, the uncertainty of the entire process and worries reiterated at each step. Furthermore, with heterologous fertilization the couple finds themselves having to come to terms with the intrusion of an external figure (the donor) to their intimacy, who does not have a face, but is present with his/her DNA, and this can bring

about perceptions of unfamiliarity towards the foetus and the fear of not being able to create an affective-emotional bond with it, as it does not share their own genetic heritage: 'I feel strange, there is something growing inside of me, but it is not mine. I don't feel as though the conception was mine, I fantasize about the donor, I try to imagine her and when I do this, I see my husband in bed with her. I don't feel well because I feel like simply a physical vessel, in this pregnancy the only thing that is mine is the uterus. The baby will never have my genes, she will not look like me and I fear that every time I look at her, I will think of my husband in bed with the donor, as if this baby girl was the result of an affair and not my own. Becoming a mother was my greatest desire but now that I am about to fulfil this, I ask myself if I made the right choice, if I will be able to love her despite all this'; 'I am not yet a father... even though I strongly wish to be. It is three years now that we go in and out of the hospital, but nothing ever happens. We predict that there will be a heterologous fertilization... I don't know... I am scared that the child will not feel mine, that I will not love it as I want to, to see the features of the donor and of not being recognized as the true parent, of not being able to face the topic in the future'.

The feeling of unfamiliarity represents a delicate topic, attributable to the correlated experiences of who undergoes an organ transplant, where the individual feels a real violation of the psycho-physical identity. The transplanted organ implicates an integration of the body representation of who receives the organ and a functional re-organization of their own identity. Some transplant patients experience 'feelings of an intrusion' tied to having someone else inside of them and to the need to make it their own. These patients perceive that they are no longer themselves; others live with the sensation that they are partly a 'replacement' of someone else (Nesci, 2007). In all these discussions, we must not also forget the importance of the donor identity, which remains secret in heterologous fertilization, just as it does in organ donation and the need of giving this donor a face, a name, a story as 'they are within us'. A transplanted organ, just as with gametes, is not seen as a prosthetic or a replacement part, but also as a place in the story of the donor; a story that therefore implies an integration into the recipient's own story (Castelli-Gattinara, Ardovini, Costantini, Morganti, & Onofri, 2005). In transplants, if on the one hand the surgical procedure restores anatomical and physiological function rapidly, on the other hand a parallel cognitive and emotional integration are also necessary. This is a process that takes place also in couples who undergo ART procedures with gamete donation. During pregnancy, all couples live with a sense of unfamiliarity towards the new-born, independently of how this baby was conceived; the child is always something unknown, but in 'biological conception' the genetic transmission determines identity continuity. DNA is something unmistakable and signifies origin in an unequivocal manner, even if only in biologi-

cal terms. Often parents, when talking with their children say: 'you are my flesh and blood' underlining that feeling of belonging, as though DNA was a guarantee not only of the bond but also illusorily of the identity of who is about to be born. When this communality is not there because there is a third person involved in the donation, it becomes difficult for the couple to bridge this sense of unfamiliarity. If you are not my flesh and blood, then who are you? A couple who faces an ART journey with gamete donation, finds themselves coming to terms with this stranger within a stranger, that is, the child and donor who are in turn tied by an inseparable bond (DNA), that is completely unknown to the genetic heritage of the recipient but, paradoxically potentially traceable in the somatic features of the new-born. Couples find themselves at the mercy of a 'void of knowledge' that they try to bridge by fantasizing about the identity of the donor and they battle with the dilemma of revealing or not this origin to the new-born. Regarding this, in 2004 the Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine declared the following: 'Even if the choice belongs to the aspiring parents, we encourage revealing the news of the use of donor gametes to the person conceived in this manner' (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004). Most couples who disclose this information report that they are happy to have done so and did not report any negative effects on their children or on their relationship with their children (Rumball & Adair, 1999; Blake, Casey, Readings, Jadvá, & Golombok, 2010). Some studies observed more positive parent-child relationships in families that revealed the modality of conception (Lycett, Daniels, Curson, & Golombok, 2005). Some parents believe that confronting the topic of conception when the child is at primary school (7-11 years) is best as they consider the child to be 'old enough to understand'. It is important to emphasize that there is not a correct time to reveal conception details to a child, just as there is no correct way of reacting to such a revelation (Blake, Casey, Jadvá, & Golombok, 2011). This is the reason why this process must be co-constructed with the couple, in the uniqueness of their story and of their solutions. According to Jean-Luc Nancy (1996), in the text *'Être singulier pluriel'*: 'there is no being without being with'. It is a strong statement that tends to turn the classical order of development upside down. The classical order claimed that first there was the establishment of being an individual, then the establishment of being with the other. The author believes that there is no before or after, but an immediate establishing together simultaneously. According to Jean-Luc Nancy (2000), who was inspired by Heidegger, in the examination of the ontological establishment of being (Dasein), we discover a co-origin of being with (Mitsein). We gather a primigenial whole, the cum-tactum (touching together) of being and of the 'the one who is' with the other, with others, everyone, always, relentlessly, to yield into the world of existence. Starting from this consid-

eration, working with a couple who is facing ART and gamete donation, means embracing the complexity and dealing with the subject, the couple, and the experience that is taking place. The clinician must be curious about how the I-subject evaluates the foreign subject that has taken up citizenship inside of them because epigenetics is not enough to validate their co-participation to the procreational process because becoming parents, is not only a bodily act, nor only a social act; it is not only a private issue but is it an issue for everyone else, it is not down to an individual, but it is also down to the couple; it is not only a feminine issue, or a masculine one. We can say that it is an entertaining of all of these variables. We could define this complexity as: the 'matryoshka effect'.

The matryoshka is a magical circle that opens with a piece called 'mother' and closes with a piece called 'seed'. It is a symbol of fertility, family and generosity. Designed and today classified as an ethnographic doll, it is a representation of local tradition. This doll represents everything that links ART with the gamete donation process: the I-subject, the tradition, the culture, the gamete, the couple and society. Which is why the clinician cannot exclude looking simultaneously at the single components, but also at the overall view.

'We continuously construct our house using materials that the environment supplies. We construct it through continuous play between the parts that constitute its organization, from biological ones, to reflexive ones and the continuous play of all this with the physical and psychic environment within which it is placed. An only biological construction does not exist, nor does an only reflexive one. Each part weighs on the others, the whole on the singular parts and all of this constitutes a home, that is, an organization (Minolli, 2009).

In light of these considerations, it is getting progressively more necessary to be able to rethink the clinical intervention within an ART process, taking into consideration a new prospective, that goes beyond the classical reading with a nosographic style, in order to consider the complexities of suffering that the couple is experiencing and faces within a treatment course, which is tortuous on both a physical, psychic and social level. An interesting approach is that adopted during the transplant process that foresees supporting the patient in all of the phases: from candidacy for the transplant in which the biopsychosocial context of the patient is gathered, throughout the process of waiting, in which the organ of the donor is imagined, and for all the post-transplant period, in which imagination leaves space for reality and the recipient finds himself/herself coming to terms with the other (donor) that is no longer 'outside of the self': that vital distancing no longer exists. Now, just like a matryoshka, the other is within the self; the donor has taken citizenship within, even if this was so desired previously, it is still felt as something clandestine that modifies not only the

body image but also one's autobiography. Often, the recipient feels a sense of loss that stimulates the need to know who they are carrying within themselves. In this phase it is very important that the entire équipe of healthcare workers engages with the recipient. The couple must be accompanied throughout the entire process so that they can understand the requirements for the citizenship that they want to apply as every couple is a special administrative area. Thus, just like in organ transplants, the couple must be accompanied through the post-donation process and supported in the post-partum period so they can face the darker angsts that are often tied to the fear of not recognizing their future child as their own, or the topic of sharing in the conception procedures or the intrinsic socio-cultural taboos that accompany this process. With regard to this, it is necessary that we re-think the current approach, that only recommends psychological support (Law n. 40/2004; Ministero della Salute, 2014) but does not offer it as part of the multidisciplinary treating team. We can start by constructing a multidisciplinary dialectic method that places the couple at the centre of wanting to become parents. This is the challenge for the future, embracing complexity; constructing knowledge that is useful in all its nuances and which takes into account the individuals, the couple and society.

REFERENCES

- Blake, L., Casey, J., Readings, V., Jadva, V., & Golombok, S. (2010). 'Daddy ran out of tadpoles': how parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-years-olds under stand. *Human Reproduction*, 25(10), 2527-2534.
- Blake, L., Casey, J., Jadva, V., & Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine Online*, 22(5), 485-495.
- Castelli-Gattinara, P., Ardovini, C., Costantini, E., Morganti, G., & Onofri, A. (2005). I trapianti d'organo nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. *Psicobiettivo-Trapianti e Psicoterapia*, XXV(3), 16-38.
- Chatel, M.M. (1995). *Il disagio della procreazione*. Milano: Il Saggiatore.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility, a comparison. *Journal Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 14(Suppl), 45-52.
- Dotti, M. (2017). Bauman: "La felicità è la risposta a ciò che ci consuma" [Intervista]. *Vita International*; 10 Gennaio. Retrived at: <http://www.vita.it/it/article/2017/01/10/bauman-la-felicita-e-la-risposta-a-cio-che-ci-consuma/142082/>
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A.L. Stanton, C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29-57). New York, NY: Springer US. doi:10.1007/978-1-4899-0753-0.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2004). Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility and Sterility*, 81(3), 527-531.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee*. Firenze: Giunti.
- Fiumanò, M. (2000). *A ognuna il suo bambino*. Milano: Pratiche Editrice.
- Greil, A.L. (1991). *Not yet pregnant: infertile couples in contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Hammanerg, K., & Astbury, J. (2001). Women's experice of IVF: a follow-up study. *Human*

- Reproduction*, 16(2), 374-83. doi: 10.1093/humrep/16.2.374.
- Higgins, E.T., Klein, R.L., & Strauman, T.J. (1987). Self-discrepancies: distinguishing among self-states, self-state conflicts, and emotional vulnerabilities. In K. Yardley & T. Honess (Eds.), *Self and identity: psychosocial perspectives* (pp. 173-186). John Wiley & Sons.
- Imrie, S., Vasanti, J., & Golombok, S. (2012). Centre for family research. Cambridge, UK: University of Cambridge.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20(3), 810-819.
- Mahlstedt, P.P. (1985). The psychological components of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 335-346.
- Miall, C.E. (1985). Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary childlessness. *Deviant Behavior*, 6(4), 383-403. doi:10.1080/01639625.1985.9967686.
- Ministero della Salute. (2014). Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15).
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione* Milano: FrancoAngeli.
- Nancy, J.-L. (1996). *Essere singolare plurale*. Torino: Einaudi.
- Nancy, J.-L. (2000). *L'Intruso*. Napoli: Cronopio Edizioni.
- Nesci, D.A. (2007). Libere associazioni in margine al lavoro di Andrea Sabbadini sul replacement child. *Doppio Sogno*, n.5, Dicembre 2007. Retrieved at: <http://www.doppio-sogno.it/numero5/ita/noteneseci.pdf>
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.
- Rumball, A., & Adair, V. (1999). Telling the story: parents' scripts for donor offspring. *Human Reproduction*, 14, 1392-1399.
- Valentini, C. (2004). *La fecondazione proibita*. Milano: Feltrinelli.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 6 October 2020.

Accepted for publication: 13 December 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:435

doi:10.4081/rp.2021.435

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

**FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO**

Cicogne tecnologiche: genitori e figli nati dalla scienza!

*Alessandra Merisio**

SOMMARIO. – Le nuove tecnologie riproduttive inevitabilmente impongono rilevanti trasformazioni valoriali, culturali e relazionali del concetto di genitorialità e in senso più ampio di famiglia. La scissione tra genitorialità biologica e genitorialità sociale sollecita numerosi riflessioni. Il presente lavoro, affronta il tema della donazione di gameti e il bisogno di accogliere ‘l'intruso’ che rivendica e si appropria di una cittadinanza che non è solo corporea o ascrivibile al mondo femminile bensì è una questione della coppia.

Parole chiave: Procreazione medicalmente assistita (PMA); sterilità; infertilità; donazione di gameti; genitorialità; relazione triadica.

‘Mia mamma mi ha insegnato che ci sono due cose che non vanno mai chieste: ‘Quanti anni hai?’ e ‘quanto guadagni?’. A mia figlia spiegherò che c’è una terza cosa che non si deve domandare: ‘A quando un bambino?’. Perché quel punto di domanda, spesso, rischia di trasformarsi in una sciabola che trafigge il costato - anzi, l’utero - di chi dovrebbe rispondere. Perché dietro a quel banale interrogativo buttato lì per fare due chiacchiere da corridoio ci possono essere anni di dolore, di tentativi andati a vuoto, di speranze che naufragano ogni 28 giorni.’

Desiderare un figlio e non riuscire a concepirlo naturalmente è una delle esperienze più dolorose che una coppia possa sperimentare. La diagnosi di infertilità/sterilità è spesso vissuta come una sentenza che fa sentire la coppia ‘diversa’ (Valentini, 2004) perché ‘incapace di procreare’. Questo ha spesso come effetto quello di isolarsi progressivamente da parenti, amici e conoscenti che hanno figli, con conseguenze sulla propria unità e stabilità. Tale sentimento è rappresentato da frasi come ‘non riusciamo più ad incontrare le coppie di amici con figli perché frequentarli ci fa stare troppo male.

*Psicologa, Psicoterapeuta, Socia della Società Italiana di Psicoanalisi della relazione (SIPRe). E-mail: alessandrmerisio@yahoo.it

Tutte le volte che li guardiamo proviamo invidia, rabbia, frustrazione', 'non riusciamo più nemmeno ad affrontare l'argomento figlio, non riusciamo a parlarne con nessuno, tutti ti dicono sempre la stessa cosa: andrà bene ma, non è mai il nostro turno'. A sua volta, tale processo può portare le coppie a mantenere segreta la decisione di ricorrere alla PMA, sia con i propri familiari che con la rete sociale. Questo principalmente per due ragioni: da una parte si attribuisce un significato di vergogna alla propria 'diversità', dall'altra si desidera proteggere quel figlio che già si immagina presente nella propria vita (Miall, 1985; Greil, 1991). Depressione, bassa autostima, isolamento sociale e in generale una percezione di non positiva qualità della vita possono emergere come caratteristiche rilevanti, anche a distanza di anni dall'interruzione dei trattamenti (Hammanerg & Astbury, 2001). L'infertilità è fonte di stress cronico quando il trattamento è percepito come invasivo e condiziona aspetti fisici ed emotivi, quando il soggetto comprende l'incertezza dei risultati della cura, avverte l'incontrollabilità dei problemi e sente la perdita di speranza dopo un nuovo fallimento (Dunkel-Schetter & Lobel, 1991; Domar, Zuttermeister & Friedmam, 1993; Peterson, Newton, Rosen, & Skaggs, 2006). La scelta di affidarsi alla medicina può risultare difficile da maturare e, anche quando si decide di intraprendere un percorso di PMA, il cammino che si prospetta è tortuoso e non sempre risolutivo. Le coppie che formulano domanda di PMA arrivano spesso provati da sofferenze, tentativi di concepimento naturale che non sono andati a buon fine e vissuti di perdita rinnovati ogni mese all'arrivo del ciclo che segna l'inaccessibilità alla gravidanza. La diagnosi di infertilità irrompe inaspettata nella vita delle persone generando una profonda crisi relativa alla propria capacità riproduttiva che mette in discussione la propria immagine, l'autostima e il senso di autoefficacia sia a livello individuale che di coppia. Come sostiene Faccio (2007): 'il corpo è anche corpo semiotico con le sue espressioni, gesti, modi di agire, abilità acquisite. Non è qualcosa di separato dai discorsi, dai ruoli, dalle regole, dagli apprendimenti, dalle narrazioni e dalla gestualità che lo possiede e lo pervade. Si tratta (...) di un corpo relazionale, ovvero di segni e di atti comunicativi, che costituiscono in larga misura l'esperienza che abitiamo e che incontriamo'. La quotidianità è così invasa da un flusso di coscienza in cui risonanze emotive, rappresentazioni mentali e sensazioni corporee implicano tutti quei significati che costruiscono l'identità di persona e di coppia sterile (Higgins, Klein, & Strauman, 1987). Per non parlare dell'impatto che la procreazione medicalmente assistita ha sull'intimità: rapporti sessuali mirati, vissuti e percepiti come meccanici e sganciati dal piacere o come inutili perché slegati dal concepimento. Autori come Mahlstedt (1985) e Fiumanò (2000) riferiscono che le coppie infertili arrivano anche all'evitamento dei rapporti sessuali proprio perché fortemente connessi ad una serie di calcoli probabilistici. A questo si aggiunge la percezione di un 'concepimento a tre' (Imrie,

Vasanti, & Golombok, 2012) dettato dall'inserimento del medico in tutte le sfere del duale dall'avvio del percorso di PMA e per tutto il suo compimento. I progressi in campo medico hanno consentito di ottenere straordinari miglioramenti della prognosi, creando così il 'tempo della possibilità' una finestra che garantisce l'accesso diretto ai propri desideri oltre il limite, oltre se stessi. Oggi 'è diventato possibile fare un bambino fuori dal sesso, fuori dal corpo, sfidando le leggi del desiderio e del sesso, fare il bambino allucinato, il bambino impossibile, in tutta legittimità. Le storie delle donne che raccontano dell'esperienza della PMA sono tutte simili ed uniche allo stesso tempo, sono sempre segnate dal dolore, dal lutto di dover accettare il limite biologico dell'infertilità; sono marchiate dalla 'violenza' dell'intrusione del corpo, trattato non con l'amore e il desiderio che permettono di integrare mente e corpo, ma come oggetto da scandagliare, analizzare, da medicalizzare, da frammentare' (Chatel, 1995).

In Italia i centri attivi di PMA sono 366, di cui 114 pubblici, 21 privati convenzionati, 231 privati. Secondo i dati dell'ISTAT le coppie trattate sono 78.366, i trattamenti erogati si aggirano intorno a 90.374 senza donazione di gameti e 7514 con donazione di gameti. I bambini nati dai percorsi di PMA sono 13.973 (12.236 senza donazione di gameti e 1737 con donazione di gameti; <https://www.epicentro.iss.it/focus/pma/aggiornamenti>). La legge n. 40/2004 ha aperto un mondo di speranza per tutte quelle coppie in balia dell'impotenza dettata da una diagnosi schiacciante, che ha tolto loro 'il diritto universale' della generatività (Ministero della Salute, 2014). Bauman nel suo discorso sulla felicità rende bene il concetto:

'...la felicità è uno stato mentale, corporeo, che sentiamo in modo acuto, ma che è ineffabile. Una sensazione che non è possibile condividere con altri. Ciononostante, la caratteristica principale della felicità è quella di essere un'apertura di possibilità, in quanto dipende dal punto di vista con il quale la esperiamo. Nell'antichità la felicità era una ricompensa per pochi eletti selezionati. In un momento successivo venne concepita come un diritto universale che spettava a ogni membro della specie umana. Successivamente, si trasformò in un dovere: sentirsi infelici provoca senso di colpa. Dunque chi è infelice è costretto, suo malgrado, a trovare una giustificazione alla propria condizione esistenziale' (Dotti, 2017).

In relazione a ciò, la PMA ha permesso alle coppie di rispondere al 'dovere' di essere felici, garantendo uno strumento che dona la percezione di poter nuovamente decidere del proprio destino ma, anche qui sono emersi dei limiti invalicabili per esempio le limitazioni legislative. L'Italia resta la nazione tra le più restrittive d'Europa in merito alla fecondazione eterologa. Donare un gamete non è possibile ma, basta cercare su qualsiasi motore di ricerca in internet e compare un elenco numeroso di siti stranieri che promettono pacchetti convenienti: viaggio, visita, hotel e a cose fatte si torna in Italia. Nel 2010, il Centro Nazionale per i Trapianti (CNT) in accordo con

le Regioni e con il Ministero della Salute è stato incaricato di realizzare un programma di controlli e ispezioni presso i centri di PMA, al fine di verificare la conformità degli stessi alle Direttive Europee e ai relativi Decreti Legislativi.

Il Centro Nazionale per i Trapianti (CNT), istituito dall'art. 8, Legge 1 aprile 1999 n. 91, 'Disposizione in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti', è una struttura operativa presso l'Istituto Superiore di Sanità, alla quale sono riconosciute le funzioni di indirizzo, coordinamento e promozione dell'attività di donazione e trapianto di organi, tessuti e cellule. Per ottemperare ai requisiti previsti dai D. lgs. 191/2007 e 16/2010 per quanto riguarda la tracciabilità dei gameti e la sicurezza dei donatori, con legge 23 dicembre 2014, n. 190, comma 298, è stato istituito, presso il CNT, il Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive. Le Direttive Europee infatti richiedono la tracciabilità nel processo dalla donazione al ricevente, al fine di poter individuare la fonte di un eventuale problema di qualità e di sicurezza legato a ciascuna fase e poter quindi intervenire per la risoluzione del problema e/o mettere in atto eventuali azioni preventive al fine di evitare il ripetersi del problema. Inoltre, nelle procedure eterologhe di PMA la perfetta tracciabilità dal donatore alla madre ed un sistema di biovigilanza coordinato centralmente diventano cruciali al fine di poter ricostruire il percorso completo dal donatore alla madre fino al nato, in caso di comparsa di patologie infettive o genetiche trasmissibili sia alla madre che al nato, gestendo al contempo i dati in forma anonimizzata. In scia alla nomina del CNT quale organo competente in materia di donazione, i percorsi di PMA iniziano a strutturarsi secondo i presupposti dell'iter trapiantologico: dalla tracciabilità della donazione, al donatore, al ricevente, alla privacy fatta eccezione della figura dello psicologo. Ad oggi, vivamente consigliato (legge n. 40/2004; Ministero della Salute, 2014) ma non integrato nonostante l'ANSA riporti la notizia che il 40% delle coppie che inizia un percorso di PMA abbandona il processo in corsa. Le cause di quest'abbandono per entrambi i sessi sono spesso psicologiche ed emotive. Pensiamo alle attese, all'invasività di alcune pratiche, all'incertezza dell'intero processo con preoccupazioni reiterate ad ogni step. In più con la fecondazione eterologa la coppia si trova a fare i conti con l'irruzione nell'intimità del donatore quale figura estranea, senza volto ma, presente con il suo DNA, aspetto che sollecita la percezione di estraneità rispetto al feto e il timore di non riuscire a creare un legame affettivo-emotivo con esso, non essendoci una condivisione del proprio patrimonio genetico: 'mi sento strana, c'è qualcosa dentro di me che sta crescendo ma, non è mio. Anche il concepimento non lo sento mio, fantastico sulla donatrice, provo ad immaginarla e quando lo faccio, vedo mio marito in camera da letto con lei. Sto male perché mi sento solo un contenitore fisico, in questa gravidanza di mio c'è solo l'utero. Non avrà i miei geni, non mi assomiglierà e ho paura che ogni volta che la guarderò,

penserò a mio marito a letto con la donatrice, come se questa bambina fosse frutto di un tradimento e non mia. Diventare mamma era il mio grande desiderio ma, ora che lo sto per realizzare mi chiedo se ho fatto la scelta giusta, se riuscirò ad amarla nonostante tutto'; 'non sono ancora un papà... anche se lo desidero fortemente. Da tre anni entriamo ed usciamo dall'Ospedale ma, non succede mai nulla. Si prospetta la fecondazione eterologa... non so... ho paura di non sentirlo figlio mio, di non amarlo come vorrei, di vedere i tratti dei donatori, di non essere riconosciuto come il vero genitore, di non saper affrontare un domani il tema'.

Il senso di estraneità rappresenta un tema delicato, ascrivibile ai vissuti correlati a chi si sottopone a trapianto d'organo, dove l'individuo sperimenta una vera e propria violazione della sua identità psico-fisica. L'organo trapiantato implica un'integrazione nella rappresentazione del corpo di chi lo riceve e una riorganizzazione funzionale della propria identità. Alcuni pazienti trapiantati sperimentano un 'vissuto di intrusione' legato all'avere l'altro dentro di sé e al bisogno di farlo proprio. Essi percepiscono di non essere più se stessi; altri vivono con la sensazione di essere in parte un 'replacement' di un'altra persona (Nesci, 2007). In tutta questa computazione, non è di poco conto il tema dell'identità del donatore, che rimane segreta nella fecondazione eterologa così come nella donazione d'organo e sul bisogno di dare un volto, un nome, una storia all'altro che ora si trova 'dentro di me'. 'L'organo trapiantato, così come i gameti non sono visti solo come una protesi o un pezzo di ricambio, ma anche come uno dei luoghi della storia del donatore; storia che implica pertanto una sua integrazione nella storia di chi lo riceve (Castelli-Gattinara, Ardochini, Costantini, Morganti, & Onofri, 2005). Nel trapianto, se da un lato l'intervento chirurgico ripristina il funzionamento anatomico e fisiologico in maniera rapida, dall'altro è necessaria una integrazione cognitiva ed emotiva parallela, processo che avviene anche nelle coppie che si affacciano al percorso di PMA con donazione di gameti.

Nel corso della gravidanza, tutte le coppie vivono un senso di estraneità verso il nascituro, indipendentemente dalla modalità del concepimento; il figlio è sempre qualcosa di estraneo a sé ma, nel 'concepimento biologico' la trasmissione genetica determina una continuità identitaria. Il DNA è qualcosa di inconfondibile e connota in modo univoco l'origine, anche se solo in termini biologici. Spesso i genitori parlando dei propri figli affermano: 'sei sangue del mio sangue' sottolineando il senso di appartenenza come se il DNA fosse una garanzia non solo del legame ma illusoriamente anche dell'identità di chi sta per nascere. Quando questa condivisione non c'è perché il terzo è frutto di una donazione, diventa difficile per la coppia colmare il senso di estraneità. Se non sei sangue del mio sangue allora chi sei? La coppia che affronta il percorso di PMA con donazione di gameti, si trova a dover fare i conti con l'estraneo nell'estraneo ovvero, il figlio e il donatore

che a loro volta sono uniti da un legame inscindibile (il DNA) che è del tutto sconosciuto al patrimonio genetico del ricevente ma, paradossalmente potenzialmente rintracciabile nei tratti somatici del nascituro. Le coppie si trovano così da un lato in balia di un 'vuoto conoscitivo' che provano a colmare fantasticando sull'identità del donatore dall'altro impattano con il dilemma se rivelare o meno al futuro nascituro la sua origine. A tal proposito, nel 2004 il Comitato Etico della Società Americana di Medicina della Riproduzione ha dichiarato quanto segue: 'Anche se in ultima analisi la scelta è degli aspiranti genitori, si incoraggia la rivelazione alle persone concepite da donatori per quanto riguarda l'uso di gameti di donatori nel loro concepimento' (Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2004). La maggior parte delle coppie che arrivano alla disclosure riferisce di essere contenta di aver condiviso le informazioni e di non aver riportato alcun effetto negativo sui propri figli o sul rapporto con il bambino (Rumball & Adair, 1999; Blake, Casey, Readings, Jadva, & Golombok, 2010). Alcune ricerche hanno riscontrato relazioni genitore-figlio più positive nelle famiglie che hanno rivelato la modalità del concepimento (Lycett, Daniels, Curson, & Golombok, 2005). Alcuni genitori ritengono di affrontare il tema del concepimento quando il figlio è in età scolare (7-11 anni) perché ritengono che siano 'abbastanza grandi per capire'. È importante sottolineare che non esiste un tempo corretto per rivelare il concepimento così come non esiste un modo corretto di reagire alla rivelazione (Blake, Casey, Jadva, & Golombok, 2011). Ragion per cui, il percorso va co-costruito con la coppia, nella specificità della sua storia e delle sue soluzioni.

Secondo Jean-Luc Nancy (1996), nel testo *'Être singulier pluriel'*: 'tutto ciò che esiste se è vero che esiste, allora co-esiste, è con'. È un'affermazione forte che tende a ribaltare l'ordine classico dello sviluppo che supponeva prima la costituzione dell'essere come singolo, poi l'essenza dell'essere con-l'altro. L'autore sostiene che non esiste un prima e un dopo, ma un immediato costituirsi insieme con, con-temporaneamente. Nell'indagine sulla costituzione ontologica dell'esserci (Dasein), secondo Jean-Luc Nancy (2000), che si rifà a Heidegger, si scopre la cooriginarietà dell'essere-con (Mitsein). Si coglie l'insieme primigenio, il cum-tactum, dell'essere e dell'essente con-l'altro, con-gli altri, tutti, sempre, implacabilmente, per declinarsi nel mondo dell'esistenza. A partire da questa considerazione, lavorare con la coppia che si affaccia alla PMA con donazione di gameti, vuol dire abbracciare la complessità ovvero occuparsi del soggetto, della coppia, dell'esperienza in atto. Il clinico si deve incuriosire rispetto a come l'Io-soggetto computa la soggettività straniera che ha preso cittadinanza dentro di sé perché non basta l'epigenetica per convalidare la propria partecipazione al processo procreativo perché divenire genitori, non è solo un fatto corporeo ma, nemmeno solo un fatto sociale; non è solo una que-

stione privata ma, nemmeno solo collettiva, non è solo in capo al singolo ma, nemmeno solo alla coppia; non è solo una questione al femminile ma, nemmeno solo al maschile. Si può dire che è l'intreccio di tutte queste variabili. Si potrebbe definire tale complessità: 'effetto matrioska'.

La matrioska è un cerchio magico che si apre con un pezzo chiamato 'madre' e si chiude con un pezzo chiamato 'seme'. È un simbolo di fertilità, di famiglia e generosità. Ideate e ad oggi classificate, come bambole etnografiche, rappresentative della tradizione locale. Questa bambola rappresenta molto bene tutto ciò che si intreccia nel percorso di PMA con donazione di gameti: l'io-soggetto, la tradizione, la cultura, il gamete, la coppia, la società. Ragion per cui, il clinico non può prescindere dal mantenere simultaneamente uno sguardo alle singole componenti e allo stesso tempo una visione di insieme.

'Noi costruiamo continuamente la nostra casa servendoci del materiale che l'ambiente fornisce. La costruiamo tramite il gioco continuo delle parti che costituiscono l'organizzazione, da quelle biologiche a quelle riflessive e il gioco continuo dell'insieme con l'ambiente fisico e psichico, all'interno del quale è posto. Non esiste una costruzione solo biologica o solo riflessiva. Ogni parte incide sulle altre, l'insieme sulle singole parti e tutto questo costituisce la casa, ossia l'organizzazione' (Minolli, 2009).

Alla luce delle considerazioni riportate, si fa sempre più strada la necessità di poter ripensare l'intervento clinico entro il percorso di PMA, prendendo in considerazione una nuova prospettiva, che vada oltre alla lettura classica di stampo nosografico, per cogliere la complessità della sofferenza che le coppie vivono e affrontano entro un percorso di cura così tortuoso sia sul fronte fisico, che psichico ma, anche sociale. Interessante è l'approccio adottato nel corso dell'iter trapiantologico che prevede l'affiancamento del paziente in tutte le sue fasi: dalla candidatura a trapianto in cui avviene un inquadramento bio-psico-sociale del paziente, per tutto il periodo dell'attesa in cui l'organo del donatore è immaginato e per tutto il decorso post-trapianto in cui l'immaginazione lascia spazio alla realtà e il ricevente si trova a fare i conti con l'altro (il donatore) che non è più 'altro da sé', non esiste più quel distanziamento vitale. Ora, proprio come una matrioska, l'altro è dentro di sé; il donatore ha preso cittadinanza e seppur tanto desiderato, spesso è percepito come un clandestino che ha modificando non solo l'immagine corporea ma, anche la narrazione autobiografica. Spesso il ricevente vive un senso di smarrimento che alimenta il bisogno di sapere chi sta portando dentro di sé. In questa fase è molto importante che tutta l'équipe dei curanti si occupi del ricevente, la coppia va accompagnata nella comprensione dei requisiti di cittadinanza che vogliono applicare poiché ogni coppia è una regione a statuto speciale. Così come nel trapianto d'organo, la coppia va poi accompagnata lungo tutto il decorso post-donazione e sostenuti nel post-partum affinché possano affrontare le stanze buie spesso legate alla

paura di non riconoscere come proprio il figlio che aspettano, o al tema della condivisione della modalità del concepimento o dei tabù socio-culturali intrinseci a questo percorso. In relazione a ciò, è indispensabile poter ripensare l'approccio attuale, che consiglia il supporto psicologico (legge n. 40/2004; Ministero della Salute, 2014) iniziando a costruire una dialettica multidisciplinare, che ponga al centro la coppia e il suo divenire genitori. Questa è la sfida per il futuro, abbracciare la complessità; costruendo un sapere che sia fruibile in tutte le sue sfumature e che tenga conto dei singoli, della coppia e della società.

BIBLIOGRAFIA

- Blake, L., Casey, J., Readings, V., Jadva, V., & Golombok, S. (2010). 'Daddy ran out of tadpoles': how parents tell their children that they are donor conceived, and what their 7-years-olds understand. *Human Reproduction*, 25(10), 2527-2534.
- Blake, L., Casey, J., Jadva, V., & Golombok, S. (2011). Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproductive Biomedicine Online*, 22(5), 485-495.
- Castelli-Gattinara, P., Ardovini, C., Costantini, E., Morganti, G., & Onofri, A. (2005). I trapianti d'organo nella prospettiva cognitivo-evoluzionista. *Psicobiettivo-Trapianti e Psicoterapia*, XXV(3), 16-38.
- Chatel, M.M. (1995). *Il disagio della procreazione*. Milano: Il Saggiatore.
- Domar, A.D., Zuttermeister, P.C., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility, a comparison. *Journal Psychosomatic Obstetrician Gynecology*, 14(Suppl), 45-52.
- Dotti, M. (2017). Bauman: "La felicità è la risposta a ciò che ci consuma" [Intervista]. *Vita International*; 10 Gennaio. Retrieved at: <http://www.vita.it/it/article/2017/01/10/bauman-la-felicit-a-e-la-risposta-a-cio-che-ci-consuma/142082/>
- Dunkel-Schetter, C., & Lobel, M. (1991). Psychological reactions to infertility. In A.L. Stanton, C. Dunkel-Schetter (Eds.), *Infertility: Perspectives from stress and coping research* (pp. 29-57). New York, NY: Springer US. doi:10.1007/978-1-4899-0753-0.
- Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2004). Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility and Sterility*, 81(3), 527-531.
- Faccio, E. (2007). *Le identità corporee*. Firenze: Giunti.
- Fiumanò, M. (2000). *A ognuna il suo bambino*. Milano: Pratiche Editrice.
- Greil, A.L. (1991). *Not yet pregnant: infertile couples in contemporary America*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Hammanerg, K., & Astbury, J. (2001). Women's experience of IVF: a follow-up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-83. doi: 10.1093/humrep/16.2.374.
- Higgins, E.T., Klein, R.L., & Strauman, T.J. (1987). Self-discrepancies: distinguishing among self-states, self-state conflicts, and emotional vulnerabilities. In K. Yardley & T. Honess (Eds.), *Self and identity: psychosocial perspectives* (pp. 173-186). John Wiley & Sons.
- Imrie, S., Vasanti, J., & Golombok, S. (2012). Centre for family research. Cambridge, UK: University of Cambridge.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2005). School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20(3), 810-819.
- Mahlstedt, P.P. (1985). The psychological components of infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 335-346.
- Miall, C.E. (1985). Perceptions of informal sanctioning and the stigma of involuntary child-

- lessness. *Deviant Behavior*, 6(4), 383-403. doi:10.1080/01639625.1985.9967686.
- Ministero della Salute. (2014). Relazione del Ministro della Salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40, articolo 15).
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione* Milano: FrancoAngeli.
- Nancy, J.-L. (1996). *Essere singolare plurale*. Torino: Einaudi.
- Nancy, J.-L. (2000). *L'Intruso*. Napoli: Cronopio Edizioni.
- Nesci, D.A. (2007). Libere associazioni in margine al lavoro di Andrea Sabbadini sul replacement child. *Doppio Sogno*, n.5, Dicembre 2007. Retrived at: <http://www.doppio-sogno.it/numero5/ita/noteneseci.pdf>
- Peterson, B.D., Newton, C.R., Rosen, K.H., & Skaggs, G.E. (2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21(9), 2443-2449.
- Rumball, A., & Adair, V. (1999). Telling the story: parents' scripts for donor offspring. *Human Reproduction*, 14, 1392-1399.
- Valentini, C. (2004). *La fecondazione proibita*. Milano: Feltrinelli.

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: 6 ottobre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 13 dicembre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:435

doi:10.4081/rp.2021.435

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

FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY | ARTICLE

Migration, Interculturality and Parenthood

Valentina Stirone,* Jolanda Spoto,** Martina Trinchieri***

ABSTRACT. – This article takes a psychoanalytic approach to examining the phenomenon of migration together with those of interculturality and parenthood. The objective is to highlight the condition of vulnerability that characterizes migrants when they are facing the complex passage towards parenthood. The authors intend to present potential difficulties connected to migratory processes, especially with respect to the suffering that many women go through by leaving their country of origin and the physical and psychological violence that they are often forced to endure. The complex theme of migration is confronted with regard to aspects of integration and the relevant dynamics that characterize it. This is done within an epistemic vision of human beings, whereby every subject makes their own fragilities, resources and competences available for further human growth. The migratory passage, through the therapeutic journey, takes on dignity and consistency, allowing both of these to exist.

Key words: Culture; migration; violence; pregnancy; parenthood; travel.

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino:
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.
(A. Machado)*

*SIPRe psychoanalyst, consultant at the Ethnopsychiatry Service at the Hospital Grande Ospedale Metropolitano Niguarda in Milan. E-mail: valentina.stirone18@gmail.com

**SIPRe psychoanalyst, consultant at the Psychology and Psychiatry Service of the Opera San Francesco Association for the Poor in Milan. E-mail: jolandaspoto@gmail.com

***SIPRe psychoanalyst in her private studio and in other medical centres in Milan.
E-mail: martinatrinchieri90@gmail.com

The term 'migration' takes us immediately to the concept of relocation, that is, a concrete physical *movement* from one geographical location to another. However, migrating does not mean only moving from one place to another; it entails a crossing, a leaving and a discovering in a movement that involves the subject actively in this process of transformation.

The culture of every country is made up of a collection of traditions, rules, values, norms and implicit and explicit meanings, that are shared by the members of that specific group. These dimensions involve many levels; among these, the relational dimension is the one that interests and intrigues relational psychoanalysts. To understand the implications of what we are talking about, we can think about the relationship between genders, man and woman, or between a parent and a child: some relational modalities can be completely forbidden and condemned in some countries, in others they are instead considered desirable. And also, for example, the different ways of expressing dimensions such as affectivity or closeness can vary enormously from one culture to another. Far from being a monolithic and an unchangeable reality, culture is continuously changing. Actually, Jullien (2018) states that the specificity of culture is that it is both plural and singular (p. 26). The subject is, on one hand, a depository of these cultural aspects, but at the same time a promoter (that is often unaware) of its transformation. If we go back to Jullien's concept (*ibidem*) of gap, it seems important to consider cultures as elements that 'remain one in front of the other' maintaining that creative tension that allows for their evolution, which must be considered as circular and never linear.

The work with foreigners obligates us as psychoanalysts, to strongly face, perhaps more than in any other field, this immediacy, this otherness, with the 'other', the 'stranger' that impacts, and interrogates the subjectivity of every analyst, who at the same time, has their own culture as a single reference to read and give meaning to the reality with which they are faced.

It is exactly in this necessity of keeping these cultural elements in tension that therapeutic possibilities open up towards re-appropriation and transformation for both patients and therapist. Two processes that cannot be guided externally and in a particular direction.

Research on migration has shown how *migration in itself represents a potential vulnerability factor*; the complex migratory experience can be associated with suffering that can, in more severe cases, lead to psychopathology. Studies show how the migratory process can create complications for mental health and for health in general. This is due to experiences of insecurity and laceration of the protection network, whereby direct and immediate comparison with other members of the community are lacking (Virupaksha, Kumar, & Nirmala, 2014). Whoever migrates, in fact, finds himself or herself contending with a new culture, with new ways of perceiving and expressing oneself, in any aspect of life, including the

parental one; this often happens in solitude, without the usual parameters and reference criteria and without the support of the social network.

Just as in migration, during pregnancy and during the *post-partum* period, there is a greater psychic vulnerability.

Even parenthood, entails a movement that is not only physical but an existential 'passage': giving birth to a child implies a passage of status to becoming parents. The birth of a child creates an opportunity for an evolutionary passage, maybe even existential. This passage is full of complex experiences which are often contradictory, and we can observe a clinical manifestation called '*post-partum* depression'. This condition has some neurobiological correlates, and it is object of medical research, but it also has a deeply subjective meaning that must be explored from time to time and enhanced.

The experience of migration, influences the physiological process that occurs in women during pregnancy and maternity, exposing women migrants to a double *psychic and cultural vulnerability* (Moro, Neuman, & Réal, 2010). This is represented by the need for a psychic process of re-elaboration of both the migratory journey (and project) and maternity, with its aspects of identity re-elaboration and the transformation of the social role. This condition is defined as '*elaborative solitude*': a young mother feels insecure and confused, she does not know how to behave, she does not know how to raise a child because she is squeezed between different social and cultural expectations. On one side there is what she saw being done in her country, on the other, there are the practices of the new country, that are expected but not always clearly explained.

Research has investigated the beliefs and practices tied to the care that new-borns need from their migrant mothers. The cultural credence of the parents about the development of their children and the '*parental ethnotheories*' are defined as cultural models that parents have in relation to children, to families and themselves as parents. For instance, a study conducted in Italy by Moscardino and Axia (2006) focused on a group of Nigerian mothers who were first generation migrants. They found that, overall, the credence and the maternal practices widely reflected traditional Nigerian culture, although some aspects were influenced by the culture of the 'host' society. The practices and traditions tied to pregnancy and to childcare became less clear and thus struggle to orient the mother and provide her with a sense of efficacy regarding her role. To this subjective sense of disorientation and uncertainty, it is not infrequent that judgmental comments and attitudes are added to these, and even censor, with respect to the different ways of confronting the pregnancy and of looking after the new-born. This feeling of being 'caught between a rock and a hard place', or of having lost every sense of direction and reference point, can strongly affect the experience tied to the sense of being a mother and the relationship with the child.

Maternity can be a particularly difficult experience for migrant women: the expecting mother finds herself going through a pregnancy without the women from her family or from her community, that is, *co-mothers*. She must be open to the possibility of giving birth in a context that she does not know or recognize, and this no longer corresponds with her expectations, thus she can experience it as mysterious and threatening. Pregnancy has been defined by Bydlowski (2004) as a period of '*psychic transparency*', understood as a particular emotional state in which the woman is much more permeable to what happens inside of her and in her relationships with others. The migrant woman is inserted in an environment where there are rules that she does not recognize, of which often she does not understand the language. Her husband, if present, is not usually accustomed to dealing with the pregnancy together with his wife, and therefore the woman often finds herself facing these complex challenges on her own. In this solitude she must orient herself through the numerous prescribed medical appointments, which is often unusual in her country of origin and this can create a state of alarm: it can result in a lack of naturalness and even be experienced as intrusive and violent. The woman will also find herself facing childbirth in a context that is often seen as aseptic (which can even be perceived as neglectful). She must understand the directions given to her regarding breastfeeding, nutrition and the control of the health for her baby, and these are sometimes deeply different compared to those she saw being carried out by her mother, her aunts, sisters and even herself, if she has already had this experience in her country of origin. In this disorienting experience a woman can develop feelings of deep loneliness, nostalgia and ineptitude. Everything becomes difficult, even the most natural acts lose their spontaneity. She may appeal to deterministic explanations in order to understand what is no longer comprehensible: 'my child is not growing 'cause I can't give him the food that we usually give in Africa for him to grow', 'my child is ill all the time, it is because they forced me to stop breastfeeding too early', or sometimes the mother adapts to the new reality acritically, unconsciously creating a niche of cultural resistance that the child will perceive, with aspects that are contradictory and conflicting.

What can the objective of an intervention by an analyst who works with people who are experiencing this passage to parenthood simultaneously with migration be? These people are having to go through a condition of double vulnerability and therefore 'double passage' that entails complex processes of change at an identity level. As Michele Minolli (2009) states patients do not ask for help in being freed from their symptoms that are 'only' an expression of suffering but ask to '*be supported in the elaborative process of passage*' (*ibidem*, pg. 109) so that the patient can recognize and find himself/herself within his/her behaviour and within his/her being. This, placed in this specific context, can also pass through the appropriation of the migratory process and the project of becoming a parent.

Regarding assumption and appropriation, an inherent complication to the area of migration is tied to the fact that, more often than not, the person who migrates towards a new country finds themselves being a 'stranger', that is, bearer of a distinctive culture which is different from the majority. They have not 'chosen' it, in the most profound sense of the term, but have escaped or fled from political and religious persecution, from violent situations, from war or severe deprivation. Papadopoulos and Perez (2006) recognize that in this varied category of people there is a common characteristic, that refers to loss of a home as the shared element that produces a sense of 'nostalgic misery' that needs repairing. This 'nostalgic disorientation' (*ibidem*) does not concern (or only concern) the concrete element of the home, but rather the sense of security that can be found in being able to return and stay at home. The home is like a second skin that divides the self from the external world. This impossibility of going back, this absence (in some stories told by refugees they speak of houses that have been destroyed, whole villages set on fire) implicates a series of attempts to repair this shortcoming through a search for a substitute that can act as a new container, even if temporary, that allows for a sense of continuity of minimal security.

Besides, in this escape, the migratory journey is often characterized by conditions of constraint, imprisonment, physical and sexual violence (we can refer, for example, to the 'situation in Libya'). As is sadly known, research highlights (The UN Refugees Agency, 2017, 2019) how many women who escape from violence endured in their country of origin, experience further violence during the crossings, in the Libyan detention centres, on the boats that bring them to Italy and/or other receiving countries; these are journeys of hope that transform themselves into continuous traumas from the beginning to the end of the *passage*. We can observe the trajectories of violence on the geography of their bodies, which are sometimes incarnated even in their pregnancy and in the birth of their child. The experiences regarding maternity in this case are studded with complex elements, that risk remaining isolated, non-communicative and only leave space for feelings of anger, desperation and a nostalgic sentiment of irreparable loss (of their home, of their country, of their traditions and habits, of their innocence, of the illusion of being able to direct their lives). It is therefore important to explore these experiences, tied to the migratory journey and to maternity, individually or if possible, with the parental couple. We must approach it with great respect for what has been for this father and this mother; without labelling, neither with diagnostic categories, nor much less with pre-established concepts that concern a presumed 'generalized migratory experience' or a 'predefined cultural context'.

Villa and Tognassi (2016), deal with this when, discussing the journey that leads the subject to take a position, using Lacan's concepts, they

describe three fundamental moments in this process: i) the instant of seeing, in which the subject perceives that the surrounding reality is different to what they have previously imagined; ii) the time of understanding, in which the subject re-elaborates what he/she has perceived in a new way; iii) the moment of concluding, in which the subject finalizes his/her decision.

The authors notice how often in the journeys of refugees, the instant of seeing precipitates on the moment of concluding, almost completely quashing the time of understanding, due to the conditions of emergency in the situation.

In therapeutic journeys with people who have fled from their own country, because of severe risks for their survival, it is possible to observe how this mechanism of quashing remains for a long time after the arrival in the new host country. This concerns that specific moment, and other events that occur in the so-called 'new life'. In certain situations, we can observe an inability to have a 'grip' on one's own life, as though things happen without any control, even pregnancies and births.

Perhaps in these cases the possibility of emerging from passivity, which is given for granted, could be represented by the reappropriation of the process that result in 'escaping' from their country of origin in search of new life opportunities. Leaving space only to the experience of nostalgia does not seem to allow reappropriation. This work of reopening certain possible sense spaces of meaning is delicate and potentially painful, due to the contrasting experiences of loss, betrayal and abandonment that it can evoke. It seems to be a further crossing that is necessary and useful to the process of reappropriation of their life, as infinitesimal as the 'choice' can appear. Situations that are even more specific and delicate than this situation of non-choice are those of pregnancies resulting from sexual violence in transit countries.

Pregnancy and migration thus become a 'challenge within a challenge'. Parenthood is built with a series of complex ingredients, some belong to a whole society, they are 'collective', they change over time and are legal, historical, social and cultural; others are more intimate, delicate, 'private', and belong to each of the future parents, to the couple and to the family history of the mother and father. Keeping this in mind, the new-born, 'the new world', is an active partner in the construction of parenthood, he/she participates and contributes to make the maternal and paternal potentialities emerge, both in terms of instinct and care, where these are given the necessary space to 'be and become' starting from the self. Cultural factors therefore play a preventative role, anticipating with beliefs, rituals, traditions and practices, creating a mix of individual, familial and relational elements that is highly creative. In a migratory situation, especially a forced one, these elements of the personal and private sphere can however clash, even rather abruptly, with logic and rules that can be medical, psychological and socio-cultural. On account of the loss of familial, social and cultural support, it

can be profoundly difficult to give a ‘culturally’ acceptable sense to feelings of sadness, inability and difficulty in interaction, that a mother can experience. In fact, when it is a woman migrating, the risk factors increase, she can be a victim of violence and gender abuses of power, she can incur in physical and psychological abuse and strong marginalisation. The female migrant can be subjected to continual violence, that changes territory, language and perpetrators, but that, during the escape, in substance seems to only change ‘form’. Trajectories sculpted on the bodies, in the memory that combine stories and destinies of suffering can be found in numerous stories, that are similar or diverse to time itself (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni [OIM], 2016): such as the tales of women who pass from Niger, destined for a *connection house* in Agadez, dark places in which female migrants are held captive before setting off for Libya, where they are subjected to continuous violence, sometimes forced to prostitute themselves in order to continue the journey. There are numerous reports of what occurs in Libya, where traffickers do not distinguish between nationality and age, nor do they have qualms towards women who are pregnant, as reported by Amnesty International (<http://www.amnesty.it/libia>). There are places where rape is used as a punishment and as a bargaining chip when the migrant cannot pay for their journey, or to intimidate the family of origin with a sort of ransom message, as was reported by the President of *Médecins Sans Frontières* (MSF) during a press conference in Brussels in 2017 (<http://medicisenzafrontiere.it/notizie/blog>). During medical visits that women are subjected to when they arrive in the shelters, many women report having taken (and abused) large doses of contraceptives, starting months before their departure. Others report somatic symptoms; the suffering experienced is remembered in the body and can manifest with headaches, non-specific pains, abdominal pain, insomnia, asthenia, palpitations, ruminations about their condition and the foetus or the baby. According to certain studies conducted by the neurobiologist Rancillac (2016), it seems that episodes of repeated vomiting (*hyperemesis gravidarum*) can present with a three-fold risk in migrant women and even more in refugees and asylum-seekers. If therefore maternity in many cultures is the only way for the woman to feel free from a condition of social and psychological uncertainty and, in the country of origin, the child is often not perceived as a responsible choice of the couple, but as belonging to the extended family (that even in conditions of poverty and neglect will assume responsibility for it), in these conditions of *non-choice*, pregnancy becomes an ulterior event of extremely complex vulnerability: firstly as *non-choice*, but also *obligation*, intended as a ‘duty’ dictated by the group they belong to, and then a personal *non-choice*, as a result of *violence*.

‘As though suspended in time between past and present, maternity brings to the surface the original conflict between an abandoned elsewhere

and the here and now' (Galanti, 2003). Even in less extreme conditions, where pregnancy is not a result of violence, the birth of a child in the migratory process allows us to detect cultural, psychological, and implicit imbalances and contradictions that are present in the host society. If space is given for the emergence of individual, subjective and cultural resources, we can get to know and comprehend the different ways of conceiving parenthood and the caretaking of new-born babies. Italian society and the social and health services that operate in the maternal-infant area, find themselves intercepting and facing a new way of living through pregnancy, the birth and the first month of the new-born, and at the same time with new ways of relating to the dedicated care services that are involved. This inevitably imposes a 'reformulation' of the approach to maternity, that considers certain aspects that are connected to the cultures of the pregnant mothers, but especially of the individual and collective experiences and stories that these young women and mothers have had and could 'go through' along their path. A new culture of dialogue and cultural meeting that begins from a human sharing can draw out a space of exchange, where we enhance their ability to be parents, and where they can develop a sense of joyous belonging, so that their children can develop a capacity to pass from one culture to another and make both their own creatively. A diversity that can be lived as abundance, and not only as problematic, since the plurality and the transitions can be part of our era in an even more prevalent way, where these very children can carry out 'diplomacy', if we give them the possibility of negotiating between their worlds and their belonging (Moro, 2008). The therapeutic object and incentive of clinical ethnopsychology with immigrant patients is not so much about the cultural difference, but about the 'cultural vision' inside the subject, a vision that we can consider universal: *'the foreign patient does not go to a psychiatrist or psychotherapist to be referred back to their cultural ghetto, but firstly he/she asks us to understand his/her profound ambivalence in the face of old beliefs and the traditions of their country of origin, which are needed as points of reference for their own identity and their life as an individual, just as their current culture pushes them to deny it'* (Zempléni, cited in Beneduce, 2007, p. 277). In general, the fundamental task of the health care professional, and ours in particular as relational psychoanalysts, is that of taking them into our care, recognizing and legitimizing this rich existential ambiguity, keeping in mind that it is misleading to speak about 'differences' that isolate the cultures. Referring again to Jullien (2018) it is better to speak about what there is in *common* between the different civilizations, a condition that makes it possible for the different cultures to remain open and available to change, that is, to stay alive and be generative. Migration, interculturality and parenthood should therefore be rethought starting from the *nomad* subjects that are able to start from one language, from one culture and from a particular landscape and

who arrive to different ones with their own resources. Investigating the different origins, this encounter allows us to redefine our own limits starting from the exploration of the world of ‘the other’, so that the shared experience of the ‘*crossing*’, with its burden of *suffering*, opens up to the possibility of *passage*. In the therapeutic encounter we are given an unique opportunity of understanding this movement, without wearing down the complexities, but rather finding a way of exploring them together, walking with them, taking the risk of travelling and this time doing it together.

Acknowledgements

All our gratitude goes out to all the people that we have met along our ‘journey’ and to all the colleagues who, alongside us, cared about their suffering and existence.

REFERENCES

- Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma: Carrocci Editore.
- Bydlowski, M. (2004). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon Editore.
- Galanti, M.A. (2003). *Introduzione alla psicologia speciale*. Bari: Laterza editori.
- Jullien, F. (2018). *L'identità culturale non esiste*. Torino: Einaudi Editore.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli Editore.
- Moro, M.R. (2008). *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove*. Milano: Saggi Frasinelli.
- Moro, M.R., Neuman, D., & Réal, I. (2010). *Maternità in esilio. Bambini e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Moscardino, U., & Axia, G. (2006). Cultural beliefs and practices related to infant health and development among Nigerian immigrant mothers in Italy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 241-255.
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni [OIM]. (2016). *Rapporto OIM 2017: 'La tratta di esseri umani attraverso la rotta del Mediterraneo centrale: dati, storie e informazioni raccolte dall'organizzazione internazionale per le migrazioni'*. Retrieved at: <https://www.osservatoriointerventitratta.it/rapporto-oim-2017-la-tratta-di-esseri-umani-attraverso-la-rotta-del-mediterraneo-centrale/>
- Papadopoulos, R.K., & Perez, L. (2006). *L'assistenza terapeutica ai rifugiati. Nessun luogo è come casa propria*. Roma: Ma. Gi. Editore.
- Rancillac, A. (2016). United States: Impact Journals. *Oncotarget* 7(48), 78222-78223. Retrieved at: <https://www.impactjournals.com/oncotarget>
- The UN Refugees Agency (UNHCR). (2017). *Viaggi disperati. Rifugiati e migranti che entrano e attraversano l'Europa attraverso il Mediterraneo e le rotte dei Balcani occidentali*. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/20170928-UNHCR-VIAGGI-DISPERATI-Gen-Giu2017.pdf>
- The UN Refugees Agency (UNHCR). (2019). *Rifugiati e migranti in arrivo in Europa e alle sue frontiere*. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito:

<https://www.unhcr.it/news/rapporto-viaggi-disperati-nel-2018-persone-al-giorno-morte-nel-tentativo-attraversare-mediterraneo.html>

Villa, A., & Tognassi, F. (2016). *Contro l'etnopsichiatria. Elementi di critica psicoanalitica applicati all'intercultura*. Alberobello: Poiesis Editore.

Virupaksha, H.G., Kumar, A., & Nirmala, B.P. (2014). Migration and mental health: An interface. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 5(2), 233-239.

Non-commercial use only

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 17 January 2021.

Accepted for publication: 24 January 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:518

doi:10.4081/rp.2021.518

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

FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO

Migrazione, interculturalità e genitorialità

Valentina Stirone,* Jolanda Spoto,** Martina Trinchieri***

SOMMARIO. – L'articolo tratta il fenomeno della migrazione dal punto di vista psicoanalitico insieme alle tematiche dell'interculturalità e della genitorialità. Tale lavoro vuol fare emergere la condizione di particolare vulnerabilità che caratterizza i soggetti migranti, nel loro confrontarsi con il complesso passaggio alla genitorialità. Le autrici intendono presentare le potenziali difficoltà connesse ai processi migratori, in particolare per quanto riguarda la sofferenza che molte donne vivono lasciando il loro paese d'origine e le violenze fisiche e psicologiche che spesso sono costrette a subire. Il complesso tema della migrazione viene affrontato con riguardo agli aspetti dell'integrazione e alle relative dinamiche che la caratterizzano, all'interno di una visione epistemica dell'essere umano, in cui ciascun soggetto mette a disposizione le proprie fragilità, risorse e competenze in un'ottica di crescita umana. Attraverso il viaggio terapeutico, il viaggio migratorio assume dignità e consistenza permettendo così ad entrambi di esistere.

Parole chiave: Cultura; migrazione; violenza; gravidanza; genitorialità; viaggio.

*Caminante, son tus huellas
el camino, y nada más;
caminante, no hay camino:
se hace camino al andar.
Al andar se hace camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar.
Caminante, no hay camino,
sino estelas en la mar.
(A. Machado)*

*Psicoanalista SIPRe, consulente presso il Servizio di Etnopsichiatria del Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano. E-mail: valentina.stirone18@gmail.com

**Psicoanalista SIPRe, consulente presso il Servizio di Psicologia e Psichiatria dell'Associazione Opera San Francesco per i Poveri di Milano.
E-mail: jolandaspoto@gmail.com

***Psicoanalista SIPRe, presso studio privato e alcuni centri medici a Milano.
E-mail: martinatrinchieri90@gmail.com

Il termine ‘*migrazione*’ rimanda immediatamente al concetto di spostamento, e cioè a un *movimento* concreto, fisico, da un luogo geografico a un altro.

Eppure migrare non significa solo spostarsi da un luogo a un altro; comporta un attraversamento, un lasciare e un trovare, in un movimento che coinvolge il soggetto attivamente in questo processo di trasformazione.

La cultura di ogni paese è fatta di quell’insieme di tradizioni, regole, valori, norme e significati impliciti ed espliciti, condivisi dai componenti di quel gruppo specifico. Queste dimensioni coinvolgono più livelli; tra questi quello che ci interessa e interroga maggiormente, come psicoanalisti della relazione, è quello relazionale. Basti pensare al rapporto tra generi, uomo-donna, o a quello genitori-figli: alcune modalità relazionali che possono essere assolutamente vietate e condannate in alcuni Paesi, in altri vengono ritenute invece desiderabili. Il diverso modo di esprimere dimensioni quali l’affettività o la vicinanza, d’altra parte, può variare enormemente da una cultura all’altra. Lungi dall’essere una realtà monolitica e immutabile, la cultura è in continuo mutamento. La specificità del culturale è proprio, afferma Julien (2018), di essere plurale e allo stesso tempo singolare (pag. 26). Il soggetto è, da una parte, depositario di questi aspetti culturali, ma allo stesso tempo promotore (spesso inconsapevole) di questa trasformazione. Riprendendo il concetto di Jullien di scarto, ci sembra importante considerare le culture come elementi che ‘restano l’uno di fronte all’altro’ mantenendo quella tensione creativa che ne permette l’evoluzione, da considerarsi in senso circolare e mai lineare.

Il lavoro con l’utenza straniera, come analisti, obbliga fortemente a confrontarsi, come forse in nessun altro ambito, con la stessa immediatezza, con l’alterità, con ‘l’altro’, lo ‘sconosciuto’ che impatta, e interroga la soggettività di ogni analista, che ha la propria cultura come unico riferimento per leggere e significare la realtà con cui si confronta.

È proprio in questa necessità di tenere in tensione gli elementi culturali che si aprono possibilità terapeutiche, di riappropriazione e trasformazione, per paziente e terapeuta, processi che non possono mai essere esternamente e direttivamente indirizzati.

La ricerca sulla migrazione ha dimostrato come *la migrazione in se stessa rappresenti un potenziale fattore di vulnerabilità*; la complessa esperienza migratoria può essere associata a sofferenza che può esitare, nei casi più gravi, in forme di psicopatologia. Gli studi evidenziano come il processo migratorio possa creare complicazioni per la salute mentale, e per la salute in genere, a causa dei vissuti di insicurezza e della lacerazione della rete di protezione, venendo a mancare il confronto diretto e immediato con i membri della propria comunità (Virupaksha, Kumar, & Nirmala, 2014). Chi migra, infatti, si trova a fare i conti con una cultura nuova, con modi diversi e nuovi di concepire ed esprimere qualsiasi aspetto della vita, compresa la funzione

genitoriale; questo avviene spesso in solitudine, senza gli usuali parametri e criteri di riferimento e senza il supporto della propria rete sociale.

Durante il periodo della gravidanza e quello *post-partum*, così come per la migrazione, vi è una maggior vulnerabilità psichica.

Anche la genitorialità, di per sé, implica uno spostamento, non tanto fisico, ma di 'posizione' esistenziale: dare alla luce un figlio implica un passaggio di stato, tra l'esser *solo* figli e diventare genitori. La nascita di un figlio crea l'occasione per un passaggio evolutivo, forse persino esistenziale. Tale passaggio è denso di vissuti complessi e spesso contraddittori; la sofferenza che si esprime nel quadro clinico della 'depressione *post-partum*', che ha dei correlati neurobiologici, oggetto della ricerca medica, ha anche un senso e un significato soggettivo profondo da esplorare di volta in volta e da tenere in considerazione.

L'esperienza della migrazione, influenza quel processo fisiologico che avviene nella donna durante la gravidanza e la maternità, esponendo le donne migranti ad una *duplice vulnerabilità psichica e culturale* (Moro, Neuman, & Réal, 2010). Questa è rappresentata dalla necessità di un processo psichico di elaborazione sia del percorso (e del progetto) migratorio, sia della maternità nei suoi aspetti di rielaborazione identitaria e di trasformazione del proprio ruolo sociale. Tale condizione viene definita di '*solitudine elaborativa*': una giovane madre si sente insicura e confusa, non sa come comportarsi, non sa come allevare il bambino perché è stretta tra diverse aspettative sociali e culturali. Da un lato vi è quello che ha visto fare nel suo Paese dall'altro vi sono le pratiche, attese ma non sempre esplicitate, del nuovo Paese.

La ricerca ha indagato le credenze e le pratiche legate alla cura nei confronti dei neonati da parte delle mamme migranti. Le credenze culturali dei genitori sullo sviluppo dei bambini o le '*etnoteorie parentali*' sono definite come modelli culturali che i genitori hanno in relazione ai bambini, alle famiglie e a se stessi come genitori. Ad esempio, uno studio condotto in Italia da Moscardino e Axia (2006) si è focalizzato su un gruppo di mamme nigeriane, migranti di prima generazione, rilevando che nel complesso le credenze e le pratiche materne riflettevano ampiamente la cultura tradizionale nigeriana, sebbene alcuni aspetti fossero influenzati dalla cultura della società 'ospitante'. Le pratiche e tradizioni legate alla gravidanza e alla puericultura divengono meno chiare e dunque faticano a orientare la madre e a fornirle un senso di efficacia rispetto al proprio ruolo. Al senso soggettivo di disorientamento e incertezza, non è infrequente si uniscano atteggiamenti e commenti giudicanti, se non addirittura censori, rispetto al diverso modo di affrontare la gravidanza prima e la cura del neonato successivamente. Questo sentirsi 'stretta tra due morse', o l'aver perso ogni direzione e punto di *reperere*, rischia di incidere fortemente sul vissuto legato al proprio essere madre e alla relazione con il proprio bambino.

La maternità può essere un'esperienza particolarmente difficile per le donne migranti; la gestante si trova a vivere la gravidanza senza le donne della sua famiglia e della sua comunità, ovvero delle *co-madri*, si apre alla possibilità di partorire in un contesto che non solo non conosce e riconosce, ma che non corrisponde più alle sue aspettative e che può sperimentare come misterioso e minaccioso. La gravidanza è stata definita da Bydlowski (2004) un periodo di *'trasparenza psichica'* inteso come stato emotivo particolare, nel quale la donna è molto più permeabile a ciò che accade dentro di sé e nel rapporto con l'altro. La donna migrante è inserita in un ambiente dove vigono regole che può non conoscere, di cui, spesso, non padroneggia la lingua, dove il marito, se presente, non è solitamente abituato ad occuparsi della gravidanza insieme alla moglie, e nel quale dunque spesso si trova a fronteggiare queste complesse sfide in solitudine. In questa solitudine dovrà orientarsi tra le tante visite mediche prescritte, cosa spesso inusuale nel paese di provenienza e che può creare uno stato di allarme, scarsa naturalezza se non essere vissuto addirittura come intrusivo e violento. Si ritroverà anche ad affrontare il parto in un contesto spesso vissuto come asettico (che può persino arrivare a essere sentito come trascurante), comprendere le indicazioni rispetto all'allattamento, all'alimentazione e al controllo della salute del bambino, sovente profondamente diverse rispetto a come ha visto fare alla propria madre, e alle proprie zie o sorelle o magari come ha già lei stessa fatto al paese d'origine. In questo vissuto di disorientamento si possono sviluppare sensazioni di profonda solitudine, nostalgia e incapacità. Tutto diventa difficile, anche gli atti più naturali perdono la loro spontaneità, ci si rifà a spiegazioni deterministiche per comprendere ciò che non è più comprensibile: 'la bambina non cresce, certo non può mangiare quel determinato cibo che si dà ai bambini in Africa per crescere', 'il bambino si ammala in continuazione, è perché mi hanno costretta a smettere di allattarlo troppo presto' o alle volte ci si adatta in modo acritico alla nuova realtà, creando, inconsapevolmente, una nicchia di resistenza culturale che verrà percepita dal figlio, con aspetti contraddittori e di conflittualità.

Quale può essere l'obiettivo di intervento dell'analista che si occupa di lavorare con persone che sperimentano il passaggio alla genitorialità in concomitanza al processo migratorio, e che si ritrovano in quella condizione di doppia vulnerabilità e dunque di 'doppio passaggio' che implica complessi processi di cambiamento, a livello identitario?

Come afferma Michele Minolli (2009) i pazienti non chiedono aiuto per essere liberati dai sintomi, che sono 'solo' l'espressione della sofferenza, ma per *'essere sostenuti nel processo elaborativo del passaggio'* (pag. 109) affinché il paziente possa riconoscersi e ritrovarsi nel suo comportamento, nel suo essere quello che è. Questo, calato in questo contesto specifico, può passare anche attraverso l'appropriazione del percorso migratorio e del progetto genitoriale.

A proposito di assunzione e appropriazione, una complicazione insita all'ambito della migrazione è legata al fatto che talvolta, forse più spesso che non, chi migra verso un paese nuovo, e si trova ad essere 'straniero', cioè portatore di una cultura propria, diversa dalla maggioranza, non lo ha 'scelto', nel senso più profondo del termine, ma scappa, fugge, da persecuzioni politiche, religiose, da situazioni di violenza e di guerra o di grave deprivazione. Papadopoulos e Perez (2006) riconoscono in questa categoria variegata una caratteristica comune che rimanda alla perdita della casa come elemento condiviso che produce un senso di 'struggimento nostalgico' che necessita di riparazione. Questo 'disorientamento nostalgico' (*ibidem*) non riguarda tanto, e non solo, l'elemento concreto, quanto il senso di sicurezza che può essere trovato nel poter tornare, o stare, a casa, abitando questa come una seconda pelle che divide sé dal mondo esterno. Questa impossibilità di ritorno, questa assenza (talvolta nei racconti delle persone rifugiate si trovano case distrutte, interi villaggi dati alle fiamme) comporta una serie di tentativi di riparazione di questa mancanza, attraverso una ricerca di sostituti che possano fungere da nuovo contenitore, almeno provvisorio, che permetta un senso di continuità e di minima sicurezza.

In questa fuga, oltretutto, il viaggio migratorio è caratterizzato spesso da condizioni di costrizione, prigionia, violenza fisica e sessuale (basti pensare alla 'situazione libica'). Come è tristemente noto, la ricerca evidenzia (The UN Refugees Agency, 2017, 2019) come molte donne che scappano da violenze subite nel Paese d'origine, passino attraverso ulteriori violenze durante le traversate, nei centri di detenzione in Libia, sulle imbarcazioni che le portano in Italia e/o nei Paesi di accoglienza; sono percorsi della speranza che si trasformano in traumatizzazioni continue dalla partenza all'arrivo. Si possono osservare le traiettorie della violenza nella geografia dei loro corpi, incarnata talvolta anche nella gravidanza e nella nascita di un figlio. I vissuti rispetto alla maternità in questo caso si costellano di elementi complessi, che rischiano di rimanere isolati, non comunicanti e lasciare spazio solo a emozioni di rabbia, disperazione e un sentimento nostalgico di irreparabile perdita (della propria casa, del proprio paese, delle proprie tradizioni e abitudini, della propria innocenza, dell'illusione di poter scegliere per la propria vita). È dunque importante esplorare questi vissuti, legati al viaggio migratorio e alla maternità, individualmente, o, se possibile, con la coppia genitoriale, con un grande rispetto per quel che è stato ed è per quella madre o quel padre; senza etichettare, né con categorie diagnostiche, né tantomeno con concetti precostituiti che riguardano una presunta 'esperienza migratoria generalizzata' o 'contesto culturale predefinito'.

Villa e Tognassi (2016), riprendendo il percorso che conduce il singolo a prendere una posizione, così come esplicito da Lacan, descrivono tre momenti fondamentali di questo processo: i) l'istante dello sguardo, in cui il soggetto percepisce la realtà circostante in modo diverso da come preceden-

temente l'aveva concepita; ii) il tempo per comprendere, in cui il soggetto rimette pensiero in quel che è percepito in modo nuovo; iii) il momento di concludere, in cui il soggetto agisce/rende concreta/finalizza la sua decisione.

Gli autori rilevano come spesso nei percorsi dei rifugiati l'istante dello sguardo precipiti sul momento di concludere, schiacciando quasi totalmente il tempo di comprendere, a causa delle condizioni di emergenza della situazione.

Nei percorsi terapeutici con persone fuggite dai propri paesi, a causa di gravi rischi per la propria sopravvivenza, si osserva come questo meccanismo di schiacciamento permanga anche molto tempo dopo l'arrivo nel paese d'accoglienza. Questo riguarda quello specifico momento, così come altri avvenimenti che avvengono nella cosiddetta 'nuova vita'. Capita di osservare come, in alcune situazioni, vi sia una incapacità di avere una 'presa' sulla propria vita, come se le cose capitassero senza nessun controllo, persino gravidanze e nascite.

In questi casi, forse, una possibilità che si prefigura per uscire da questa passività data per scontata, può essere proprio quella di riappropriarsi della scelta di 'fuggire' dal proprio paese alla ricerca di nuove opportunità di vita. Lasciando spazio solo al vissuto di nostalgia, sembra non poterci essere riappropriazione. Per quanto questo lavoro di riapertura di alcuni spazi di senso possibili sia delicato e potenzialmente doloroso, per i contrastanti vissuti di perdita, tradimento e abbandono che può rievocare, sembra un ulteriore attraversamento necessario utile al processo di riappropriazione della propria vita, per quanto poco 'scelta' possa apparire. Una situazione ancora più specifica e delicata di questa situazione di non-scelta riguarda, appunto, i casi di gravidanze conseguenti a violenze sessuali avvenute nei paesi di transito.

Gravidanza e migrazione divengono così 'una sfida nella sfida'. La genitorialità si costruisce con una serie di ingredienti complessi, alcuni appartengono all'intera società, sono 'collettivi', mutano nel tempo e sono quelli giuridici, storici, sociali e culturali; altri sono più intimi, delicati, 'privati', appartengono a ciascuno dei genitori e in quanto futuri genitori, alla coppia e alla storia familiare sia del padre che della madre, a prescindere da quale essa sia. In quest'ottica il neonato, 'il nuovo mondo', è un partner attivo nella costruzione della genitorialità, partecipa e contribuisce a far emergere le potenzialità materne e paterne, sia in termini di istinto che di accudimento, laddove gli venga lasciato lo spazio necessario per 'essere e divenire' a partire da sé. I fattori culturali svolgono dunque un ruolo preventivo, anticipando con credenze, riti, tradizioni e prassi, il come si diventa genitori, creando una miscela di elementi individuali, familiari e relazionali, altamente creativa. In situazioni di migrazione, soprattutto se forzata, tali elementi della sfera personale e privata, si possono tuttavia scontrare, anche piuttosto bruscamente, con logiche e regole mediche, psicologiche e socio-culturali. A causa della perdita di tale supporto familiare, sociale e culturale,

può risultare profondamente difficile dare un senso ‘culturalmente’ accettabile ai sentimenti di tristezza, incapacità e difficoltà di interazione, che una madre può sperimentare. Quando a migrare è una donna, infatti, i fattori di rischio aumentano, può essere vittima di violenze e soprusi di genere, incorrere in abusi fisici, psicologici e di forte emarginazione. La donna migrante può continuare a subire una violenza continua, che cambia territorio, lingua e aggressori, ma che in sostanza sembra cambiare solo ‘forma’ durante la fuga. Traiettorie scolpite sui corpi e nella memoria che accomunano storie e destini di sofferenza, si riscontrano nelle numerose storie, diverse e simili al tempo stesso (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni [OIM], 2017): come i racconti delle donne che passano dal Niger, destinate alle *connection house* di Agadez, luoghi oscuri nei quali le migranti sono tenute recluse, prima di ripartire verso la Libia, e dove sono sottoposte a continue violenze, talvolta costrette a prostituirsi per continuare il viaggio. Numerosi sono ormai i *report* di ciò che accade in Libia, dove i trafficanti non fanno alcuna distinzione di nazionalità ed età, né si fanno scrupoli verso le donne in stato di gravidanza, come riferito da Amnesty International (<http://www.amnesty.it/libia>), luoghi in cui lo stupro è utilizzato come punizione e merce di scambio, quando la persona migrante non può pagare il viaggio o per intimidire la famiglia d’origine con una sorta di messaggio di riscatto, come denunciato dal presidente di Medici Senza Frontiere (MSF) durante la conferenza stampa a Bruxelles del 2017 (<http://medici-senzafrontiere.it/notizie/blog>). Durante le visite mediche a cui sono sottoposte all’arrivo nei centri di accoglienza, molte di queste donne raccontano di aver preso e abusato di dosi massicce di contraccettivi, iniziando anche molti mesi prima della partenza, altre riportano sintomi somatici; la sofferenza provata si fa memoria nel corpo e si manifesta attraverso cefalee, dolori diffusi, dolori addominali, insonnia, astenia, palpitazioni, comparsa di ruminazioni sulle condizioni proprie e del feto o del neonato. Secondo alcuni studi condotti dalla neurobiologa Rancillac (2016), sembrerebbe che gli episodi di vomito ripetuto (iperemesi gravidica) si presentino con un rischio triplo nelle donne migranti, e anche maggiore nelle rifugiate e richiedenti asilo. Se la maternità dunque, in molte culture, è l’unica via per la donna verso l’affrancamento da una condizione di precarietà sociale e psicologica e il bambino spesso nella cultura di origine non è percepito come una scelta responsabile della coppia nucleare, ma come appartenente alla famiglia allargata (che anche in condizioni di povertà e trascuratezza, provvede a farsene carico), in queste particolari situazioni di *non-scelta*, la gravidanza diventa ulteriormente un evento estremo di vulnerabilità complessa: prima *non-scelta*, *ma obbligo*, inteso come ‘vincolo’ dettato dal gruppo di appartenenza e poi *non-scelta* personale, *ma frutto di violenza*.

‘Come sospesa tra passato e presente, la maternità porta a galla il conflitto originario tra l’altrove abbandonato e il qui’ (Galanti, 2003). Anche in

condizioni meno estreme, dove la gravidanza non è frutto di violenza, la nascita di un figlio nel processo migratorio consente di rilevare squilibri culturali e psicologici, impliciti e contraddizioni presenti anche nella società ospitante. Lasciando spazio all'emergere di risorse individuali, soggettive e culturali, si possono conoscere e comprendere i diversi modi di concepire la genitorialità e il prendersi cura dei nuovi nati. La società italiana ed i servizi socio-sanitari che operano nell'area materno-infantile, si trovano ad intercettare e confrontarsi con un nuovo modo di vivere la gravidanza, il parto e i primi mesi del bambino e allo stesso tempo con nuovi modi di rapportarsi ai servizi di cura coinvolti e dedicati. Ciò impone necessariamente una 'riformulazione' dell'approccio alla maternità, che tenga conto sia di alcuni aspetti particolari connessi alle culture delle diverse partorienti, ma soprattutto delle esperienze e delle storie individuali e collettive che queste giovani donne e madri hanno dovuto e potuto 'attraversare' lungo il loro cammino. Una nuova cultura del dialogo e dell'incontro culturale, che parta da una condivisione umana che possa far emergere uno spazio di incontro dove valorizzare la loro capacità di essere genitori, e dove sviluppare un senso di appartenenza gioiosa, affinché i loro bambini possano sviluppare una capacità di passare da una cultura all'altra e di fare proprie entrambe, con creatività.

Una diversità che può essere vissuta come ricchezza, e non solo come problematicità, poiché la pluralità e i passaggi fanno parte della nostra epoca in modo ancora più preponderante, dove proprio i bambini possono fare della 'diplomazia', se è loro possibile *negoziare* tra i loro mondi e le loro appartenenze (Moro, 2008). L'oggetto e la leva terapeutica della clinica etnopsicologica con i pazienti immigrati non è tanto dunque la differenza culturale, quanto la 'visione culturale' interna del soggetto, una visione senza dubbio universale: *'il paziente straniero non va dallo psichiatra o dallo psicoterapeuta per essere rinviato nel suo ghetto culturale, egli chiede prima di tutto di comprendere la sua profonda ambivalenza di fronte alle vecchie credenze ed alle tradizioni del suo paese, che gli servono da punti di reperi per la propria identità e che la vita di individuo, come la sua cultura attuale, lo spingono a rinnegare'* (Zempléni, cit. in Beneduce, 2007, pag. 277). Compito fondamentale, in generale dei curanti ed in particolare nostro, quali psicoanalisti della relazione, diviene prendere in carico, riconoscere e legittimare questa arricchente ambiguità esistenziale, tenendo in considerazione che è forviante parlare di 'differenze' che isolano le culture. Riprendendo nuovamente Jullien (2018) conviene, piuttosto, parlare di quanto è *comune* alle diverse civiltà, condizione che rende possibile alle diverse culture di restare aperte e disponibili a cambiare, cioè restare vive e generative. Migrazione, interculturalità e genitorialità andrebbero dunque ripensate a partire da questi soggetti *nomadi* capaci di partire da una lingua, da una cultura e da un paesaggio e di approdare, con le loro risorse, ad altri.

Valorizzando le diverse provenienze, tale incontro permette di ridefinire i propri confini a partire dall'esplorazione del mondo dell'altro, ed è qui che l'esperienza condivisa dell'*attraversamento*, con il suo carico di *sofferenza*, apre alla possibilità del *passaggio*. Nell'incontro terapeutico ci è data un'opportunità unica di cogliere questo movimento, non assottigliare la complessità, ma trovare un modo per esplorarla congiuntamente, camminandoci dentro, prendendosi il rischio del viaggio e questa volta assumendoselo insieme.

Ringraziamenti

Il nostro ringraziamento va a tutte le persone che abbiamo incontrato lungo il nostro 'viaggio' e a tutti i colleghi che si sono incuriositi insieme a noi della loro sofferenza e del loro esistere.

BIBLIOGRAFIA

- Beneduce, R. (2007). *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*. Roma: Carrocci Editore.
- Bydlowski, M. (2004). *Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità*. Bologna: Pendragon Editore.
- Galanti, M.A. (2003). *Introduzione alla psicologia speciale*. Bari: Laterza editori.
- Jullien, F. (2018). *L'identità culturale non esiste*. Torino: Einaudi Editore.
- Minolli, M. (2009). *Psicoanalisi della relazione*. Milano: FrancoAngeli Editore.
- Moro, M.R. (2008). *Maternità e amore. Quello di cui hanno bisogno i bambini per crescere bene qui e altrove*. Milano: Saggi Frasinelli.
- Moro, M.R., Neuman, D., & Réal, I. (2010). *Maternità in esilio. Bambini e migrazioni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Moscardino, U., & Axia, G. (2006). Cultural beliefs and practices related to infant health and development among Nigerian immigrant mothers in Italy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 241-255.
- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni [OIM]. (2016). *Rapporto OIM 2017: 'La tratta di esseri umani attraverso la rotta del Mediterraneo centrale: dati, storie e informazioni raccolte dall'organizzazione internazionale per le migrazioni'*. Retrieved at: <https://www.osservatoriointerventitratta.it/rapporto-oim-2017-la-tratta-di-esseri-umani-attraverso-la-rotta-del-mediterraneo-centrale/>
- Papadopoulos, R.K., & Perez, L. (2006). *L'assistenza terapeutica ai rifugiati. Nessun luogo è come casa propria*. Roma: Ma. Gi. Editore.
- Rancillac, A. (2016). United States: Impact Journals. *Oncotarget* 7(48), 78222-78223. Retrieved at: <https://www.impactjournals.com/oncotarget>
- The UN Refugees Agency (UNHCR). (2017). *Viaggi disperati. Rifugiati e migranti che entrano e attraversano l'Europa attraverso il Mediterraneo e le rotte dei Balcani occidentali*. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito: <https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/20170928-UNHCR-VIAGGI-DISPERATI-Gen-Giu2017.pdf>
- The UN Refugees Agency (UNHCR). (2019). *Rifugiati e migranti in arrivo in Europa e alle sue frontiere*. Rapporto a cura di UNHCR, scaricabile al sito:

<https://www.unhcr.it/news/rapporto-viaggi-disperati-nel-2018-persone-al-giorno-morte-nel-tentativo-attraversare-mediterraneo.html>

Villa, A., & Tognassi, F. (2016). *Contro l'etnopsichiatria. Elementi di critica psicoanalitica applicati all'intercultura*. Alberobello: Poiesis Editore.

Virupaksha, H.G., Kumar, A., & Nirmala, B.P. (2014). Migration and mental health: An interface. *Journal of Natural Science, Biology, and Medicine*, 5(2), 233-239.

Non-commercial use only

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: 17 gennaio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 24 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:518

doi:10.4081/rp.2021.518

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

FOCUS: THERE ARE NO LONGER THE CHILDREN (BUT ABOVE ALL THE PARENTS)
OF THE PAST: A PSYCHOANALYTICAL LOOK AT PARENTHOOD
AND PERINATAL PSYCHOLOGY | ARTICLE

We, the Children of COVID. Pregnancy in the Pandemic, as a Pandemic

Licia Lietti,* Greta Petrilli,** Claudia Maspero,*** Valeria Pirro,****
Marcello Florita*****

ABSTRACT. – We were inspired to write this article while conducting parenting support groups in the Perinatal Area of SIPRe Milan's during the first COVID-19 lockdown. Our aim is to share thoughts about the experience of becoming parents during the outbreak of the pandemic. To this end we examined some common themes, such as the effort required to process and deal with the initial paralysis of thoughts concerning parenthood; we also observed how the pandemic amplified the experiences of the I-subject in the evolution from being a son/daughter to becoming a parent; and last but not least, the ability to transform an unexpected event into a creative opportunity.

Key words: Pregnancy; COVID-19; parenthood; pandemic; I-subject; perinatal psychology; stress; prevention; childbirth support.

*Psychiatrist and psychotherapist. Collaborator of Punto Raf, Milan and member of the Perinatal Area, SIPRe Milan. E-mail: licia.lietti@gmail.com

**PhD, Psychologist- Psychotherapist; Member of Area Perinatale-SIPRe Milano; Executive Psychologist at Psychiatry Unit- "Varenna" outpatient service for Perinatal Mental Health, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo. E-mail: gpetrilli@asst-pg23.it

***Psychology and developmental Psychotherapist; Perinatal Area, SIPRe Milan. E-mail: claudia.maspero78@gmail.com ; site: www.claudiamaspero.it

****Clinical psychologist and psychotherapist, member of Area Perinatale SIPRe Milano, ASST BRIANZA Ospedale di Vimercate UOSD Psicologia Clinica c/o Centro Diurno Bernareggio UOC Psichiatria. E-mail valeria.pirro30@gmail.com

*****Psychotherapist and psychoanalyst of SIPRe is the author of two essays on psychoanalysis, 'L'intreccio' and 'Alice il porcospino e il fenicottero'; he is also curator of the volume 'Benessere e cura nell'esperienza perinatale' edited by the Order of Psychologists in Lombardy. He has written a novel, 'Come respira una piuma'. He has long been a collaborator of Punto Raf and member of SIPRe, referent for the Perinatal Area in SIPRe Milan, and scientific director of the Course on Perinatal Care.

E-mail: florita.marcello@hsr.it ; site: www.marcelloflorita.it

Becoming a parent is an experience that goes beyond the generation of new life; it moves numerous strings within the subjects involved. These strings vibrate in different ways depending on the subjects and their surrounding environment at any given moment.

An extraordinary event (in the etymological sense of being ‘out of the ordinary’) such as becoming a parent, changes the elements that the I-subject is made up of, inevitably questioning his configuration: the social environment, habits, relationship with their partner, other people’s perceptions of them, relationship with their parents, but, most importantly, it changes their perception of self. Therefore, the I-subject finds himself in a continuous, seemingly never ending process of self and eco-organisation, unable to distinguish among them.

It is hardly surprising that numerous articles have shown that stressful life events, by increasing the levels of general concern in expectant mothers, can negatively impact the pregnancy, the mother’s health in this perinatal period, and the unborn child, and may have a long-term impact (Dunkel-Schetter & Toner, 2012). As regards to the child, literature data shows the effect of such events on the unborn child; the effects can manifest themselves throughout life in different ways: in the first year there may be a delay in cognitive and motor development, alteration of the attention span, an anxious temperament and fear of novelty; in childhood, behavioural and emotional problems are evident and there is a reduction in the density of cerebral grey matter; in adolescence higher impulsivity levels are observed (Buss, Davis, Muftuler, Head, Sandman, 2010; Davis & Sandman, 2010; Kashan *et al.*, 2008; Mennes, Stiers, Lage, Van Den Bergh, 2006). In addition, a tie between stress in pregnancy and the development of more serious mental disorders in offspring has been observed (Huizink & de Roij, 2018; Kashan *et al.*, 2008).

All these studies show how the nature and quality of human learning both in the prenatal period and throughout the first year of life, can condition, if not determine, the neurobiological development of the individual. This fundamental discovery is linked to the fact that learning (and its resulting neurobiological modifications) is not ‘automatic’, but modulated by the child’s carers, primarily the mother. This shows us how the concept of relationship determines the quality of learning and how this grows the neurological structures of the child’s brain. These structures, in their turn, condition all future physical, psychosomatic, and, above all, psychic development in the future individual (Imbasciati, Cena, & Dabrassi, 2011).

Given these premises we decided to reflect and observe what has occurred in recent months, when couples - future parents - had to deal with something new and unknown which affected everyone, and spared no-one: the spread of COVID-19.

In fact, COVID-19 hit us like a tsunami, and by its very nature (silent, illogical, unexpected) raised existential issues: the experience of isolation and

loneliness, the lack of prospects and freedom, fear of death and uncertainty. Whether it affected us directly, indirectly through a loved one, or we perceived it as something distant, its presence influenced, and continues to influence, the lives of all of us, from a practical standpoint primarily, but also from a psychological one.

COVID made its appearance in our lives like the '*Tiger Who Came to Tea*' - a book read during lockdown in a webinar organised for parents by the SIPRe Perinatal Area in Milan (Maspero, Cristofori, & Petrilli, 2020). In the famous illustrated book by Judith Kerr (1968), Sophie and her mother open the door to an unexpected guest, a tiger, at tea time. The tiger is really very hungry and soon devours not only everything offered, but also all the food and drink in the house. The mother is a bit desperate at the thought of having nothing left to eat, but then the father arrives who, after hearing what happened, suggests they go out for dinner.

On a more obvious level, we may think of the tiger as a menacing stranger (like COVID) invading our lives unexpectedly in a pleasant moment, but the reaction of Sophie's dad makes us realise that the unexpected can lead to the discovery that we are capable of reacting in surprising ways: faced with the unexpected, the I-subject can draw from creativity (Minolli, 2015), that is, on new or emergent behaviour not deducible from the system's individual characteristics.

So what happened to expectant couples in the face of this tsunami? Were they overcome by the tiger or were they able, like Sophie's father, to cope with the unexpected?

Initially, COVID did appear, especially in the initial phase of the first lockdown, like a tiger, an unexpected and unwanted guest who 'ruins our plans' at the sweetest moment. The plans it ruined were the check-ups, sacred bases to touch during gestation. Perhaps these bases and dates have become a means of containing anxieties, as well as something that helps us stay confident and motivated, and tolerate the frustration of the 'waiting' time, spent in the powerlessness of not being able to 'do', but having to 'stay' listening. COVID suddenly changed not only hospital procedures, but also one's representation and imagination of an event, which is sustained and aided by procedures.

COVID, with its sudden force, in the first instance invaded the mental space of the subjects in the couple, castrating the chance to nurture their relationship with the unborn child, and impacting those steps which are so important in promoting the representation of the 'real' child (Florita, 2020).

As a consequence, couples, or rather, subjects about to become parents, had to face a double processing challenge (Ibidem, 2020) and therefore twice the effort of processing. The first processing challenge is that of the arrival of a child. As we know, this passage has huge emotional resonance within both subjects in the couple and, not surprisingly, was defined by Bibring (1959) as

the ‘regulatory maturation crisis’. The subject confronts him or herself: what it has meant for the that person to be a son or a daughter, what a parent meant to him or her, how they imagine their child will be, and how they imagine themselves as parents, what the desire for motherhood (or fatherhood) means, and the questioning of parenthood desires. To all intents and purposes this is an important passage of identity, where we have a passport for departure but we do not yet know where we will land and with which passport we will need (Florita, 2016). Like every transition, it involves mourning, the moment in which something of the old configuration is lost in the passage to a new one: we can review the child we once were, review our childhood as a passage to parenthood. As in every evolutionary transition the old organisation of the I-subject is called into question, to gain passage into a new organisation - and we cannot know in advance what this may be - with all the instability and pain that it entails.

The second challenge we face is tied to ‘internal’ changes at a time when external reality is constantly changing, removing all our safe reference points. ‘We change as the world changes’: props like these associated with the outside world and are extremely valuable at a time when the inside world is reconfiguring itself (Florita, 2020). In fact, the safety and containment provided by routine hospital procedures are gone: every day the news presents a different scenario, the protocols are constantly changing: it is not known, for example, whether fathers will be able to attend the birth of their child, or if, once the child is born, he can be with his partner. Maternity and parenting support services have been closed for a long time, and lastly, there is the fear of infection. For months, new parents could not count on family support, hospital facilities, consultations with maternity and child professionals, monitoring technology, and, still today, for those with newborn babies, everyone is a potential risk.

It was precisely this scenario of profound change, speckled with loneliness and uncertainty, that drove us, as perinatal professionals, to do something to protect the quality of life of future parents and the unborn child, during gestation. Starting from these considerations, the Perinatal Area of SIPRe Milan devised a way of supporting those expecting a baby. Our goal was not that of giving assistance, protection, or of providing a life-jacket, but it was simply to make the ‘Almost Parents’ more alert to what was happening inside them, more ready to support each other during pregnancy, and more willing to grasp the repercussions related to the arrival of a child and becoming parents. So in March we promoted a course of four free meetings aimed at expectant couples, ‘*Almost Parents... in the time of COVID-19*’.

As evidence of the profound and pervasive need of space for thought, within a few hours we had numerous requests from all over Italy.

The future parents attended weekly meetings through the Gotomeeting platform or via Skype. The facilitators (8 psychotherapists, 1 psychiatrist and

1 psychologist) were all members of the SIPRe Perinatal Area and always attended in pairs. The choice of participating in twos was not random, but the result of a productive discussion within the group: we wanted to be there, but we knew that COVID distress (some of us had colleagues who had died, some had friends in intensive care, *etc.*) would have been a heavy burden to carry, and could cause our attention to wander.

In addition, we set up a weekly appointment with a midwife to compensate for the suspension, initially, of basic hospital services.

Between March and June we activated sixteen sessions, with the participation of fifty-six mothers-to-be and thirty-two fathers-to-be, from the thirty-second week of pregnancy onwards. Eighty-eight percent of mothers were expecting their first child and sixty percent of women who enrolled on the course had had fertility problems, previous terminations of pregnancy, or a pregnancy disorder. The 'Almost Mothers' group was divided according to age as follows: 54% were aged between 30 and 40, 25% were over 40, while only 12% were younger than 30. It is interesting to note that more than 50% of the participants came as a couple which bears witness to the fact that fathers-to-be need and want to be involved.

Drawing on our experience of accompanying expectant couples we observed shared life experiences, but also we saw how each subject reacted in their own unique way to these experiences using the available resources and within the limits of the I-subject in that given historical moment.

The initial phase of the lockdown brought with it a kind of 'paralysis' within the couple, in particular, a paralysis associated with the thought of 'imminent parenthood'. The pandemic had invaded every room and every space leaving little room for moving around. The example of a couple from Bergamo is emblematic: they attended the first meeting with the father-to-be who, having come into contact with numerous people tested positive for COVID, was in forced quarantine in their child's future bedroom. The fear of getting sick, the man's fear of infecting his wife, the anguish of passing the virus to their child (at a time when the effects on children were not yet known) made it difficult for them to find the mental space to address the reality of a child (and a parent) on its way. The ghost of COVID was in their home, in their midst (they lived in separate rooms and only approached each other wearing a mask), and inhabited the room that was supposed to host fantasies related to the unborn child. Suddenly they were invaded by an invisible enemy and hounded into opposite corners of their home like two boxers being beaten in the corners of a ring. Since they were no longer able to move freely in the room now occupied by COVID, they stopped building the changing table, they no longer purchased baby clothes, and postponed the choice of a name. 'What are we going to call the baby? We've stopped thinking about it, we'll see later.' When we were online they were standing two metres apart, she was in front and he was behind, slightly out of focus, and with a mask

covering most of his face. An image that could hardly be associated with expecting a baby, and that, even visually, seemed to suggest the plot of a frightening thriller: a threatening figure whose outline one could just make out, was like a stalker standing in the distance. Although at first we too were overcome by the sight of military trucks with their coffins, and unsure of confidently being able to promote life, we embraced our anguish (trying not to be overcome by it), and their anguish, but above all we wanted to try to see that bedroom in a new light - no longer as the quarantine room, but as the space for their project. We were beside them when they spoke of their fears, and observed their welcoming womb with them. We promoted a dialogue with the belly, listening to the movements of their son, what he said to each of them, and after two meetings our 'Almost Parents' began the session like this: 'We have chosen our son's name, we are going to call him Lorenzo! And now Lorenzo has a nice new changing table in his bedroom!' We realised then the paralysing effect of that wordless anguish, and how intrusive COVID could be; we gradually tried to find some way for the anguish of masks and distances to coexist with life, the belly, and the project.

In the second phase, in taking their first steps towards ending the paralysis, the subjects responded by bringing their own selves.

Although some distress relates specifically to the COVID event, in our opinion there are some elements of this distress that we ought to consider with caution. Basically, we believe that the pandemic has amplified the fears typically observed in an I-subject who is experiencing approaching childbirth: a revision of identity, approaching the unknown, change, potential danger, death, feelings of loneliness and isolation (frequent during the post-partum stage), a feeling of constraint (when, for example, the change associated with becoming a mother or a father is seen as a handicap), the distortion of time, mourning the ideal of motherhood and the child, and, last but not least, the symbolic passage from being a child to becoming a parent. Over time, we realised that the pandemic acted not only as a magnifying glass, but was also a clothes stand, in front of which we felt legitimated and facilitated in undressing; placing outside of ourselves the sensation of the catastrophe (in the etymological sense of turning, overturning or upsetting) of becoming parents. Paradoxically, the possibility of hanging clothes outside the subjects themselves the fears related to becoming parents, made it easier to talk about them. Our work was also simply to see in those laid out clothes, the skin, the outer layer of an I-subject in turmoil (Florita, 2020).

These anxieties were further fuelled by the fear of contracting the virus and transmitting it to one's child, further complicated by the fact that a positive result would mean a period of separation from one's partner, from the baby, or from both.

We should point out that evidence to date shows vertical transmission of the SARS-CoV-2 virus to be a rare event which cannot, however, be ruled out

Juan *et al.*, 2020; Maleki Dana *et al.*, 2020; Mullins, Evans, Viner, O'Brien, & Morris, 2020); yet it is *rarely life-threatening for the newborn baby*.

What studies have highlighted with greater certainty is that in the event of positivity, premature birth is more frequent (Di Mascio *et al.*, 2020; Maleki *et al.*, 2020), with all that premature birth implies. It is still not clear whether this is due to the viral infection or whether it is mediated by stress levels caused by the pandemic and the ensuing infection. In this particular situation a premature birth impacts not only the neurodevelopment of the child, but is aggravated by the emotional effect on the lives of the whole family, because of the tighter restrictions necessary to guarantee everyone's safety during the baby's time in the Neonatal Intensive Care.

In recent years, the role of the father figure has become increasingly important within the family as a whole, and is corroborated by a whole plethora of scientific studies demonstrating how, the father's presence or absence during the perinatal period (including pregnancy), impacts the baby, and the baby's emotional-behavioural development, and their cognitive and motor development (Baltoni & Giannotti, 2017; Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016). COVID has reversed the trend with a return to the past, but with the social and subjective expectations of the present. The father's absence used to be taken almost for granted, and now that fathers take it for granted that they will be present, they are mourning the fact they cannot attend birth, nor be there during the baby's first days. This circumstance is mourned by the father, and by the mother, whose first moments of parenthood are experienced without her partner. Not one father in our sample did not bemoan this loss, and not one mother was not sorrowful at the thought of this absence.

A further change was represented by the impossibility of having grandparents or loved ones near. COVID seems to have a central role in this element of change. In actual fact, setting aside its face value, we can interpret this as the expression of the I-subject's labour pains. Going back to what we said above, complaints about the absence of grandparents tell us something about an I-subject who is coming to terms with having been a child, with being a child beside a new born child, a parent beside the child that once was, a parent beside the child that will be/is desired, and a parent beside the parents that they once had (Florita, 2020). For some, this moment represented another source of preoccupation, while for others it was a kind of relief: some were afraid they could not manage alone, while others saw COVID as an opportunity to apply the 'brakes' on parental intrusiveness (or rather the need to keep them safe together with 'their' child).

If we think about it, COVID has done little more than highlight everyone's past experience, past experience that is normally brought to the experience of giving birth: the ambivalence between the desire and fear of becoming parents, the fear of not being able to cope alone, fear of the unknown, fear of death.

Couples stripped of ultrasound scans and regular pregnancy monitoring appointments found they were left without the external space in which they could approach parenthood gradually. But not being able to turn outwards meant that they had to stay still and turn inwards, and assume a listening position which would not otherwise have been possible. The I-subjects of our 'Almost Parents' were 'naked', stripped of the warm clothes of the proxies and were obliged to wait (and stay still). Therefore, they listened and sometimes embraced their own vulnerabilities, ambivalences and hardships creating an extraordinary opportunity to confront their own selves head on, resorting, perhaps, to resources and skills that they did not even know they had (Petrilli, Florita, Proserpio, & Zanolin, 2020). And so that paralysis turned into a staying stillness, an opportunity to be present to one's own self, transformed into an opportunity for creativity (Florita, 2020).

Ferrarotti said in a recent interview:

'Technique is perfection with no purpose, interested only in the internal precision of its operations. It can expand dramatically, but this chaotic expansion does not lead to progress. For progress we need human initiative, which will be effective only insofar as the humans themselves recognise their own limits' (Zaccuri, 2020).

So we found mothers who learned to listen more attentively to the babies in their bellies, and imagined their characters based on what they could feel, and who identified the time of day when they were most active.

We learnt of the mothers' amazement on finding they were capable of being in quarantine, recognising the usefulness of stopping and learning to live in a new dimension in time, which in the postpartum period can impact sharply on many women often causing distress and misery. Similarly we heard the emotional story of a mother who had suffered from postpartum depression in the past, who was actually grateful to Coronavirus for giving her a 'second motherhood', and free time to spend with her child, which she would not otherwise have allowed herself to have.

We found couples who were grateful to their child, because the expectation of the child and the birth was helping them to live contentedly despite the aura of death and general sadness.

As perinatal professionals we gave voice to these experiences, and at a time when we were overcome by the tsunami ourselves.

In fact, COVID brought about a new life experience even for us: we were not mere spectators in this catastrophe, we were actually experiencing it with the couples. We were as dazed as they were. The only important difference between this and other emergency psychology interventions was the 'train': most psychologists who assisted earthquake victims took the train, they assisted the displaced, and then took the train back to their homes. Well, during the pandemic, we could not take the 'train', just as we did not have the possibility of putting kilometers between ourselves and the anguish. First, this

led us to seek our own space for thought where fear and hope, pain and joy could coexist. We were the earthquake victims as much as the couples were, and like them we moved rubble and breathed in dust (Florita, 2020). And although it was not always easy, it gave us a great opportunity to enhance the role of emotional sharing and authenticity, and immediately the myth of the uninvolved and idealised psychologist was dispelled. We were there beside the couples with our fears, our uncertainties, but also with the desire to listen to and embrace what was happening around us: we were present, right there in what was happening around us and around them. Perhaps it was precisely this that generated the conditions for us to embrace what was happening, from the appearance of the tiger to that of the cub, from being in the midst of catastrophe to seeing new life emerge.

Thus, together with mothers and fathers-to-be in this time of COVID, we therapists and our expectant couples were able to grasp how fundamentally important it was to put our subjects firmly at centre stage, and to stay with those subjects for what they themselves could bring. Stopping to think about what it meant to become parents at this time also meant bringing the couples to themselves, irrespective of COVID, which does not exist *per se*, but it exists in relation to those who experience it.

Acknowledgements

We would like to thank all members of the Perinatal Area of SIPRe Milan for their collaboration and all the couples that participated in the ‘*Almost parents*’ project, for having trusted us and having participated thoroughly at our group meetings.

REFERENCES

- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. In A. Imbasciati & L. Cena (Eds.), *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 218-239). Milano: FrancoAngeli.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Buss, C., Davis, E.P., Muftuler, T., Head, K., & Sandman, C.A. (2010). High pregnancy anxiety during midgestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 141-153. doi:10.1016/j.psyneuen.2009.07.010.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of affective disorder*, 206, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Davis, E.P., & Sandman, C.A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development*, 81, 131-148. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01385.x.
- Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., Rizzo, G., Buca, D., Liberati, M., Vecchiet, J., Nappi, L., Scambia, G., Berghella, V., & D’Antonio, F. (2020). Outcome of coronavirus spectrum

- infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(2), 100107. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100107.
- Dunkel-Shetter, C., & Toner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- Zaccuri, A. (2020). Ferrarotti: 'Il futuro non è nella tecnica, il Covid-19 lo dimostra.' [Intervista]. *Avvenire*; martedì 7 aprile. Retrieved at: <https://www.avvenire.it/agora/pagine/coronavirus-franco-ferrarotti-sociologo>
- Florita, M. (2016). *Come respira una piuma*. Roma: Edizioni Ensemble.
- Florita, M. (2020). *Nuove prospettive della Psicologia Perinatale* [webinar].
- Huizink, A.C., & de Ruij, S.R. Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: generic vulnerability and divergent pathways. *Development in Psychopathology*, 30(3), 1041-1062. doi:10.1017/S0954579418000354.
- Imbasciati, A., Cena, L., & Dabrassi, F. (2011). *Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo del futuro individuo*. Torino: Espress Edizioni.
- Juan, J., Gil, M.M., Rong, Z., Zhang, Y., Yang, H., & Poon, L.C. (2020). Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound in Obstetric Gynecology*, 56(1), 15-27. doi:10.1002/uog.22088.
- Kashan, A.S., Abel, K.M., McNamee, R., Pedersen, M.G., Webb, R.T., Baker, P.N., Kenny, L.C., & Mortensen, P.B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of General Psychiatry*, 65, 146-152. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.20.
- Kerr, J. (1968). *The Tiger Who Came to Tea*. [trad. it.: *Una tigre all'ora del tè*. Milano: Mondadori, 2016].
- Maleki Dana, P., Kolahdooz, F., Sadoughi, F., Moazzami, B., Chaichian, S., & Asemi, Z. (2020). Covid-19 and pregnancy: a review of current knowledge. *Le Infezioni in Medicina*, 28(suppl 1), 46-51.
- Maspero C., Cristofori, D., Petrilli, G. (2020). *Una Tigre all'ora del tè. Coronavirus e bambini* [Webinar].
- Mennes, M., Stiers, P., Lage, L., & Van Den Bergh, B. (2006). Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosciences & Biobehavioral Reviews*, 30(8), 1078-1086. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.04.003.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Mullins, E., Evans, D., Viner, R.M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetric Gynecology*, 55(5), 586-592. doi:10.1002/uog.22014.
- Petrilli, G., Florita, M., Proserpio, C., & Zanolin, S. (2020). *Diventare genitori ai tempi del Covid* [webinar].

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 13 December 2020.

Accepted for publication: 24 January 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:503

doi:10.4081/rp.2021.503

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

FOCUS: NON ESISTONO PIÙ I FIGLI (MA SOPRATTUTTO I GENITORI) DI UNA VOLTA:
UNO SGUARDO PSICOANALITICO AL DIVENTARE GENITORI
E ALLA PSICOLOGIA PERINATALE | ARTICOLO

Noi, figli del COVID. La gravidanza nella pandemia, come una pandemia

Licia Lietti,* Greta Petrilli,** Claudia Maspero,*** Valeria Pirro,****
Marcello Florita*****

SOMMARIO. – L'articolo prende spunto dai gruppi di accompagnamento alla genitorialità organizzati dall'area perinatale di SIPRe Milano durante il primo lockdown causato dal COVID-19, per portare alcune riflessioni inerenti l'esperienza di diventare genitori durante l'insorgere della pandemia. Questo ci ha portato ad osservare alcune tematiche comuni, quale la fatica elaborativa e l'iniziale paralisi del pensiero rispetto alla genitorialità, ma anche come la pandemia è stato un amplificatore di alcune vicissitudini proprie dell'Io soggetto e della sua evoluzione da figlio a genitore e, non meno importante, della sua capacità di trasformare un imprevisto in un'opportunità creativa.

Parole chiave: Gravidanza; COVID-19; genitorialità; pandemia; Io-soggetto; psicologia perinatale; stress; prevenzione; accompagnamento al parto.

*Medico Psichiatra e psicoterapeuta. Collaboratore del Punto Raf, Milano e membro dell'area Perinatale, SIPRe Milano. E-mail: licia.lietti@gmail.com

**PhD, Psicologa- Psicoterapeuta e Dottore di Ricerca. Membro di Area Perinatale-SIPRe Milano; Dirigente Psicologa presso U.O.C. Psichiatria-Ambulatorio Varenna per la salute mentale in epoca perinatale, ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo.
E-mail: gpetrilli@asst-pg23.it

***Psicologa e Psicoterapeuta dell'età evolutiva. Area Perinatale, SIPRe Milano.
E-mail: claudia.maspero78@gmail.com ; sito: www.claudiamaspero.it

****Psicologa clinica e psicoterapeuta, membro Area Perinatale SIPRe Milano, ASST BRIANZA Ospedale di Vimercate UOSD Psicologia Clinica c/o Centro Diurno Bernareggio UOC Psichiatria. E-mail valeria.pirro30@gmail.com

*****Psicoterapeuta e psicoanalista SIPRe. Autore di due saggi sulla psicoanalisi, 'L'intreccio' e 'Alice il porcospino e il fenicottero', è anche curatore del volume 'Benessere e cura nell'esperienza perinatale' edito dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia e autore di un romanzo 'Come respira una piuma'. Collabora da anni con il Punto Raf ed è socio SIPRe, referente dell'Area Perinatale SIPRe Milano e responsabile scientifico del Corso di Psicologia Perinatale e cure. E-mail: florita.marcello@hsr.it ; sito: www.marcelloflorita.it

Diventare genitori è un'esperienza che va oltre il generare una nuova vita, che muove all'interno dei soggetti coinvolti numerose corde, che possono vibrare in modo diverso, a seconda del soggetto e dell'ambiente che lo circonda in quel dato momento.

Un evento straordinario (nel senso etimologico di fuori dall'ordinario) come il diventare genitori non può infatti che rimettere in discussione la configurazione dell'Io soggetto, essendo un fatto che può cambiare gli elementi in cui è immerso: cambiano l'ambiente sociale, le abitudini, la relazione con il partner, l'idea che gli altri hanno di lui, il rapporto con i suoi genitori, ma soprattutto cambia la percezione di sé stesso. L'Io soggetto si trova quindi all'interno di un processo continuo di auto ed eco-organizzazione, senza che questi si distinguano e senza soluzione di continuità.

Non ci stupisce quindi che numerosi articoli hanno dimostrato che eventi di vita stressanti, aumentando la quota di preoccupazione generale nelle future mamme, possono influire negativamente sulla gravidanza stessa e sullo stato di salute sia della mamma nel periodo perinatale, che del nascituro, con effetti che possono persistere anche a lungo termine (Dunkel-Schetter & Toner, 2012). Soffermandoci sul bambino, i dati di letteratura hanno mostrato che gli effetti sono molteplici e si manifestano nel corso della vita in modo diverso: nel primo anno di vita si può riscontrare un ritardo nello sviluppo cognitivo e motorio, alterazioni nella regolazione dell'attenzione, un temperamento ansioso e il timore delle novità; nell'infanzia si evidenziano invece problemi comportamentali ed emotivi e si osserva una riduzione della densità della materia grigia cerebrale; mentre nell'adolescenza si osserva una quota maggiore di impulsività (Buss, Davis, Muftuler, Head, Sandman, 2010; Davis & Sandman, 2010; Kashan *et al.*, 2008; Mennes, Stiers, Lage, Van Den Bergh, 2006). Non meno importante, è stata anche osservata un'associazione tra lo stress materno in gravidanza e lo sviluppo di disturbi mentali maggiori nella prole (Huizink & de Rooij, 2018; Kashan *et al.*, 2008).

Tutti questi studi ci mostrano quindi come la natura e la qualità degli apprendimenti umani fin dall'epoca prenatale e del primo anno di vita sono condizionanti, se non addirittura determinanti, dello sviluppo neurobiologico di ciascun individuo. La scoperta fondamentale è legata al fatto che questi apprendimenti (e le conseguenti modificazioni neurobiologiche) non sono 'automatiche', ma modulati dalle persone che si occupano del bambino, in primis la madre. Capiamo quindi come il concetto di relazione sia determinante per la qualità degli apprendimenti e come questi costruiscano le strutture neurologiche del cervello del bimbo: queste a loro volta condizioneranno ogni futuro sviluppo, fisico, psicosomatico, ma soprattutto psichico, del futuro individuo (Imbasciati, Cena, & Dabrassi, 2011).

Date queste premesse non possiamo fare a meno di soffermarci su quanto accaduto negli ultimi mesi, quando le coppie di futuri genitori hanno

dovuto fare i conti con un nuovo e ignoto elemento, che ha toccato anche tutti noi, nessuno escluso: il diffondersi del COVID-19.

Il COVID-19 infatti ci ha travolto come uno tsunami, e per le sue caratteristiche (è silenzioso, illogico, inatteso) muove in sé temi esistenziali: il vissuto di isolamento e solitudine, la mancanza di prospettive e di libertà, la paura della morte e l'incertezza. Che ci abbia colpito direttamente, abbia aggredito un nostro caro, o che sia vissuto come qualcosa di lontano, questa presenza ha influenzato, e continua ad influenzare, la vita di tutti noi, in primis dal punto di vista pratico, ma anche da quello psicologico.

Il COVID è arrivato nelle nostre vite proprio come una '*Tigre all'ora del tè*' (libro letto durante il lockdown nel webinar organizzato dall'Area Perinatale SIPRe di Milano per i genitori) (Maspero, Cristofori, & Petrilli, 2020); proprio come accade nel famoso albo illustrato di Judith Kerr (1968) in cui all'ora della merenda Sophie e la sua mamma aprono la porta ad un ospite inatteso, una tigre. La tigre è davvero molto affamata e in breve divorra non solo tutto quello che le viene offerto, ma anche tutto quello che c'è in casa e beve tutto ciò che può bere. La mamma è un po' disperata al pensiero di non aver più nulla da mangiare, ma poi arriva papà che, aggiornato sull'accaduto, propone di uscire a cena.

Un primo livello di lettura può farci pensare alla tigre come ad uno sconosciuto minaccioso (così come il COVID) che invade le nostre vite in un momento piacevole in modo inatteso, ma la reazione del papà di Sophie ci fa capire come l'imprevisto possa essere anche un modo per scoprirsi capaci di reagire in modo sorprendente, di fronte al quale l'Io soggetto può attingere alla creatività (Minolli, 2015), cioè a un comportamento nuovo o emergente non desumibile dalle singole caratteristiche del sistema.

Cos'è successo quindi alle coppie in attesa di fronte a questo tsunami, si sono fatte travolgere dalle tigre o sono riuscite, come il papà di Sophie, a far fronte all'imprevisto?

Inizialmente il COVID è arrivato, soprattutto nella fase iniziale del primo lockdown, come un tigre, un ospite inatteso e indesiderato che 'rovina i piani' proprio nel momento più dolce. I piani che ha rovinato sono stati quelli degli appuntamenti per i controlli, paletti sacri durante la gestazione. Forse questi paletti e scadenze sono diventati anche un mezzo di contenimento delle ansie, nonché qualcosa che aiuta a mantenere la fiducia, la motivazione e a tollerare la frustrazione del tempo in 'attesa', quello che deve scorrere nell'impotenza del non poter 'fare', ma nel dover 'stare' in ascolto. Il COVID ha stravolto quindi non solo le prassi ospedaliere, ma anche un percorso di rappresentazione e immaginativo, che passa attraverso questo iter.

Il COVID, con la sua potenza improvvisa, ha quindi invaso inizialmente lo spazio mentale dei soggetti nella coppia, castrando la possibilità di nutrire la relazione con il figlio in attesa, e andando ad agire su quelle

tappe così importanti per promuovere la rappresentazione del figlio ‘reale’ (Florita, 2020).

Le coppie, o meglio i soggetti in attesa di diventare genitori, si sono trovate quindi a dover affrontare una doppia sfida elaborativa (Ibidem, 2020) e dunque una doppia fatica elaborativa. La prima sfida elaborativa è proprio quella dell’arrivo di un bambino. Come sappiamo bene, questo passaggio ha una risonanza emotiva enorme su entrambi i soggetti all’interno della coppia e, non a caso, veniva definita dalla Bibring (1959) come la ‘crisi maturazionale normativa’. Il soggetto si trova a fare i conti con sé stesso, con ciò che ha significato essere figlio, cosa è stato per lui un genitore, come si immagina suo figlio e come si immagina da genitore, oppure sul significato del desiderio di maternità (o paternità) e sulla messa in discussione dello stesso. A tutti gli effetti si può parlare di un importante passaggio identitario, dove si conosce il passaporto di partenza ma non si sa ancora dove approderemo e con quale passaporto (Florita, 2016). Come ogni transizione prevede un lutto, un momento in cui si perde qualcosa della vecchia configurazione per accedere ad una nuova: si può passare attraverso la revisione del figlio che siamo stati, del nostro essere figli per accedere all’essere genitore. Come tutti i passaggi evolutivi vi è una messa in discussione dell’organizzazione vecchia dell’Io soggetto, per accedere ad una nuova organizzazione - che in anticipo non ci è dato sapere quale sia - con tutto il disequilibrio e dolore che comporta.

La seconda sfida è quella di dover affrontare questi cambiamenti ‘interiori’ in un momento in cui la realtà esterna cambia continuamente, togliendo qualsiasi riferimento certo. ‘Si cambia mentre il mondo cambia’ e questi puntelli legati al mondo esterno hanno un estremo valore in un momento in cui l’interno si riconfigura (Florita, 2020). Mancano infatti la sicurezza e il contenimento della prassi ospedaliera: ogni giorno le notizie cambiano, i protocolli sono in continuo cambiamento, non si sa, ad esempio, se il papà assisterà alla nascita del proprio bambino o meno, o se, una volta nato, potrà stare accanto alla compagna. I servizi di supporto alla maternità e alla genitorialità sono rimasti chiusi a lungo e, non ultimo, c’è la paura del contagio. Per molti mesi i neo-genitori non hanno potuto contare sui supporti familiari, i presidi ospedalieri, il confronto con professionisti materno infantili, le tecnologie di monitoraggio e, a tutt’oggi, per chi ha neonati, chiunque è una potenziale minaccia.

È stato proprio questo scenario di profondi cambiamenti, costellato da solitudine e incertezze, che ci ha portato, come professionisti del perinatale, a voler fare qualcosa per tutelare la qualità di vita dei futuri genitori e del nascituro, durante la gestazione. Proprio partendo da queste considerazioni l’Area Perinatale SIPRe Milano ha pensato di creare un modo per stare a fianco alle persone in attesa di un bimbo. Non ci siamo posti l’obiettivo di aiutare, riparare o dare un salvagente, ma avevamo la semplice ambizione di rendere i

‘genitori quasi’ più presenti a ciò che stava accadendo dentro ognuno di loro, più presenti nello stare vicino all’altro in dolce attesa e più presenti nel cogliere le ripercussioni legate all’arrivo di un figlio e all’inventarsi genitori. Così a marzo abbiamo promosso un ciclo di quattro incontri gratuiti rivolti alle coppie in attesa, ‘*Genitori quasi... ai tempi del COVID-19*’.

A dimostrazione del profondo e dilagante bisogno di spazi di pensiero, nel giro di poche ore ci sono state numerose richieste di iscrizioni da tutte le parti di Italia.

I futuri genitori hanno partecipato agli incontri settimanalmente collegandosi attraverso la piattaforma Gotomeeting o via Skype. I conduttori (8 psicoterapeuti, 1 psichiatra e 1 psicologa) erano tutti appartenenti all’Area Perinatale SIPRe e sempre presenti in coppia. La scelta di partecipare in due non è stata casuale, ma figlia di un prolifico confronto all’interno del gruppo: volevamo esserci, ma sapevamo che le angosce da COVID (qualcuno di noi ha avuto colleghi deceduti, amici in terapia intensiva, *etc.*) avrebbero reso le spalle cariche e l’attenzione fluttuante.

Parallelamente è stato attivato un appuntamento settimanale con un’ostetrica per ovviare all’assenza di un servizio fondamentale, ma inizialmente sospeso in tutti gli ospedali.

Tra marzo e giugno sono state attivate 16 sessioni, che hanno visto la partecipazione di 56 future mamme e 32 futuri papà, dalla 32esima settimana di gravidanza in poi. L’88% delle mamme era in attesa del primo figlio e il 60% delle donne che si sono rivolte alla nostra attenzione ha dichiarato di aver avuto problemi di fertilità, precedenti interruzioni di gravidanza o patologie della gravidanza. Il gruppo delle ‘quasi mamme’ era così suddiviso in base all’età: il 54% aveva un’età compresa tra i 30 e i 40 anni, il 25% sopra i 40 anni, mentre solo il 12% aveva un’età inferiore a 30 anni. È interessante notare, a dimostrazione della necessità e della voglia di esserci anche per i futuri papà, che più del 50% dei partecipanti si è presentato in coppia.

Con la nostra esperienza di accompagnamento delle coppie in attesa abbiamo potuto osservare vissuti comuni, ma anche come ogni soggetto reagisce alle esperienze in un modo unico per quelle che sono le risorse e i limiti di quel Io-soggetto in quel dato momento storico.

La fase iniziale del lockdown ha portato con sé una sorta di ‘paralisi’ all’interno dei soggetti in coppia e, in particolare, una paralisi legata al pensiero della ‘genitorialità imminente’. La pandemia aveva invaso ogni stanza e ogni spazio lasciando poco spazio per i movimenti. Emblematico è l’esempio di una coppia di Bergamo, che si è presentata al primo incontro con il papà che, venuto a contatto con numerose persone positive al COVID, era in quarantena forzata nella futura cameretta del figlio. La paura di ammalarsi, il timore di contagiare sua moglie, l’angoscia di passare il virus al figlio (in un’epoca in cui gli effetti sui bimbi erano sconosciuti) hanno reso difficoltoso trovare lo spazio mentale per occuparsi del figlio (e del genito-

re) in arrivo. Il fantasma del COVID era nella loro casa, tra di loro (vivendo in camere separate e avvicinandosi solo con la mascherina) e nella cameretta che doveva ospitare le fantasie legate al futuro nascituro. Improvvisamente si sono sentiti invasi da questo nemico invisibile e braccati negli angoli opposti della loro casa come due pugili suonati agli angoli di un ring. Non potendo più abitare quella cameretta, occupata dal COVID, hanno interrotto la costruzione del fasciatoio, bloccato l'acquisto dei vestiti e sospeso la scelta del nome. 'Come si chiamerà? Abbiamo smesso di pensarci, vedremo dopo'. Durante il collegamento erano a distanza di due metri, lei davanti e lui dietro, leggermente sfuocato, e con la mascherina che copriva gran parte del volto. Un'immagine che difficilmente si poteva associare all'attesa di un figlio e che, anche visivamente, sembrava raffigurare il canovaccio di un thriller spaventoso: una figura minacciosa, di cui si intravedono solo i contorni, che ci pedina a pochi metri di distanza. Nonostante in una prima fase fossimo anche noi travolti dai camion militari con le bare, e quindi poco fiduciosi di riuscire a promuovere la vita, abbiamo accolto la nostra angoscia (cercando di non esserne travolti), le loro angosce, ma soprattutto abbiamo scelto di provare a guardare con una nuova luce quella cameretta: non più come la stanza della quarantena, ma come lo spazio del progetto. Eravamo di fianco a loro nel parlare delle loro paure, ma anche nell'osservare quel grembo accogliente. Abbiamo promosso un dialogo con quella pancia, un ascolto dei movimenti di loro figlio, di ciò che diceva ad ognuno di loro, e dopo due incontri i nostri 'Genitori quasi' hanno esordito così: 'Abbiamo scelto il nome di nostro figlio, si chiamerà Lorenzo! Ed ora Lorenzo ha anche un bel fasciatoio nuovo nella cameretta!'. Ci siamo quindi resi conto di quanto quell'angoscia senza parole potesse essere paralizzante, di quanto il COVID potesse essere invadente, e, lentamente, abbiamo cercato di far convivere l'angoscia delle mascherine e delle distanze, con la vita, la pancia e i progetti.

In una seconda fase, muovendo i primi passi per uscire da quella paralisi, ogni soggetto ha reagito portando se stesso.

Sebbene alcuni dolori appaiano specifici dell'avvento del COVID, a nostro parere alcuni contenuti vanno sempre presi con cautela. Di fondo pensiamo che la pandemia sia stata anche un amplificatore di quelle paure tipiche dell'Io soggetto che vive l'esperienza della nascita di un figlio: una revisione identitaria, il contatto con l'ignoto, il cambiamento, la minaccia, la morte, il vissuto di solitudine e di isolamento (frequente nel post-partum), il vissuto di costrizione (quando per esempio il cambiamento legato alla maternità e alla paternità viene vissuto come un impedimento), lo stravolgimento della dimensione del tempo, il lutto dell'ideale di maternità e di bambino e, ultimo, ma non meno importante, il passaggio simbolico dall'essere figlio al diventare genitore. Con il tempo abbiamo colto che la pandemia non è solo stata una lente che amplifica, ma anche un servo muto grazie

al quale ci si è sentiti più autorizzati e facilitati nello spogliarsi, appoggiando fuori da sé la sensazione di catastrofe (nel senso etimologico di volgere capovolgere o stravolgere) del diventare genitori. Paradossalmente, potendole appendere fuori dal soggetto stesso, è divenuto più semplice parlare delle proprie paure legate alla genitorialità. Il nostro lavoro è stato anche e solo far scorgere in quegli abiti appoggiati poco più in là, la pelle di quel Io soggetto in tumulto (Florita, 2020).

A questi timori si sono unite le paure di contrarre il virus e di poterlo trasmettere al proprio bimbo, il tutto complicato dal fatto che in caso di positività ci si trova a dover affrontare separazioni per settimane, privandosi del contatto con il partner, con il bambino o con entrambi.

A questo proposito va detto che le evidenze mostrano come una trasmissione verticale del virus SARS-CoV-2 ad oggi viene considerato un evento raro, ma comunque possibile (Juan *et al.*, 2020; Maleki Dana *et al.*, 2020; Mullins, Evans, Viner, O'Brien, & Morris, 2020); ma è raramente pericolosa per la vita del neonato.

Quello che però gli studi hanno messo in evidenza con maggior certezza è come in caso di positività al virus vi sia una maggior frequenza di parti prematuri (Di Mascio *et al.*, 2020; Maleki *et al.*, 2020), con tutte le implicazioni che la prematurità comporta. Resta da comprendere quanto questo sia una conseguenza diretta dell'infezione virale o mediata dai livelli di stress conseguenti alla pandemia e all'avvenuto contagio. In questa specifica situazione la nascita prematura però non ha implicazioni solo in termini di neurosviluppo del bambino, ma è aggravata dalle condizioni emotive in cui l'intera famiglia si troverebbe a vivere, a causa delle maggiori restrizioni messe in atto per garantire la sicurezza durante la degenza in Terapia Intensiva Neonatale.

Capiamo quindi come lo scenario possa essere destabilizzante per una coppia in attesa, anche perché, al fine di limitare il contagio, i padri sono stati inizialmente esclusi e poi, solo in parte, reintegrati nell'evento nascita. Quella che è stata una delle grandi conquiste degli ultimi decenni, cioè l'inclusione della triade nel momento nascita (non solo madre e figlio, ma anche il padre presente prima, durante e dopo la nascita), è stata spazzata via in un attimo dall'ondata COVID lasciando le famiglie disorientate e mutilate dall'improvviso cambio di scenario.

Negli ultimi anni il ruolo della figura paterna è stato sempre più valorizzato all'interno dell'intera famiglia, il tutto corroborato da un'infinità di studi scientifici che hanno dimostrato quanto, durante il periodo perinatale (compresa la gestazione), la presenza o meno del padre abbiano un'influenza sul bambino e dunque sul suo sviluppo emotivo-comportamentale, cognitivo e motorio (Baldoni & Giannotti, 2017; Cameron, Sedov, & Tomfohr-Madsen, 2016). Il COVID ha costretto i padri a tornare alle abitudini del passato ma con le aspettative sociali e soggettive del presente. Un tempo l'assenza del padre veniva quasi data per scontata, ora che i padri

danno per scontata la loro presenza, si sono trovati ad *affrontare il lutto* di non poter essere presenti nel momento nascita e nei primi giorni di vita del bambino. Questo non porta solo un evento luttuoso per il padre, ma anche per la madre, che si trova ad affrontare i primi momenti da genitore in assenza del partner. Nel nostro campione, non vi è stato un padre che non abbia lamentato questa perdita, così come non vi è stata una madre che non abbia sofferto all'idea di questa assenza.

Un ulteriore cambiamento è rappresentato dall'impossibilità di avere i nonni o gli affetti vicini, elemento verso il quale il COVID sembra avere un ruolo cruciale, ma che in realtà va letto al di là del contenuto, ma come espressione del travaglio dell'Io soggetto. Ritornando a quanto detto precedentemente questa lamentela legata alla mancanza dei nonni racconta dell'Io-soggetto, che fa i conti con il suo essere stato figlio, con il suo essere figlio accanto a un figlio, genitore accanto al figlio che è stato, genitore accanto al figlio che sarà/vorrà e genitore accanto ai genitori che ha avuto (Florita, 2020). Così, per alcuni, questo momento ha portato con sé un'ulteriore fonte di preoccupazione, mentre per altri una sorta di sollievo: alcuni manifestavano infatti la paura di non farcela da soli, mentre per altri il COVID ha rappresentato la possibilità di mettere una sorta di 'freno' all'intrusività dei genitori (o meglio del bisogno di mantenerli vivi insieme a quel 'loro' figlio).

Se ci pensiamo quindi il COVID non ha fatto altro che mettere in luce i vissuti di ognuno, vissuti che fanno parte normalmente dell'esperienza della nascita: l'ambivalenza tra la voglia e la paura di diventare genitori, la paura di non farcela da soli, la paura dell'ignoto, la paura della morte.

Le coppie, spogliate dalle ecografie e dalle visite periodiche di monitoraggio della gravidanza, si sono trovate senza la possibilità di avere uno spazio esterno per avvicinarsi gradualmente al loro divenire genitori. Ma questa impossibilità di rivolgersi all'esterno ha fatto sì che si potessero fermare e rivolgersi all'interno, mettendosi in una posizione di ascolto, altrimenti poco possibile. I nostri Io soggetti 'Genitori quasi' si sono trovati 'nudi', senza i caldi abiti delle deleghe, costretti all'attesa (e allo stare), e quindi hanno ascoltato, e talvolta accolto, le proprie vulnerabilità, ambivalenze e fatiche creandosi una straordinaria occasione per fare i conti con se stessi, tirare fuori risorse e competenze che, forse, non sapevano neanche di avere (Petrilli, Florita, Proserpio, & Zanolin, 2020). E così quella paralisi si è tramutata in uno stare, un'occasione di presenza a se stessi, e dunque in un'opportunità per divenire creativi (Florita, 2020).

Come ha detto Ferrarotti in una recente intervista:

'la tecnica è una perfezione priva di scopo, interessata unicamente all'esattezza interna delle proprie operazioni. Può espandersi a dismisura, ma questa espansione caotica non comporta alcun progresso. Per il progresso occorre l'iniziativa umana, che può essere efficace a patto che l'essere umano stesso riconosca a sua volta i propri limiti' (Zaccuri, 2020).

Così abbiamo trovato mamme che hanno imparato ad ascoltare di più i loro bimbi nella pancia, ad immaginarsi il loro carattere in base a quello che sentivano e a identificare i momenti della giornata in cui si muovevano di più.

Abbiamo potuto scoprire lo stupore delle mamme che si sono scoperte capaci di stare in quarantena, riconoscendo l'utilità del fermarsi e di imparare a stare in una nuova dimensione del tempo, aspetto con il quale molte donne impattano bruscamente nel post-parto, il che spesso causa loro disagio e sofferenza. Così come abbiamo potuto ascoltare il racconto commosso di una mamma, con alle spalle una pregressa depressione post partum, che è arrivata a ringraziare il coronavirus per averle regalato una 'seconda maternità', con tempo libero da trascorrere con il suo bambino, che altrimenti non si sarebbe mai concessa.

Abbiamo trovato coppie grate al loro figlio, perché la sua attesa e nascita, li stava aiutando a vivere bene, nonostante l'alone di morte e la tristezza circostante.

Come operatori perinatali abbiamo potuto dar voce a questi vissuti, in un momento in cui anche noi stessi eravamo travolti dallo tsunami.

Il COVID infatti ha portato con sé un vissuto nuovo anche per gli operatori stessi: non eravamo semplici spettatori di una situazione catastrofica, ma la stavamo vivendo insieme alle coppie, eravamo anche noi frastornati quanto loro nella catastrofe. L'unica grande differenza con gli interventi della psicologia d'emergenza è legata al 'treno': la maggior parte degli psicologi che hanno assistito i terremotati, prendeva il treno, assisteva gli sfollati e poi riprendeva il treno per tornare nella propria casa. Ebbene, durante la pandemia, quel 'treno' è mancato, come la possibilità di prendersi quei chilometri di distanza dalle angosce. Questo ha portato in primis noi a cercare uno spazio di pensiero in cui paura e speranza, dolore e gioia potessero convivere. Noi eravamo terremotati tanto quanto le coppie e come loro spostavamo macerie e respiravamo polvere (Florita, 2020). E se questo da una parte non sempre è stato facile, ci ha dato una grande opportunità, per valorizzare ancora di più il ruolo della compartecipazione emotiva, dell'autenticità e fin da subito si è sfatato il mito dello psicologo non coinvolto e idealizzato. Siamo stati con loro con le nostre paure, le nostre incertezze, ma anche con la voglia di ascoltare e accogliere ciò che ci accadeva: presenti a ciò che ci accadeva e accadeva a loro. Forse è stato proprio questo a generare le premesse affinché si potesse accogliere ciò che avveniva, dalla comparsa della tigre a quella di un cucciolo, dallo stare nella catastrofe a veder sorgere la vita.

Così anche noi terapeuti abbiamo potuto cogliere, insieme alle nostre coppie in attesa, quanto fosse fondamentale, al di là della loro esperienza di maternità e paternità ai tempi del COVID, valorizzare la centralità del soggetto e dello stare con quel soggetto per quello che portava. Fermarsi a pensare al loro divenire genitori in questo momento è stato anche portarli a loro

stessi, indipendentemente dal COVID, che non esiste in quanto tale, ma in relazione a chi lo vive.

Ringraziamenti

Ringraziamo tutti i membri dell'area perinatale SIPRe Milano per la collaborazione e tutte le coppie che hanno partecipato al progetto 'Genitori quasi', per la fiducia e la ricca partecipazione ai nostri gruppi.

BIBLIOGRAFIA

- Baldoni, F., & Giannotti, M. (2017). I disturbi affettivi perinatali paterni: valutazione, prevenzione e trattamento. In A. Imbasciati & L. Cena (Eds.), *Psicologia clinica perinatale. Neuroscienze e psicoanalisi* (pp. 218-239). Milano: FrancoAngeli.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Buss, C., Davis, E.P., Muftuler, T., Head, K., & Sandman, C.A. (2010). High pregnancy anxiety during midgestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old-children. *Psychoneuroendocrinology*, 35, 141-153. doi:10.1016/j.psychneuen.2009.07.010.
- Cameron, E.E., Sedov, I.D., & Tomfohr-Madsen, L.M. (2016). Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis. *Journal of affective disorder*, 206, 189-203. doi:10.1016/j.jad.2016.07.044.
- Davis, E.P., & Sandman, C.A. (2010). The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development. *Child Development*, 81, 131-148. doi:10.1111/j.1467-8624.2009.01385.x.
- Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., Rizzo, G., Buca, D., Liberati, M., Vecchiet, J., Nappi, L., Scambia, G., Berghella, V., & D'Antonio, F. (2020). Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(2), 100107. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100107.
- Dunkel-Shetter, C., & Toner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:10.1097/YCO.0b013e3283503680.
- Zaccuri, A. (2020). Ferrarotti: 'Il futuro non è nella tecnica, il Covid-19 lo dimostra.' [Intervista]. *Avvenire*; martedì 7 aprile. Retrieved at: <https://www.avvenire.it/agora/pagine/coronavirus-franco-ferrarotti-sociologo>
- Florita, M. (2016). *Come respira una piuma*. Roma: Edizioni Ensemble.
- Florita, M. (2020). *Nuove prospettive della Psicologia Perinatale* [webinar].
- Huizink, A.C., & de Roi, S.R. Prenatal stress and models explaining risk for psychopathology revisited: generic vulnerability and divergent pathways. *Development in Psychopathology*, 30(3), 1041-1062. doi:10.1017/S0954579418000354.
- Imbasciati, A., Cena, L., & Dabrassi, F. (2011). *Psicologia clinica perinatale per lo sviluppo del futuro individuo*. Torino: Espress Edizioni.
- Juan, J., Gil, M.M., Rong, Z., Zhang, Y., Yang, H., & Poon, L.C. (2020). Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound in Obstetric Gynecology*, 56(1), 15-27. doi:10.1002/uog.22088.
- Kashan, A.S., Abel, K.M., McNamee, R., Pedersen, M.G., Webb, R.T., Baker, P.N., Kenny, L.C., & Mortensen, P.B. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following ante-

- natal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives of General Psychiatry*, 65, 146-152. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2007.20.
- Kerr, J. (1968). *The Tiger Who Came to Tea*. [trad. it.: *Una tigre all'ora del tè*. Milano: Mondadori, 2016].
- Maleki Dana, P., Kolaheidoz, F., Sadoughi, F., Moazzami, B., Chaichian, S., & Asemi, Z. (2020). Covid-19 and pregnancy: a review of current knowledge. *Le Infezioni in Medicina*, 28(suppl 1), 46-51.
- Maspero C., Cristofori, D., Petrilli, G. (2020). *Una Tigre all'ora del tè. Coronavirus e bambini* [Webinar].
- Mennes, M., Stiers, P., Lage, L., & Van Den Bergh, B. (2006). Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex. *Neurosciences & Biobehavioral Reviews*, 30(8), 1078-1086. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.04.003.
- Minolli, M. (2015). *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*. Milano: FrancoAngeli.
- Mullins, E., Evans, D., Viner, R.M., O'Brien, P., & Morris, E. (2020). Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. *Ultrasound in Obstetric Gynecology*, 55(5), 586-592. doi:10.1002/uog.22014.
- Petrilli, G., Florita, M., Proserpio, C., & Zanolin, S. (2020). *Diventare genitori ai tempi del Covid* [webinar].

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: 13 dicembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 24 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:503

doi:10.4081/rp.2021.503

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

Psychoanalysis in Form and Action

Veronica Di Donato,* *Chiara Di Nunzio*,** *Beatrice Dionisi*,***
Martina Ferrari,**** *Maria Guglielmo*,***** *Alessia Laudati*,*****
Camilla Raccosta,***** *Arianna Ranauro*,*****
*Alessia Scano******

ABSTRACT. – The work presents a reflection based on the authors' experiences in training in psychoanalysis. In recent years, the training course has become increasingly complex and requires training in the four fundamental pillars of any training course: theoretical seminars, supervision, personal analysis and internship. In this case, the authors examine their experience as interns, as well as the supervision aspects, and aim to present their critical appraisal of the training course and of its transformation. The section on internship explores the strenuous move from a 'private' psychoanalysis to a 'public' one, and focuses on the lived experience and the questions raised by the intern. The supervision is presented as a learning space and a space for re-elaboration of the student's early analytical experiences during the internship. The contextual nature of the experiences makes the supervision an even more complex process in which it is necessary to combine the internal logic of formative learning with its applicability in the contexts.

Key words: Training; internship; supervision; ideal; real; becoming a psychoanalyst.

-
- *Veronica Di Donato, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: veronicadidonato@hotmail.it
- **Chiara Di Nunzio, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: chiaradinunzio@hotmail.com
- ***Beatrice Dionisi, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: dionisibeatrice1@gmail.com
- ****Martina Ferrari, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: ferrarimart@gmail.com
- *****Maria Guglielmo, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: maria.guglielmo@hotmail.it
- *****Alessia Laudati, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: alessialaudati@gmail.com
- *****Camilla Raccosta, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: cam_raccosta@gmail.com
- *****Arianna Ranauro, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: ariran89@gmail.com
- *****Alessia Scano, psychologist, SIPRe intern in Rome, Italy.
E-mail: alessiascano@gmail.com

Introductory remarks

In psychoanalysis, the issue of training is a complex dialogue between various voices in various places, because there are, indeed, various voices involved and they are, indeed, found in various places. The voice of the lecturers and supervisors is well represented in the literature in the field, and the voice of operators working in the relevant health institutions, such as the location of the internships, does not fail to make itself heard, albeit addressing the issue tangentially and from a broader point of view; nevertheless, the voice of the students remains fundamentally unheard, in places officially designated for the debate on the issue. And yet, it would be sufficient to walk the corridors of the specialization schools to realize how much the students have to say, but do not say, as if the fact of being interns confines them to a position of passivity from which it is difficult to feel that one has the right to make oneself heard.

As 4th-year students in the specialization school in psychotherapy, course of psychoanalysis of afferent relations in SIPRe in Rome, we have in the course of our years of training spent time talking and relating with our peers in the corridors of our school, probably as much time as that spent in the lecture halls. This article originated from the words that we exchanged and our thoughts, and the benevolent, legitimate look of a lecturer who was willing to listen; it represents the attempt to accompany our voice from the informal milieu of the corridors to the official milieu of the lecture hall. It is not our intention to present a comprehensive panorama of the training process in psychoanalysis from the point of view of the students; nevertheless, it is our wish to be able, in these pages, to present some significant glimpses into what, to our mind, is to be admired, and include them in the wider more comprehensive framework of other perspectives. In psychoanalysis, as in life, the mutual creative integration of glimpses and diverse voices is actually the most difficult and precious lesson to be learnt.

An unfinished revolution?

If one consults Rycroft's *A critical dictionary of psychoanalysis* (1970), the term *Adaptation* is defined as follows: 'adaptation indicates the capacity to distinguish between subjective (fantastic) images and external perceptions, as well as the capacity to effectively interact with the environment' (*ibidem*, pg. 1). A strenuous confrontation is involved between the ideal and the real dimensions in order to create a solid yet flexible bridge between the internal and the external, favouring the passage from form to action, and vice versa. When it emerges in its sacred meaning of 'limit', it is the reality which requires adaptation from the individual; a 'limit' with which one

needs to constantly converse, and which opens up to new possibilities. The adaptation is a central skill for the individual's well-being and for that of the more or less extended social group; it is also essential for the institutions, which by their nature are ill suited to adaptive logic and closer to an instinct of self-preservation rather than renewal. How can this function be combined with the ability to react to the changing times and needs of the individual whom the institutions address?

In this context, the question is addressed to the psychoanalytic training institute. The institute is delegated to preserve and transmit the psychoanalytic knowledge which risks falling into a form of self-referential knowledge, losing sight of its original heuristic purpose, withdrawing from a dialectic relation with the outside world and its contexts in favour of a tautological one between form and action.

Although this risk exists, it is impossible not to underscore the psychoanalyst's remarkable efforts to set up a dialogue between psychoanalysis and the Institution. For instance, in England in the Northfield Military Hospital, W. R. Bion tried, with his 'experiments', a global re-thinking of the institutionalised life, laying down the groundwork for what will become group psychoanalysis; in France, in 1952 J. Oury founded the LaBorde Clinic with the aim of democratising the psychiatric institution and restoring a sense of meaning to folly. Indeed, in J. Oury's view, the institution does not simply belong to psychoanalysis, but 'is' the field of psychoanalysis 'Il, donc' (1974).

In the United States, the Chestnut Lodge Hospital became a well-known laboratory for research, diagnosis and treatment of serious psychiatric disorders, a model for the integration of psychoanalysis and institutional practice (Campoli & Carnaroli, 2014). In Italy, first with Basaglia and later with Correale, the psychopathological discourse started to expand its borders and draw attention to the dynamics of institutions. The institutions are mainly public health institutions which, besides being at the centre of the psychoanalytical debate, have compellingly become part of the training programme, with the introduction of the internship as a fundamental pillar in the psycho-therapeutic preparation. This requirement suggests a change in the manner in which psychoanalysis is considered, from 'inside' the analysis room, to 'outside', in the institutional contexts; yet this is still an unwarranted requirement since the combination of the training institutes and health institutes appears to be supported by a regulatory, ideal framework rather than a framework built with a real convention in mind between the actors involved in the game, taking into account the objectives and purpose of the experience. Having paved the way for a dialogue and integration of worlds which are distant in many ways, one then wonders: Is it truly possible to apply the psychoanalytical method within a Service? (Campoli & Carnaroli, 2014). Or even, is it possible to be a psychoanalyst within that

Service? In order to answer these questions, we should reflect on the suggestion put forward by Racamier, who observed that it is appropriate to use one's personal theories as discretely as possible and keep as close as possible to concrete realities. Indeed, one should not believe that one's work within an institution will change the face of the world (Racamier, 1972).

With respect to the meeting between training institution and public institution, the internship represents therefore a possibility of experimentation to move from form to action: not only, as the etymon reminds us, for young recruits initiated to the art of war (Carli, 2009), but also for the psychoanalysis institution that will then measure up to the outside of private work rooms, inserting itself in wider contexts.

Which reflections have been formulated internally by the psychoanalysis training institution, as regards the new training course? To what extent are they willing to re-think their approach and be more flexible once they leave their private offices and make their way in various contexts, in particular the health sector? The health sector whose offices are public, where time is short, and treatment is free of charge. The health sector where one never works alone.

These missing premises entail two fundamental risks: the first is to use the experience of the internship as a mere pretext to 'hunt' for patients and apply a model of intervention that can only be self-referential; the other is to reify the difference between private psychoanalysis as first class, thanks to the context in which the method is more easily applicable, and public psychoanalysis as second class, because of all those uncomfortable 'background noises'.

In both cases the cost is very high and coincides with the lack of opportunity to grasp the originality of clinical experience within institutional contexts, with the implicit demand that it is the intern, alone, who builds meanings in an institutional vacuum.

An originality that not only has to do with the possibility of thinking about different models of intervention, but also with the possibility of a work that, unlike the one which can be carried out in the analysis rooms, foresees the encounter (and, perhaps, the clash) between different epistemologies, personal and professional, for which a painstaking work of integration is required.

The institution, like the setting, can be defined extremely broadly as a relationship or set of relationships that goes on for a long time, regulated by shared norms (Correale, 1999).

The institution, in fact, forms a whole that must be taken into account and used as such, together with the unconscious projections that operate in it (Racamier, 1972).

How, then, does training link the external time of internship with the internal time of the specialization course? A formative internal time that

psychoanalysis has always marked through participation in theoretical seminars, the pace of personal analysis, and the space of supervision.

The formative pillar of supervision represents a space for learning and re-elaboration of what happens between patient and analyst, sometimes making implicit and explicit reference, almost automatically, to the private practice as the exclusive setting for intervention, as if it were impossible to think of the analytic experience in a different context.

In supervision, different narrative levels mingle, that of the student, the supervisor and the patient himself. Specifically, where supervision refers to practical internship, the narrative plot thickens, and a further narrative voice is added: that of the context in which a particular analytic experience unfolds, and that of the intern placed in a new experiential context.

In this confused unravelling of narratives, metaphors of bonds of belonging, the young trainee analyst risks getting lost - caught between adhering to a training model that is detached from the context, but is the chosen one - and risks coming to terms with the demands and logic of the host institutions, to the point of getting completely lost.

In this sense, both the future analyst and the training institution risk being protagonists of a half-revolution, suspended between past and future.

Method in power, clinic in action

The internship experience can be considered the present time of the training process in psychoanalysis; the intern is, in fact, still a student and already a therapist: this means operating in parallel both within the training context, to complexify his personal theoretical, methodological and technical background, and outside, in the context of the public institution, where the healing relationship will evolve.

The school that trains him provides him with a method based on indispensable technical principles and a conception of care which requires a structural change in the patient; this entails a sufficiently long time and a sufficiently defined space.

In this sense, the therapeutic setting, considered not only as the restraining and normative framework of the treatment relationship, but also as the mental set of approach to psychoanalytic practice, is designed purely to be applied and applicable in simple, controllable contexts, such as the private one. The host public institution, like any complex organizational context, is instead strongly subjected to numerous political, economic and bureaucratic constraints, which determine an approach to care, to taking charge and to relationships with the territory that is decidedly different from the solipsistic practice of the profession. The lack of attention to mental health on the part of the political class results in drastic cuts in public spending, invested in programs

of prevention and promotion of psychological well-being in the aggregative contexts where public health meets users and at-risk groups (schools, youth centres, senior centres, games rooms, hospitals); the absence of these programs, and in general of interventions of a preventive nature, means that the only truly operational services are emergency services, *i.e.* those aimed at users in a phase of acute discomfort. The requests for care, perennially in excess of the limited human and economic resources available, are necessarily managed according to pragmatic criteria of efficiency.

Within this context, it may happen that the basic considerations of a conception of treatment as the acquisition of greater freedom within a shared setting between patient and analyst are missing. In fact, the therapist is not free to manage the timing and focus of psychotherapeutic treatment, nor is the patient's choice, upstream, of the type of therapy to be undertaken unrestricted: often the symptomatic urgency that leads him to turn to the public service is too urgent to leave room for a demand for treatment that is carefully planned. The cure, although partly obscured by the term 'symptomatic', in an attempt to appear less arduous and less expensive, is sometimes replaced by the less ambitious terms 'support and clarification', whose contours are blurred and uncertain, and therefore more suitable to contain the practice of an analyst in training. It follows that the negotiation of the essential parameters of the setting becomes almost impossible: the intern is sometimes required to move with the patient from one room to another according to availability; the total time of the treatment may shrink to just a few weeks, and the sessions may be reduced to merely one meeting per month. Moreover, the absence of any kind of financial commitment on the part of the patient inevitably raises a number of concerns: by lacking one of the main factors of accountability, the public institution seems to perceive the patient as a mere passive user of a service, rather than as an active and decisive subject in the outcome of his course of treatment.

In essence, the methodological and technical tools acquired by the analyst still in training are, at least in their original form, of little effectiveness, if not impossible to implement, because they are incompatible with the practices and procedures used by the host institution.

The training institution and the healthcare institution seem to have difficulty acknowledging the role each one plays in a single supra-system, in which the analyst in training is the link, wedged in the middle between form and action.

The work group: a choral solitude

From its explicit founding considerations, the practical internship experience appears as a space for exchange and inter-relationship between qualita-

tively and quantitatively different clinical experiences, in order to promote the opening from and towards multiple narrative levels of phenomenological data, clinical data and methodology of intervention. From this point of view, it is possible to consider practical internship in a public context as an opportunity for contact and meeting with different starting epistemologies, put into practice not only by the various professional figures involved in taking care of users of our services, but also by the heterogeneity of the group of interns and volunteers present in the structure. On the one hand, it is necessary to emphasize the enriching potential, for the individual and for the entire work group, of a dialogical, permeable and interconnected vision of the formative moment; on the other, the criticalities and limits intrinsically linked to this 'forced encounter' are particularly evident. In the practical implications, in fact, combining operationally different epistemologies and methodologies to make a coherent synthesis that supplies a reading 'of what you do and why', shared and sharable by the entire working group, is often impossible (Telfner, 2011): some models of intervention are in fact deeply incompatible with each other, both in the meaning attributed to the phenomena observed, and in the language used to convey the sense.

The attempt to forcibly start a dialogue which moves on irreconcilable narrative planes entails the risk of a deep impoverishment of meaning, both in the clinical intervention, which might be incongruent, fragmented, and in essence ineffective, and in the subjective experience of the analyst in training: his personal baggage of training experience and technical-clinical knowledge is substantially lacking in useful and expendable operational tools for group work, and the methodological model handed down by the training institution is impractical in any context beyond the private (and solitary) practice of the profession. The defensive position assumed by the training institution seems to reflect the general tendency of the psychoanalytic discipline to avoid meeting and confronting both the contemporary scientific panorama and the real contexts in which the clinical intervention takes shape, and expresses an intrinsic resistance to change typical of rigid and conservative organisations. The difficulty of the neophyte to insert himself effectively in a public health context and in a heterogeneous working group, implies, at least in part, the inability of the psychoanalytic narrative to integrate itself deeply into open, flexible and changing complex systems; the refuge in immanence aimed at preserving the status quo, perpetuated, more or less officially, by a significant part of the psychoanalytic institutional subjects, precludes in fact the mutual self- and hetero-directed influence necessary to create new systems of meaning, and new contexts of intervention and work responsive to the needs of the real environment in which they should be expressed.

Ultimately, the paradox experienced by the trainee analyst in a context of internship in a public facility, is often that of not being alone, but of feel-

ing isolated, a non-integrated voice in a choral context which is usually highly pragmatic, performative and quantitative; the isolation to which he is actively subjected can only be the result and the direct consequence of the historical absence of dialogue between the disciplines - prior to the absence of dialogue between individuals - whose effects heavily affect the personal and subjective experience of the individual, but do not reach the educational institution, the academic establishment or even the policy makers, the real and only possible interlocutors in order to think, or rethink, an interdisciplinary integration and to find a valid and useful place for psychoanalysis within the public health sector.

The sense of discouragement, ineffectiveness and loneliness felt by the individual, and the feeling of resignation that interns have as regards the possibility of thinking about psychoanalysis in contexts other than private practice, is the effect of a dialogue between institutions formally sanctioned but never fully initiated, delegated mostly to the ability of individuals to 'find a personal balance', to adapt, to integrate within themselves the aspects that have never been integrated at the level of the superstructures of reference in training. This delegation, in addition to hindering the training experience of the interns, who are often prevented from experimenting in practice what they have learned academically, and forced to hybridise in a 'do-it-yourself melting pot', risks compromising the very existence of applied psychoanalysis, reified in the lecture halls of specialisation schools, but the equivalent of a dead language in the actual public health contexts.

The chiaroscuro aspects of the internship experience: a game of interweaving

If the young intern finds himself immersed in a 'forced encounter' between different epistemologies and methodologies, grappling with a constant theoretical confrontation on the method, and in a formative relationship with different professional figures, we should ask ourselves what are the experiences that accompany his first practical encounter in the field. What does an analyst want? Does he want to be acknowledged and loved? Does he want to cure? The patient comes to the clinical encounter with the desire to be cured, in a perfect interconnection with the young analyst animated by the desire to offer a cure. The two desires meet in the training context and interweave with the expectations and investment made by the host institution in the intern, and vice versa, generating a critical and complex interplay.

The expectations and fears that animate the young intern often collude with the institutional reality with which the latter comes into contact: the contribution that all interns expect is to learn from the placement experi-

ence, but what fantasies lie behind this experience, and how do they shape the reality of practice?

The interns' experiences find themselves in a continuum that connects different polarities, both on an ideal level and on the level of reality. The experience of frustration because of the discrepancy between what has been learned at the training institution, and what is experienced in the reality of the host institution, is the background to a conflict in which the young analyst finds himself comparing the image of himself as an ideal analyst with the actual analyst in training that he is at the moment. The practical internship represents in fact the first opportunity to experience himself as an analyst: the patient, an expected and feared image, becomes real and tangible, within an unknown context.

The institutional context of internship, in this game of interweaving, plays a fundamental role in promoting or inhibiting the emergence of individual potentials and difficulties; often the expectation is that it acts as a container of anxieties and as a facilitator for the intern; however, the real experience that characterizes the internship is often one of disorientation, loneliness and a sense of exclusion.

The intern feels isolated in the uncertainty caused by not knowing whether to move autonomously or to passively await some indication. In this situation, the young intern's desire might move either in the direction of omnipotence or in that of impotence and inadequacy: sometimes the institutional context may be experienced as persecutory and excessively demanding, especially when the requests far exceed the time limits sanctioned by the 'mandatory' duration of the internship. It may also happen that the host structure is mistrustful towards the intern, who is considered inexperienced and immature with respect to clinical practice; the assignment of clinical work might be delayed, thereby encouraging feelings of inadequacy and frustration in the young analyst.

This experience may be made more burdensome by the fact that the intern is not paid for this obligatory internship. This weighs not only in material terms, but above all in terms of identity, because of a lack of acknowledgement of one's place and value in society. We wish to underscore the notable narcissistic value of these aspects, and at the same time their fragility in terms of the actual internship (Renik, 2007).

What space does the training institution give to these experiences and to the elaboration of the more or less unfulfilled hopes of the young analyst engaged in the field?

It would be useful to think of the training institution not only in terms of its academic role, and its function of transferring intellectual, methodological and practical knowledge, but also as a safe space in which it plays a central role in dealing with the emergence of the subjectivity of the aspiring analyst: dealing with the form, as well as the action.

Between boundary and frontier: supervision as limes

The future analyst experiences the feeling of living in no man's land, caught between being in training and becoming a therapist; he perceives himself as half-formed, as shapeless and unable to understand how to act. It is no coincidence that the 'half-made young man' has a self-image constantly in search of a missing piece. The therapist in training, besides aspiring to become something he has not yet become, looks for a space that will combine the two space-time halves in which he finds himself daily: the school of specialization and the public service.

The training institution offers interns the opportunity to talk, and talk about themselves, through the experience of supervision. Supervision, in this case individual supervision, in addition to being a sum of hours to be carried out for 'institutional' purposes, responds to the intern's need to link theory to clinical practice in order to begin to build his or her own way of inhabiting the room and of wearing the clothes of an analyst. The first individual supervisions begin with working on 'cases' dealt with in a public context, which is that of the internship, where the difficulties of being a beginner are combined with the rules of the host institution, often experienced as constraints.

On the one hand, in fact, the limits and the rules of the public institution contain and direct the work of the future therapist; on the other hand, those very limits are broken, as regards the rules that are gradually acquired in the training process.

The narrated text, initially in a room in a public service (not in a 'comfortable' private room), is subsequently re-read and re-listened to by the supervisor in another room, inside the training institution. To what extent does this re-reading process adapt to the space and time of a session in a public service? Indeed, although the supervisor's subsequent restitutions might seem easily applicable in a private space, they often appear surreal if considered and applied in the space of the internship.

This lack of opportunities for application can be traced back to the tendency to leave 'outside the door' the specific relationship that the student has with the host context: a context with its own rules and narratives, implicit and explicit, with its own way of functioning and relating to the other, which encounters the student's subjectivity. An encounter whose quality is undoubtedly one of the 'variables' brought into play in the analytical process which the supervision aims to understand.

Three protagonists are generally involved in the supervision: the learner, the patient, and the supervisor, each with his own personal structure which is brought into play with the other; to this, a further level should be added - the training context.

The relationship the learner has with that context represents a fourth fac-

tor, which is also involved in the supervision process, no longer a background element, but a figure.

The link between the different relational levels at play in the supervision process, student-patient/student-supervisor, lies in the person of the analyst in supervision; his characteristics and relational strategies emerge in the relationship with the patient, and are repeated punctually in the relationship with the supervisor (Tricoli, 2018), but also, we might add, in the relationship with the internship context.

On the intersubjective nature of the supervision

Having stated our considerations concerning the limits and difficulties encountered in transferring what has been learned from supervision into the internship contexts, it is appropriate to consider the radical change that has affected the concept of the supervisor-candidate relationship within a relational perspective, as an essential variable for a learning that is as complete as possible. While supervision has maintained its learning character, what has changed is the concept of learning itself:

'It is no longer a question of transmitting pre-constituted knowledge, but of constructing knowledge in the student/supervisor relationship. Both candidate and supervisor are searching for the perspective to follow with the patient, co-building a knowledge about him, and simultaneously about themselves' (Tricoli, 2018, pg. 19).

From this perspective, the supervision process could be thought of as a subjective and intersubjective 'construction' that consists of multiple complex narrative levels, unravelling at both intrapsychic and relational levels.

Each protagonist of the supervision process is a complex 'constructed' system that eco- and auto-organises itself in a subjective, unique and unrepeatable way, building up and co-building experiential data in the encounter with its own way of being-in-the-world and with the subjectivity of the other, producing multiple narratives.

The act of narrating to an experienced therapist one's own personal reading of a therapeutic process already experienced and read internally, seems to be a work of 'construction of construction', and supervision a process of narrative meta-construction on previous narrative constructions, both the student's and the supervisor's. In this perspective,

'supervision becomes a highly personal learning process for both the supervisor and the student' (Tricoli, 2018, pg. 55).

A learning that develops from a mutual exchange between student and supervisor, despite the diversity of roles, in which

'the emotional experiences represent the main way to understand the structured meanings at play in the relationship, both in the candidate-patient relationship and in the supervisor-candidate one' (Tricoli, 2018, pg. 55).

In particular, the focus on the experiences that come into play in the process of supervision, represents an acquisition which should not be taken for granted, signalling the transit from a concept of intellectual and content-based learning, to

'one directly dependent on the emotional vicissitudes that determine the quality and type of encounter with the objects of the external world. Learning (...) is born only from experience' (Blandino & Granieri, 1996, pg. 5).

The experience of supervision: the student's voice

The process of supervision can take on many affective guises in the mind of the prospective analyst. It can be experienced as a restraining, reassuring, and protective encounter, but also as a troublesome third party who stands between the analyst-in-training and his or her patient, placing a limit on the student's omnipotent desire to preserve his or her own narrative from being altered by external influences which are other than himself or herself.

It can, finally, be experienced as a valuable transformative possibility in making contact with one's own experiences, desires, ambitions, historical solutions, and limitations, within a technically guided and densely intimate relational matrix.

In any case, it is in the relationship with the supervisor that the student is required to question himself, to get to know himself in the guise of the student/professional.

Idealization and insecurity, frustration and enthusiasm, fantasy of perfection and at the same time of inadequacy, are inevitable and necessary experiences that 'contaminate' the field.

An emotional chaos enters the relational dynamic between student and supervisor, reproducing in the here and now of their meeting the same dialectic of the *there and then* of the session with the patient.

The young professional will therefore experience different states of mind, ranging from an initial bewilderment, to unconditionally indulging the supervisor, or even feeling disconcerted by realizing that the theory not practiced, but only idealized, when put into practice requires skills that have hitherto been unexplored. All this obliges the student to face two fundamental possibilities: on the one hand, to acknowledge his own *limits*, and transform them into a resource; on the other hand, there is the opportunity to bring into play a creativity which initially was undirected, and put it at the service of an oriented and generative clinical action. It is precisely those

limits and those initial instinctive impressions that will be processed, expanded and organized within a process that does not disregard the personality of the student and the encounter that he has with the patient, but that expands the coordinates of development and intervention.

In this sense, supervision provides the young student with a container that educates and refines without stifling his subjectivity, representing an opportunity to refine one's listening and skills, to integrate aspects of oneself with one's professional being, bringing out one's own meanings in order to extend them to one's way of being a therapist.

Within this dynamic, the questioning of one's own personality is essential, with the frustrations that it entails and with the idea that failure is possible but will not determine the image of the future professional. When what is at stake is the fantasy of being a good therapist, performance anxiety takes over, and this is how supervision provides the opportunity to receive a method that brings with it the concept of transformative evolution, both on a personal and technical level.

'Knowledge, to be acquired through supervision, thus comes to coincide with the process of transforming unconscious aspects of one's personality which are immobile and rigid, to become fluid and usable so that the same possibility of transformation can be transmitted to the other' (Tricoli, 2018, pg. 18).

For this to happen, it is important for the young therapist to be an active protagonist in a *meeting - confrontation* with himself, with the patient, and with the supervisor; this is not always easy, and goes through a learning process which involves knowing how to get involved and to be curious about the patient, as well as being aware of the difficulties that the supervisor puts in place; moreover, as the process progresses, one needs to be willing to dispel myths and idealizations with respect to one's mentors, and accept the risk of a 'sincere learning' that lays the foundations to becoming a professional.

Singular and plural: the group in the supervision process

What happens if the encounter-contrast that characterises the dynamics of supervision takes place within a group in which the vertical relationship is complemented by a horizontal relationship in which the confrontation takes place between 'peers'?

Psychoanalytically oriented training has been enriched by sometimes introducing the possibility of carrying out part of the supervision hours in a group. Using the group meetings as a working device, it is possible to produce a complex mosaic of reflections, experiences and thoughts which can make a difference.

The group-subject brings complexity and creativity to the experience of supervision: it is, in fact, a subject that represents the precipitate of the members' personalities, where unrepeatable and dynamic exchanges take place. It is therefore the specific interlocking between 'those' participants that accounts for the dynamics and more or less transformative potentialities that the group may produce in a joint supervision work. However, a group does not inevitably mean creativity: internal dynamics within the training group may hinder the emergence of generative aspects capable of allowing the transit from a monadic vision to an intersubjective dimension. At times, the case brought under supervision risks representing the device used for re-proposing and acting out group dynamics, becoming the case at the service of the group and not vice versa. Within this framework, different movements may occur: for example, competitive experiences, in which the central element is the vindictive desire to emerge individually, in the fear that the contribution of the other may eclipse one's own; or, on the contrary, the reactive need to maintain an idealised perfect harmony as the only source of 'forced' gratification.

But if these are the opposites, equal in their function of limiting the transformative function of the group itself, in between there are infinite possibilities in which the group can tune in to achieve a common goal, such as accompanying and becoming involved in the exploration of the relationship of one of the participants with a particular patient. In order to give itself this possibility, the group must not fear that an individual contribution, more or less out of tune, might shatter the group dynamic. If this happens, the group, as more than the sum of its parts, contributes to the emergence of different and at the same time complementary points of view, offering the possibility to those who present the case, to observe themselves and observe, through different lenses, the analytical process in progress. For this reason, through the group, the young analyst intern is faced with a questioning of his own 'coherence', presented as being faithful to himself, to his own personal style, and therefore to his own structure, in other words, to the eyes with which he observes and acts in the clinical case. In this sense, each participant brings to the group his or her own 'rigid' solution which, in the game of multiple voices, not only finds the possibility of emerging, but also of being rethought. When this occurs, what the group proposes is often the reflection of that dynamic in the making between the patient and the therapist, which, by making the implicit explicit, and therefore thought, allows the individual to perceive himself more clearly in relation to the patient. Thus, the group has a perturbing, but at the same time nourishing, function for the individual, who, by allowing himself space and time for elaboration, can later grasp the richness and level of complexity of the reading that the group makes, using it as a valuable contribution to his own clinical work.

In short, the experience of group supervision represents a transformative

possibility, both on a personal level and in terms of clinical applicability; this happens increasingly when the group itself becomes the custodian of a space in which one can be different, where the individual gaze generates connections of acceptance and enhancement of elements which apparently do not touch. It is the overlapping of different languages that constitutes the engine of the transformative process that widens the view of the specific clinical dynamic.

Fear and desire in the identity transit

In the early training stage, the young person encounters theoretical and human entities that seem to scrutinise, stimulate, intrigue and destabilise him. If every encounter takes place with the Other, during the internship the young person may feel that the otherness is a stranger who, while making himself known, may annoyingly or delicately arouse desires, fears, expectations, touch wounds that have healed or are still open. The internship therefore represents an intense transformative possibility, through contact with oneself and with the other. In order to become a therapist in action, the young person needs to place himself as an active observer of the flow of his own form.

Self-reflecting on one's own becoming might mean being more than one is; it is right to think that the young candidate's first step towards action is to awkwardly contact one's own identity form, to timidly look at its folds and try to smooth them out. At the beginning of the internship, the young person may have the idealised expectation of eliminating his own seams because they are experienced as hindrances, obstacles to the image of himself as an ideal therapist, perfect, without open wounds, sewn and stitched. The aspiring analyst might run the risk of self-preservation in the stiffening of his own structure, of rejecting the transformative effect of a possibility of listening to himself and to the other with whom he enters in relationship, and of experiencing as strongly disturbing anything that disconfirms his internal organisation. The internship and supervision may become a part of this initial frame of the training process, and may be perceived by the young person as tools not only facilitating the identity transit but also destabilizing an identity that tries to know. It may be difficult to develop the ability to reflect on one's personal structure and expose it to an open encounter with the other, the attempt to inhabit one's role and to integrate personal identity with the professional one in a dynamically harmonious relationship may be laborious and full of anxiety and fears.

Just as in the construction of the personal Self, so in the construction of the professional Self a dialectic of opposites is legitimate, in which the desiring part becomes domineering over fear, and therefore also becomes

the driving force in the process that makes one a therapist. It is the desire that leads the intern to the maturation of professionalism, emancipated from the safety net of supervision. While the aspiration to ‘help the other’ is at the top of the training choice, the ability to remain intrigued and fascinated by the patient is the driving force.

It is precisely through and in the analytical relationship that all the personal identities present in the room of analysis, including that of the clinician, are brought into play. The confrontation with the other from oneself requires, in fact, the continuous rebalancing of the intimate and professional structure and the need to remain faithful to it without becoming rigid. It is like the anti-seismic structure of a building: it neutralises earthquakes because it adapts to them and, at the same time, remains standing. If the intern is persuaded to constantly exercise self-reflection, the training, through the unravelling of internship and supervision, can grant such acquisitions: becoming ‘re-employable’.

For this to happen, the young intern must be attracted by the unmasking of the Self in order to conquer egosyntonic and personal ways of interacting with the intrapsychic and relational structure of the patient. So, even if the ‘role of pupil’ may induce him to propose in therapy reassuring, rigid and defensive themes, the aspiration to cure, at the same time, will gradually bring him closer to the uncertain and to the acceptance of the risk of making mistakes. In other words, the therapist will leave the theoretical certainty to approach the ‘personalising’ uncertainty and be what he wants to become.

Conclusions

It is always exciting and at the same time painful to write the words ‘The End’, at least as much as turning the page for the beginning that will follow.

Writing about training in psychoanalysis has been, for those of us who are about to complete it, an individual and group experience with a profound formative value: it has been, in fact, an experience that has required us to go beyond expanding our knowledge of the literature and reference models currently used in the training contexts of psychoanalysis. Our working group has been a space and an instrument of confrontation, re-proposition, implementation and subsequent resolution of the dynamics that, as users of a training course in psychoanalysis, we have acknowledged as being at the basis of the interactions between the institutions involved, the explicit object of this short work. In operational terms, the most functional choice for the drafting of this article was to divide our working group into two subgroups, each dedicated to the discussion of the two training pillars, internship and supervision. The two subgroups initially worked in parallel, maintaining mutual contacts to build links and avoid redundancies. The for-

mal entity of the relationship between the health institution (location of our internships) and the actual training institution (place of supervision), which we have cited as a reason leading to inconsistency and impracticability of the training path as such, gradually began to characterize also the interactions between subgroups and the points of contact between their contributions. We became protagonists in the implementation of what we only wished to narrate: the work of the subgroups was only formally close-knit, but was actually independent. Any attempt to recompose a unity generated frustration and rigidity in the positions of the two subgroups; any modification of their contributions in favour of integration seemed to represent a threat to their identity structure. On an individual level, each of us worked on a single paragraph, guided by the more or less conscious expectation that the overall result would be represented by the sum of the individual contributions without the need for corrections: a personal paragraph in which we could find the distinguishable trace of ourselves perfectly equal to the others in terms of space and importance. The group was initially sustained by the conviction that ‘everything would go well for everyone’; this idealisation allowed us to proceed with the undertaking, but made it very difficult for each member to question their own and others’ contributions. The phase of emotional turbulence that followed was characterised by a sense of frustration and loneliness, typical of when the richness of diversity fades into the loss of having a common language to share it in. These experiences characterized our internship experiences but not the supervision space; therefore, to get out of the impasse, it was essential to ask for and receive support from the lecturer who encouraged us to undertake this adventure, a figure who has represented for us the training context which we have not forsaken, and still feel a part of, and without which we find it hard to legitimize that we still have much to listen to, and something to say. In order to recover the original unity of the system represented by internship, on the one hand, the subject of our discussion, and of the entire working group, the author of that discussion, it was essential to reconsider ourselves and our work at a higher level of complexity. The acquisition of this new perspective has allowed us to look at the whole, represented by our work, free from the fear of distinguishing the individual parts, and letting ourselves be surprised by the result of their interaction, which sometimes mitigates their expression to enhance their presence. Silence is what allows the voice to be heard, and after all, this is the essence of the care which we feel we have trained for: allowing the encounter with the other to be an opportunity to let our divided parts be free to become a whole.

REFERENCES

- Blandino, G., & Granieri, B. (1996). *La disponibilità ad apprendere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Campoli, G., & Carnaroli, F. (2014). *Psicoanalisi e servizi: quale incontro? Dibattiti teorico-clinici*; dal 2 maggio al 10 luglio 2012. Retrieved at: https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/oldfiles/images/stories/Dibattito_SPIWEB_su_PSICOANALISI_E_SERVIZI_QUALE_INCONTRO.pdf
- Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.
- Correale, A. (1999). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Racamier, P.C. (1972). *Le psychanalyst sans divan*. Parigi: Payot. [trad.it.: *Lo psicoanalista senza divano. La psicanalisi e le strutture psichiatriche*. Milano: Raffaello Cortina, 1982].
- Renik, O. (2007). *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rycroft, C. (1970). *Dizionario critico di psicoanalisi*. Roma: Astrolabio.
- Telfner, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tricoli, M.L. (2018). *Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la supervisione o sperimentarla?* Roma: Giovanni Fioriti.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 3 July 2020.

Accepted for publication: 4 November 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:310

doi:10.4081/rp.2021.310

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

Psicoanalisi in forma e azione

Veronica Di Donato, Chiara Di Nunzio,** Beatrice Dionisi,***
Martina Ferrari,**** Maria Guglielmo,***** Alessia Laudati,*****
Camilla Raccosta,***** Arianna Ranauro,*****
Alessia Scano******

SOMMARIO. – Il lavoro presenta una riflessione a partire dall’esperienza delle autrici sulla formazione in psicoanalisi. Negli ultimi anni, il percorso formativo si è sempre più complessificato prevedendo un iter articolato in quattro pilastri formativi: seminari teorici, supervisione, analisi personale e tirocinio. Nello specifico, le autrici approfondiscono l’esperienza del tirocinio e quella della supervisione, nel tentativo di narrare lo snodarsi del processo formativo tra criticità e trasformazione. La parte dedicata al tirocinio esplora il faticoso transito da una psicoanalisi ‘privata’ ad una ‘pubblica’ ponendo l’accento sui vissuti e gli interrogativi del tirocinante stesso. La supervisione viene trattata come spazio di apprendimento e di rielaborazione delle prime esperienze analitiche dell’allievo che avvengono durante il tirocinio. La natura contestuale di tali esperienze rende la supervisione un processo ancora più complesso in cui è necessario coniugare la logica interna dell’apprendimento formativo con la sua applicabilità nei contesti.

Parole chiave: Formazione; tirocinio; supervisione; ideale; reale; diventare psicoanalista.

*Veronica Di Donato è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: veronicadidonato@hotmail.it

**Chiara Di Nunzio è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: chiaradinunzio@hotmail.com

***Beatrice Dionisi è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: dionisibeatrice1@gmail.com

****Martina Ferrari è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: ferrarimart@gmail.com

*****Maria Guglielmo è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: maria.guglielmo@hotmail.it

*****Alessia Laudati è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: alessialaudati@gmail.com

*****Camilla Raccosta è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: cam_raccosta@gmail.com

*****Arianna Ranauro è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: ariran89@gmail.com

*****Alessia Scano è psicologa, specializzanda SIPRe di Roma, Italia.

E-mail: alessiascano@gmail.com

Premessa

Quello sulla formazione in psicoanalisi è un complesso dialogo a più voci disseminato in più luoghi, perché tante sono le voci coinvolte e tanti i luoghi interessati dalla stessa. Se la voce di docenti e supervisori è ben rappresentata dalla letteratura su tale ambito e quella di chi opera nelle istituzioni sanitarie chiamate in causa come sedi dei tirocini non manca di far sentire la sua Eco, seppur affrontando la questione tangenzialmente e all'interno di trattazioni di più ampio respiro, quella degli allievi resta, nei luoghi ufficialmente deputati al dibattito sull'argomento, sostanzialmente inudibile. Eppure basterebbe spostarsi nei corridoi delle scuole di specializzazione per accorgersi di quanto essi avrebbero da dire ma non dicono, come se l'essere fruitori dell'offerta formativa li vincolasse ad una posizione di passività dalla quale può essere difficile sentirsi legittimati a prendere la parola.

Noi allieve del IV anno della scuola di specializzazione in psicoterapia ad indirizzo psicoanalisi della relazione afferente alla SIPRe di Roma in questi anni di formazione abbiamo detto e vissuto tanto nei corridoi della nostra scuola, certamente non meno di quanto abbiamo appreso in aula. Questo breve lavoro, nato in seguito all'incontro occasionale tra le nostre parole ancora da dire e lo sguardo, legittimante e accogliente, di un docente sufficientemente curioso di ascoltarle, rappresenta un tentativo di far passare la nostra voce dall'informalità dei corridoi all'ufficialità dell'aula. Lungi dal pretendere di tracciare un panorama completo della formazione in psicoanalisi dal punto di vista degli allievi, ci auguriamo di riuscire, in queste pagine, ad indicare gli scorci più significativi di ciò che dal nostro vertice osservativo si può ammirare, rendendoli parte del quadro più ampio già tracciato dalle altre prospettive, certe che, in psicoanalisi come nella vita, l'integrazione reciproca e creativa di sguardi e di voci diverse sia la lezione più difficile e preziosa da imparare.

Una rivoluzione a metà?

Consultando il *Dizionario critico di psicoanalisi* di Rycroft (1970) alla voce *Adattamento* è enunciata la seguente definizione: 'per adattamento si intende la capacità di distinguere tra immagini soggettive (fantastiche) e percezioni esterne (percezione), nonché la capacità di agire efficacemente sull'ambiente' (*ibidem*, pag. 1).

Si tratta di un faticoso lavoro di confronto tra la dimensione ideale e quella reale, al fine di creare un ponte solido ma flessibile tra interno ed esterno che favorisca il passaggio dalla forma all'azione e viceversa. È la realtà, quando emerge nel suo significato sacro di limite, a richiedere all'in-

dividuo un adattamento; limite con cui è necessario dialogare continuamente, che apre a nuove possibilità.

L'adattamento è una competenza centrale per il ben-essere del singolo e del gruppo sociale più o meno allargato, essenziale anche per le istituzioni, per loro stessa natura così poco inclini ad una logica adattiva e più vicine ad un istinto di conservazione piuttosto che di rinnovamento.

Come coniugare tale funzione con la capacità di reagire al mutare dei tempi e dei bisogni dei singoli a cui le istituzioni stesse si rivolgono?

Una domanda che, in questo contesto, rivolgiamo in particolare all'istituzione formativa psicoanalitica. Istituzione deputata a conservare e a trasmettere il sapere psicoanalitico che, forse, più di altri, rischia di cadere, o scadere, in un sapere autoriferito, smarrendo la sua finalità euristica originaria e ritraendosi da un rapporto dialettico con il mondo circostante e i suoi contesti, a favore di uno tautologico tra forma e azione. Sebbene questo sia il rischio, è impossibile non sottolineare il grande sforzo degli psicoanalisti, di aprire un dialogo tra la psicoanalisi e l'Istituzione. In Inghilterra ad esempio, nell'ospedale militare di Northfield, W. R. Bion tenta, attraverso i suoi 'esperimenti', un ripensamento globale della vita istituzionale ponendo le basi per quella che sarà poi la psicoanalisi di gruppo; in Francia J. Oury nel 1953 fonda la clinica di LaBorde con l'obiettivo di democratizzare l'istituzione psichiatrica e di restituire un senso alla follia. Secondo J. Oury, infatti, l'istituzione non si riduce ad una semplice appartenenza al campo della psicoanalisi ma 'è', il campo della psicoanalisi. 'Il, donc' (1974).

In America la Chestnut Lodge Hospital divenne un laboratorio molto apprezzato di ricerca, diagnosi e cura dei disturbi psichiatrici gravi, modello di integrazione tra psicoanalisi e prassi istituzionale (Campoli & Carnaroli, 2014). In Italia, invece, prima con Basaglia e poi con Corrao, il discorso psicopatologico iniziò ad allargare i propri confini portando l'attenzione sulle dinamiche istituzionali. Istituzioni, per lo più sanitarie pubbliche che, oltre ad essere al centro di una certa riflessione psicoanalitica, sono prepotentemente entrate a far parte anche dell'iter formativo attraverso l'introduzione del tirocinio come pilastro della formazione psicoterapeutica. Un inserimento che, pur suggerendo un transito nel modo stesso in cui è pensata la psicoanalisi da 'dentro' la stanza analitica a 'fuori', nei contesti istituzionali, risulta ancora precario, nella misura in cui l'incontro tra istituzioni formative e sanitarie sembra attestarsi più ad un livello normativo e, quindi, ideale, piuttosto che ad un livello costruito e pensato che fa riferimento ad una reale convenzione tra gli attori coinvolti nel gioco circa obiettivi e finalità dell'esperienza.

Apertasi la strada per il dialogo e l'integrazione di mondi per molti punti assai distanti è però naturale chiedersi: È davvero possibile applicare il metodo psicoanalitico all'interno di un Servizio? O, ancora, è possibile essere uno psicoanalista all'interno dello stesso? (Campoli & Carnaroli,

2014). Per tentare di rispondere a questi quesiti potremmo riflettere sul suggerimento di Racamier secondo il quale sarebbe opportuno usare le proprie teorie personali nel modo più modesto e discreto possibile, mantenendosi vicini alle realtà più concrete. Non bisogna credere, infatti, che il proprio lavoro all'interno di un'istituzione possa cambiare il volto del mondo (Racamier, 1972).

Rispetto all'incontro tra istituzione formativa e istituzione pubblica il tirocinio rappresenta dunque una possibilità di sperimentazione per passare dalla forma all'azione: non solo, come l'etimo ci ricorda, per le giovani reclute avviate all'arte della guerra (Carli, 2009), ma anche per la stessa istituzione psicoanalitica che, attraverso quest'ultimo, torna a confrontarsi con l'esterno delle stanze di lavoro privato, inserendosi in contesti più ampi.

Quali riflessioni ha operato l'istituzione formativa psicoanalitica, nel suo interno, rispetto a questo nuovo tassello formativo? In che misura è disposta a ripensarsi, flessibilizzandosi, nel momento in cui si allontana dagli studi privati per farsi strada nei contesti, in particolari sanitari? Sanità in cui le stanze sono pubbliche, i tempi stretti, le prestazioni gratuite. Sanità in cui non si lavora mai da soli.

Queste mancate premesse comportano due rischi fondamentali: il primo è quello di utilizzare l'esperienza di tirocinio come mero pretesto per 'andare a caccia' di pazienti ed applicare un modello di intervento che non può che risultare autoriferito; l'altro è quello di reificare la differenza tra psicoanalisi privata come di serie A, proprio in qualità del contesto in cui è più facilmente applicabile il metodo, e psicoanalisi pubblica come di serie B, proprio in virtù di tutti quei 'rumori di fondo' considerati scomodi.

In entrambi i casi il costo è elevatissimo e coincide con la mancata possibilità di cogliere l'originalità dell'esperienza clinica all'interno dei contesti istituzionali, con l'implicita richiesta che sia il tirocinante stesso, da solo, a costruire significati in un vuoto istituzionale.

Un'originalità che non solo ha a che fare con la possibilità di pensare modelli di intervento differenti, ma anche quella di un lavoro che, a differenza di quello che si può portare avanti nelle stanze di analisi, prevede l'incontro (e, forse, lo scontro) tra epistemologie differenti, personali e professionali, per cui è necessario un faticoso lavoro di integrazione.

L'istituzione, come il setting, può essere definita in modo estremamente ampio come una relazione o un insieme di relazioni che si protrae per lungo tempo, regolata da norme condivise (Correale, 1999).

L'istituzione, infatti, forma un insieme che deve essere preso in considerazione ed utilizzato come tale, unitamente alle proiezioni inconsce che operano su di lui (Racamier, 1972).

In che modo, dunque, la formazione lega il tempo esterno del tirocinio con il tempo interno della scuola di specializzazione? Un tempo interno formativo che la psicoanalisi ha da sempre scandito attraverso la partecipazione ai semi-

nari teorici, il ritmo dell'analisi personale e lo spazio di supervisione.

Il pilastro formativo della supervisione rappresenta uno spazio di apprendimento e di rielaborazione di quanto accade tra paziente e analista, talvolta facendo implicito ed esplicito riferimento, in modo quasi automatico, allo studio privato come esclusivo setting di intervento, come se fosse impossibile pensare l'esperienza analitica in contesti differenti.

Nella supervisione si mescolano diversi livelli narrativi, quello dell'allievo, del supervisore e del paziente stesso. Nel caso specifico della supervisione sul tirocinio la trama narrativa si infittisce, e si aggiunge un'ulteriore voce narrante: quella del contesto in cui si dispiega una particolare esperienza analitica, e quella del tirocinante inserito in un nuovo contesto esperienziale.

In questo confuso dipanarsi di narrazioni, metafore di legami di appartenenza, rischia di perdersi il giovane analista in formazione, - incastrato tra l'aderire ad un modello formativo disancorato dal contesto, ma che è quello prescelto -, e lo scendere a patti, fino a smarrirsi del tutto, nelle richieste e nelle logiche delle istituzioni ospitanti.

In questo senso, sia il futuro analista sia l'istituzione formativa rischiano di essere protagonisti di una rivoluzione a metà, sospesa tra passato e futuro.

Metodo in potenza, clinica in atto

L'esperienza di tirocinio può essere considerata il tempo presente del processo di formazione in psicoanalisi; il tirocinante è, di fatto, ancora allievo e già terapeuta: ciò significa operare parallelamente sia all'interno del contesto formativo, per complessificare il suo personale bagaglio teorico, metodologico e tecnico, sia all'esterno, nel contesto dell'istituzione pubblica, laddove la relazione di cura ha modo di dispiegarsi.

La scuola che lo forma gli fornisce un metodo articolato in principi tecnici relativamente imprescindibili e basato su una concezione di cura intesa come cambiamento strutturale del paziente, che richiede un tempo sufficientemente lungo e uno spazio sufficientemente definito. In tale senso il setting terapeutico, inteso non solo come la cornice contenitiva e normativa della relazione di cura, ma anche come il set mentale di approccio stesso alla pratica psicoanalitica, è pensato prettamente per essere applicato e applicabile in contesti semplici, controllabili, come quello privato. L'istituzione pubblica ospitante, come qualsiasi contesto organizzativo complesso, è invece fortemente pervasa da numerosi vincoli di natura politica, economica e burocratica, che determinano un approccio alla cura, alla presa in carico e a rapporti col territorio decisamente diversi rispetto alla pratica solipsistica della professione. La scarsa attenzione nei confronti della salute mentale da parte della classe politica produce drastici tagli di spesa pubblica investita in programmi di prevenzione e promozione di benessere psicologico nei contesti aggregativi dove la

sanità pubblica potrebbe incontrare utenti e fasce a rischio (scuola, centri giovanili, centri anziani, ludoteche, ospedali); l'assenza di questi programmi, e in generale di interventi di natura preventiva, fa sì che gli unici servizi realmente operativi siano servizi di emergenza, ossia rivolti ad utenti in fase di acuto malessere. Le richieste di cura, perennemente in esubero rispetto alle esigue risorse, umane ed economiche, disponibili, vengono necessariamente gestite secondo criteri pragmatici ed efficientistici.

All'interno di questo contesto, può capitare che vengano meno le basiche premesse di una concezione della cura intesa come acquisizione di libertà sempre maggiore all'interno di un setting condiviso tra paziente e analista. Il terapeuta infatti non è libero di gestire i tempi e il focus del trattamento psicoterapeutico, e non è neanche libera, a monte, la scelta da parte del paziente del tipo di percorso terapeutico da intraprendere: spesso l'urgenza sintomatica che lo porta a rivolgersi al servizio pubblico è troppo impellente per lasciare spazio ad una domanda di cura realmente pensata.

La cura, pur ritiratasi già in parte dietro l'appellativo 'sintomatica', nel tentativo di figurare un'impresa meno ardua e meno dispendiosa possibile, viene talvolta sostituita dai meno ambiziosi 'sostegno e chiarificazione', termini dai contorni sfumati e incerti, perciò più adatti a contenere le esercitazioni di un analista in formazione. Da tutto ciò deriva che la contrattazione dei parametri essenziali del setting divenga quasi impossibile: al tirocinante, talvolta, viene richiesto di migrare con il paziente da una stanza all'altra in base alle disponibilità concrete, il tempo complessivo di un trattamento può restringersi fino a coprire non più di qualche settimana e le sedute possono diradarsi anche arrivando ad un incontro al mese. Inoltre, l'assenza di qualsiasi tipo di impegno economico da parte del paziente, solleva inevitabilmente alcune perplessità: facendo meno di uno dei principali fattori di responsabilizzazione, l'istituzione pubblica sembra percepire il paziente come un mero fruitore passivo di un servizio, piuttosto che come un soggetto attivo e determinante nell'esito stesso del suo percorso.

In sostanza, gli strumenti metodologici e tecnici acquisiti dall'analista ancora in formazione risultano, almeno nella loro forma originaria, di scarsa efficacia, se non di impossibile attuazione, poiché incompatibili con le pratiche e le prassi utilizzate dalla struttura ospitante.

L'istituzione formativa e quella sanitaria sembrano pertanto stentare a riconoscersi a vicenda come parte di un unico sovra-sistema di cui l'analista in formazione è l'anello di congiunzione, bloccato a metà tra forma e azione.

Il gruppo di lavoro: una solitudine corale

Fin dalle sue esplicite premesse fondative, l'esperienza di tirocinio vuole e va a configurarsi come uno spazio di scambio e inter-relazione tra esperien-

ze cliniche qualitativamente e quantitativamente differenti, nell'ottica di favorire l'apertura da e verso molteplici livelli narrativi del dato fenomenologico, del dato clinico e della metodologia di intervento. In quest'ottica, è possibile pensare al tirocinio di specializzazione in un contesto pubblico come un'occasione di contatto e di incontro con diverse epistemologie di partenza, declinate per mezzo non solo delle svariate figure professionali coinvolte nella presa in carico degli utenti dei nostri servizi, ma anche dall'eterogeneità con la quale è composto, generalmente, il gruppo di tirocinanti e volontari presente all'interno della struttura. Se, da un lato, è doveroso sottolineare il potenziale arricchente, per il singolo e per l'intero gruppo di lavoro, di una visione dialogica, permeabile e interconnessa del momento formativo, dall'altro risultano particolarmente evidenti le criticità ed i limiti intrinsecamente legati a questo 'incontro forzato'. Nei risvolti pratici, infatti, coniugare operazionalmente epistemologie e metodologie differenti, operando una sintesi coerente che restituisca una lettura 'di ciò che si fa e del perché' condivisa e condivisibile dall'intero gruppo di lavoro, è spesso impossibile (Telfner, 2011): alcuni modelli di intervento risultano infatti profondamente incompatibili tra loro, tanto nel significato attribuito ai fenomeni osservati, quanto nel linguaggio utilizzato per veicolare il senso.

Il tentativo di forzare un dialogo muovendosi su piani narrativi inconciliabili comporta il rischio di un profondo depauperamento di senso, tanto nell'intervento clinico, che può configurarsi come incongruente, frammentato, e in sostanza poco efficace, quanto nel vissuto soggettivo dell'analista in formazione: il suo personale bagaglio di esperienza formativa e di conoscenza tecnico-clinica è sostanzialmente privo di strumenti operativi utili e spendibili nel lavoro di gruppo, e il modello metodologico tramandato dall'istituzione formativa risulta impraticabile in qualunque contesto esuli dall'esercizio privato (e solitario) della professione.

La posizione difensiva assunta dall'istituzione formativa sembra riflettere la tendenza, più generale, della disciplina psicoanalitica, ad eludere l'incontro ed il confronto tanto con il panorama scientifico contemporaneo, quanto con i contesti reali nei quali l'intervento clinico prende forma, ed esprime un'intrinseca resistenza al cambiamento tipica delle organizzazioni rigide e conservatrici. La difficoltà del neofita ad inserirsi efficacemente in un contesto di salute pubblica ed in un gruppo di lavoro eterogeneo, sottende, almeno in parte, l'incapacità della narrazione psicoanalitica di integrarsi a fondo in sistemi complessi aperti, flessibili e mutevoli; il rifugio nell'immanenza volto a preservare lo status quo, perpetuato, più o meno ufficialmente, da una significativa parte dei soggetti istituzionali psicoanalitici, preclude di fatto l'influenza mutuale auto ed etero diretta necessaria a creare nuovi sistemi di significazione e nuovi contesti di intervento e di lavoro responsivi alle esigenze dell'ambiente reale in cui questi dovrebbero declinarsi.

In definitiva, il paradosso vissuto dall'analista in formazione in un contesto

di tirocinio in una struttura pubblica, è spesso quello di non essere solo ma di sentirsi isolato, una voce non integrata e poco integrabile in un contesto corale in genere altamente pragmatico, performativo e quantitativo; un isolamento, tanto subito quanto attivamente agito, che non può che essere l'esito e la diretta conseguenza dell'assenza storica di dialogo tra discipline, prima ancora che tra individui, i cui effetti però ricadono massivamente sull'esperienza personale e soggettiva del singolo individuo senza raggiungere l'istituzione formativa, l'establishment accademico e tanto meno i policy makers, veri ed unici interlocutori possibili nell'ottica di pensare, o ripensare, un'integrazione interdisciplinare e di trovare una collocazione valida e utile alla psicoanalisi all'interno della salute pubblica. Il senso di scoramento, di inefficacia e di solitudine provato dal singolo, e la sempre più frequente rassegnazione degli specializzandi circa l'impossibilità di pensare la psicoanalisi in contesti differenti dalla pratica privata, è l'effetto di un dialogo tra istituzioni formalmente sancito ma mai del tutto avviato, delegato per lo più alle capacità dei singoli di 'trovare una quadra personale', di adattarsi, di integrare in sé gli aspetti mai integrati a livello delle sovrastrutture di riferimento nella formazione. Questa delega, oltre ad ostacolare l'esperienza formativa del tirocinante, frequentemente impossibilitato a sperimentare nel concreto quanto imparato accademicamente e costretto ad ibridarsi in un 'melting pot fai da te', rischia di compromettere l'esistenza stessa di una psicoanalisi applicata, reificata nelle aule delle scuole di specializzazione, ma lingua morta nei contesti reali di salute pubblica.

Il chiaroscuro dell'esperienza di tirocinio: un gioco di intrecci

Se il giovane tirocinante si trova immerso in un 'incontro forzato' tra epistemologie e metodologie differenti, alle prese con un costante confronto teorico sul metodo, e in una relazione formativa con diverse figure professionali, domandiamoci quali possono essere i vissuti che accompagnano questa prima esperienza sul campo. Cosa vuole un analista? Vuole essere riconosciuto e amato? Vuole curare? Il paziente arriva all'incontro clinico con il desiderio di essere curato, in un incastro perfetto con il giovane analista animato dal desiderio di offrire una cura. I due desideri si incontrano nel contesto di tirocinio e si intrecciano con le aspettative e l'investimento sul tirocinante da parte dell'ente ospitante, e viceversa, generando un gioco di intrecci critico e complesso.

Le aspettative e i timori che animano il giovane tirocinante spesso colludono con la realtà istituzionale con la quale quest'ultimo entra in contatto: l'apporto che tutti i tirocinanti si aspettano è quello di apprendere dall'esperienza di tirocinio, ma quali fantasie si celano dietro questa esperienza, e come si configurano nella realtà della pratica?

I vissuti del tirocinante si collocano in un continuum che collega diverse

polarità, sia su un piano ideale che su un piano di realtà. Il vissuto di frustrazione per la discrepanza di quanto si apprende dall'istituzione formativa e ciò che viene sperimentato nella realtà dell'ente ospitante fa da sfondo ad un conflitto in cui il giovane analista si trova a confrontare l'immagine di sé come analista ideale con l'analista reale in formazione che al momento è. Il tirocinio rappresenta infatti la prima occasione per sperimentare sé stesso come analista: il paziente, un'immagine attesa e temuta, diventa reale e tangibile, all'interno di un contesto sconosciuto.

Il contesto istituzionale del tirocinio, in questo gioco di intrecci, svolge un ruolo fondamentale nel favorire o inibire l'emergere delle potenzialità e delle difficoltà individuali; spesso l'attesa è che funga da contenitore delle ansie e da facilitatore per il tirocinante, tuttavia il vissuto reale che caratterizza il tirocinio è spesso di spaesamento, solitudine e senso di esclusione.

Il tirocinante si sente isolato nell'incertezza determinata dal non sapere se muoversi autonomamente o porsi passivamente in attesa di qualche indicazione. In questo senso, il desiderio del giovane analista può prendere la direzione dell'onnipotenza o quello dell'impotenza e dell'inadeguatezza: talvolta il contesto istituzionale può essere vissuto come persecutorio ed eccessivamente richiedente, specie quando nella realtà la richiesta supera abbondantemente i limiti temporali sanciti dalla durata 'obbligata' del tirocinio. Può anche capitare che la struttura ospitante si dimostri diffidente nei confronti del tirocinante, considerato inesperto e immaturo rispetto all'esercizio della pratica clinica, ritardando l'affidamento di lavori clinici e favorendo nel giovane analista vissuti di inadeguatezza e frustrazione.

Questo vissuto può essere reso più gravoso dal fatto che il tirocinante, per svolgere questa pratica obbligata, non è in alcun modo retribuito. Tale assenza ha un peso non solo in termini materiali, ma soprattutto identitari come mancato riconoscimento di un proprio posto e valore nella società. Consideriamo quindi l'elevato valore narcisistico di questi aspetti ed allo stesso tempo la loro fragilità nel confrontarsi con la realtà della pratica di tirocinio (Renik, 2007). Che spazio concede l'istituzione formativa a tali vissuti e all'elaborazione delle speranze più o meno disattese del giovane analista impegnato sul campo?

Sarebbe utile pensare all'istituzione formativa non solo limitatamente al ruolo accademico che la vede coinvolta nella sua funzione di trasferire sapere intellettuale, metodologico e pratico, ma anche come uno spazio sicuro in cui diviene centrale occuparsi dell'emergere della soggettività dell'aspirante analista: occuparsi della forma, ma anche dell'azione.

Tra confine e frontiera: la supervisione come limes

Il futuro analista vive la sensazione di abitare un luogo di confine tra l'essere in formazione e il divenire terapeuta, tanto da percepirsi dimezzato, di non avere forma e di non riuscire a capire come agire. Non sembra essere

un caso che il 'giovane dimezzato' abbia un'immagine di sé costantemente in cerca di un pezzo mancante. Il terapeuta in formazione, oltre ad aspirare di divenire qualcosa che ancora non è, cerca uno spazio che integri le due metà spazio - temporali in cui egli quotidianamente si colloca: la scuola di specializzazione ed il servizio pubblico.

L'istituzione formativa offre allo specializzando l'opportunità di raccontare, e raccontarsi, attraverso l'esperienza di supervisione. La supervisione, in questo caso quella individuale, oltre ad essere un monte ore da dover effettuare a fini 'istituzionali', risponde alla necessità dell'allievo di agganciare teoria e pratica clinica per cominciare a costruire un proprio modo di abitare la stanza e le vesti analitiche. Le prime supervisioni individuali iniziano lavorando proprio su 'casi' trattati in un contesto pubblico, che è quello del tirocinio, in cui le difficoltà dell'essere alle prime armi si coniugano con le regole dell'istituzione ospitante, spesso vissute come vincoli.

Se da un lato, infatti, i limiti e le regole dell'Istituzione pubblica contengono ed orientano il lavoro del futuro terapeuta, dall'altra sono gli stessi limiti che rompono rispetto alle regole che pian piano vengono acquisite nel processo di formazione

Il testo narrato, in prima battuta in una stanza di un Servizio pubblico (non nella 'comoda' stanza privata), viene successivamente ri-letto e riascoltato dal supervisore in un'altra stanza, all'interno dell'Istituzione formativa. Quanto questo processo di rilettura si sposa con lo spazio e con i tempi di una seduta svoltasi in un servizio pubblico?

Se, infatti, le restituzioni del supervisore possono risultare di facile applicabilità in uno spazio privato, appaiono spesso surreali se pensate e applicate nel contesto di tirocinio.

Tale mancata possibilità applicativa può essere ricondotta alla tendenza a lasciare 'fuori dalla porta' lo specifico rapporto che l'allievo intrattiene con il contesto ospitante, un contesto con le sue regole e narrazioni, implicite ed esplicite, con una sua modalità di funzionamento e di relazionarsi con l'altro, che si incontra con la soggettualità dell'allievo. Un incontro la cui qualità entra a pieno titolo tra le 'variabili' messe in gioco nel processo analitico che la supervisione si propone di comprendere.

Se quindi generalmente i protagonisti della supervisione sono tre, allievo, paziente e supervisore, ognuno con una sua struttura personale che mette in campo con l'altro, bisognerebbe aggiungere un ulteriore livello: il contesto di tirocinio.

La relazione che l'allievo intrattiene con quel dato contesto rappresenta, dunque, un quarto fattore coinvolto anche nel processo di supervisione, passando dall'essere sfondo a figura.

L'anello di congiunzione tra i diversi piani relazionali in gioco nel processo di supervisione, allievo-paziente/allievo-supervisore, è proprio la persona dell'analista in supervisione, le cui caratteristiche e strategie relazio-

nali emergono nella relazione con il paziente e si ripropongono puntualmente nella relazione con il supervisore (Tricoli, 2018), ma anche, aggiungeremo, nel rapporto con il contesto di tirocinio.

Sulla natura intersoggettiva della supervisione

Fatte le nostre premesse, relative ai limiti e alle difficoltà incontrate nel trasferimento di quanto appreso dalla supervisione nei contesti di tirocinio, è opportuno soffermarsi sul radicale cambiamento che ha investito la concezione del rapporto supervisore-candidato all'interno di una prospettiva relazionale, come variabile imprescindibile ai fini di un apprendimento quanto più possibile completo. Se la supervisione ha mantenuto il suo carattere di apprendimento, quello che è cambiato è il concetto stesso di apprendimento:

‘Non si tratta più di trasmettere un sapere preconstituito, ma di costruire nel rapporto allievo/supervisore la conoscenza. Entrambi, candidato e supervisore, ricercando la prospettiva da seguire con il paziente, co-costruiscono un sapere su di lui, ma contemporaneamente su se stessi’ (Tricoli, 2018, pag. 19).

In questa ottica, il processo di supervisione potrebbe essere pensato come una ‘costruzione’ soggettiva ed intersoggettiva che consta di molteplici livelli narrativi complessi, che si dipanano sia a livello intrapsichico che relazionale.

Ogni protagonista del processo di supervisione è un sistema ‘costruito’ complesso che si auto ed eco organizza in modo soggettivo, unico ed irripetibile, che costruisce e co-costruisce i dati esperienziali nell'incontro con il proprio modo di essere nel mondo e con la soggettività dell'altro, producendo narrazioni multiple.

L'atto del narrare ad un terapeuta esperto una lettura propriamente personale di un processo terapeutico già vissuto e già letto internamente, sembra essere un'opera di ‘costruzione della costruzione’, e la supervisione un processo di meta - costruzione narrativa sulle costruzioni narrative precedenti, tanto dell'allievo, quanto del supervisore. In questa prospettiva,

‘la supervisione diventa un processo di apprendimento altamente personale sia per il supervisore sia per il candidato’ (Tricoli, 2018, pag. 55).

Un apprendimento che si sviluppa a partire da uno scambio mutuo tra allievo e supervisore, pur nella diversità dei ruoli, in cui

‘i vissuti emotivi rappresentano la via principale di comprensione dei significati strutturati in gioco nella relazione, sia nel rapporto candidato-paziente, sia in quello supervisore-candidato’ (Tricoli, 2018, pag. 55).

In particolare, la centratura sui vissuti che entrano in gioco nel processo di supervisione, rappresenta un'acquisizione tutt'altro che scontata, segnando il transito da una concezione di apprendimento intellettuale e contestutistica,

[ad] *'una dipendente direttamente dalle vicissitudini emotive che determinano la qualità e il tipo di incontro con gli oggetti del mondo esterno. L'apprendimento (...) nasce solo nell'esperienza'* (Blandino & Granieri, 1996, pag. 5).

L'esperienza della supervisione: la voce dell'allievo

Il processo di supervisione può assumere nella mente del futuro analista numerose vesti affettive. Può essere vissuta come un incontro contenitivo, rassicurante, protettivo, ma anche come un terzo fastidioso che si pone tra l'analista in formazione ed il suo paziente, che pone un limite al desiderio onnipotente dell'allievo di preservare la propria narrazione da influenze esterne alteranti poiché altre da sé.

Può, infine, essere vissuta come una preziosa possibilità trasformativa nella presa di contatto con i propri vissuti, i propri desideri, le proprie ambizioni, le proprie soluzioni storiche, i propri limiti, all'interno di una matrice relazionale guidata tecnicamente e densa di intimità.

In ogni caso, è proprio nel rapporto con il supervisore che l'allievo è chiamato a mettersi in discussione, a conoscersi sotto le vesti dell'allievo/professionista.

Idealizzazione e insicurezza, frustrazione ed entusiasmo, fantasia di perfezione e al contempo di inadeguatezza, sono vissuti inevitabili e necessari che 'contaminano' il campo.

Un caos emotivo entra nella dinamica relazionale tra allievo e supervisore, riproducendo nell'*hic et nunc* del loro incontro quella stessa dialettica del là e allora della seduta con il paziente.

Il giovane professionista sperimenterà quindi diversi stati d'animo, passando per un iniziale spaesamento, ad un assecondare incondizionatamente il supervisore o, ancora, a sentirsi stravolto dal riconoscere che quella teoria non praticata, ma solo idealizzata, all'atto pratico, richiede tutt'altre capacità fino ad allora inesplorate. Tutto questo pone l'allievo di fronte a due possibilità fondamentali: da un lato quella di riconoscere i propri *limiti*, e trasformarli in risorsa; dall'altro, l'occasione di mettere in gioco quella creatività inizialmente non direzionata, mettendola al servizio di un agire clinico orientato e generativo. Sono proprio quei limiti e quelle prime impressioni istintive che verranno lavorati, ampliati ed ordinati all'interno di un processo che non prescinde dalla personalità dell'allievo e dall'incontro che questo ha con il paziente, ma che ne amplia le coordinate di sviluppo e di intervento.

In questo senso, la supervisione fornisce al giovane allievo un contenitore che educa e affina senza per questo soffocare la soggettività di quest'ultimo, rappresentando l'occasione per affinare il proprio ascolto e le proprie capacità, integrare aspetti di sé con il proprio essere professionista, fare emergere i propri significati per poterli estendere al proprio modo di essere terapeuta.

All'interno di questa dinamica, è imprescindibile la messa in discussione della propria personalità, con le frustrazioni che esso comporta e con l'idea che il fallimento è possibile ma che non per questo determinerà l'immagine del professionista futuro. Quando la posta in gioco è la fantasia di essere un buon terapeuta, l'ansia prestazionale subentra, ed è così che la supervisione fornisce l'occasione di ricevere un metodo che porta con sé il concetto di evoluzione trasformativa, tanto a livello personale quanto tecnico.

'Il sapere, da acquisire attraverso la supervisione, viene così a coincidere con il processo di trasformazione di aspetti inconsci della propria personalità da immobili e rigidi a più fluidi e fruibili in modo da poter trasmettere ad un altro la stessa possibilità di trasformazione' (Tricoli, 2018, pag. 18).

Affinché questo avvenga, è importante che il giovane terapeuta sia protagonista attivo di un *incontro - scontro* con sé stesso, con il paziente, e con il supervisore, passando per un apprendimento, non sempre facile, che comporta un sapersi far coinvolgere e incuriosire dal paziente così come dalle difficoltà che il supervisore mette in campo, ma anche, con l'avanzare del processo, con la disponibilità a sfatare miti e idealizzazioni rispetto ai propri mentori, concedendosi il rischio di un 'apprendimento sincero' che ponga le basi per divenire un professionista.

Singolare plurale: il gruppo nel processo di supervisione

Cosa succede se l'incontro-scontro che caratterizza la dinamica della supervisione ha luogo all'interno di un gruppo in cui alla relazione verticale, si aggiunge una relazione orizzontale dove il confronto avviene tra 'pari'?

La formazione di orientamento psicoanalitico si è arricchita introducendo talvolta la possibilità di svolgere parte del monte ore di supervisione in gruppo. Si è fatta strada la consapevolezza che mediante l'incontro del gruppo, utilizzato come dispositivo di lavoro, si possa elaborare, in potenza, un mosaico complesso di riflessioni, esperienze e pensieri in grado di fare la differenza. Il soggetto gruppo dona complessità e creatività all'esperienza della supervisione: si tratta, infatti, di un soggetto che rappresenta il precipitato delle personalità dei membri, dove si verificano degli scambi irripetibili e dinamici. È quindi lo specifico incastro tra 'quei' partecipanti a rendere conto della dinamica e delle potenzialità più o meno trasformativa che

il gruppo può avere in un congiunto lavoro di supervisione. Tuttavia, Gruppo non significa prevedibilmente creatività: dinamiche interne al gruppo formativo possono intralciare l'emersione di aspetti generativi in grado di consentire il transito da una visione monadica ad una dimensione intersoggettiva.

Talvolta, il caso portato in supervisione rischia di rappresentare lo strumento a disposizione per riproporre ed agire dinamiche di gruppo, divenendo il caso al servizio del gruppo e non viceversa. All'interno di questa cornice, si possono verificare diversi movimenti: per esempio i vissuti competitivi, in cui è centrale il desiderio rivendicativo di emergere singolarmente nel timore che il contributo dell'altro possa fagocitare il proprio, o al contrario la reattiva necessità di mantenere una perfetta armonia idealizzata quale unica fonte di 'forzata' gratificazione. Ma se questi sono gli opposti, uguali nella loro funzione di limitare la funzione trasformativa del gruppo stesso, nel mezzo ci sono infinite possibilità in cui il gruppo può sintonizzarsi per raggiungere un obiettivo comune, quale quello di accompagnare ed implicarsi nell'esplorazione del rapporto di uno dei partecipanti con un determinato paziente. Per darsi questa possibilità il gruppo deve sentire di non avere paura che il singolo contributo, più o meno stonato, possa frantumare la dinamica del gruppo. Se questo avviene, il gruppo, in quanto più della somma delle parti, contribuisce a far emergere differenti e al contempo complementari punti di vista, offrendo la possibilità a chi presenta il caso, di osservarsi e osservare, con lenti diverse, il processo analitico in atto. Per questo motivo, tramite il gruppo, il giovane analista in formazione, si trova di fronte ad una messa in discussione della propria 'coerenza', intesa come un essere fedeli a sé stessi, al proprio stile personale, e quindi alla propria struttura, ossia, agli occhi con cui osserva e agisce sul caso clinico. In questo senso, ognuno dei partecipanti porta nel gruppo la propria 'rigida' soluzione che, nel gioco delle molteplici voci, non solo trova la possibilità di emergere, ma anche quella di venire ripensata. Quando questo si verifica, ciò che il gruppo propone, è spesso il riflesso di quella dinamica in divenire tra il paziente e il terapeuta, che rendendo esplicito, e quindi pensato, l'implicito, consente all'individuo di cogliersi più chiaramente in relazione con il paziente. Il gruppo ha quindi una funzione certamente perturbante, ma al contempo nutritiva per il singolo, che concedendosi uno spazio e un tempo di elaborazione, può cogliere in un secondo momento, la ricchezza e il livello di complessità della lettura che fa il gruppo, utilizzandolo come prezioso contributo al proprio lavoro clinico.

In sintesi, l'esperienza di supervisione di gruppo rappresenta una possibilità trasformativa, tanto al livello personale, quanto di applicabilità clinica, quanto più questo accade quando il gruppo stesso si fa custode di uno spazio in cui si può essere differenti, dove i singoli sguardi generano connessioni di accoglienza e valorizzazione dei punti in cui apparentemente

non si toccano. È la sovrapposizione di lingue differenti a costituire il motore del processo trasformativo che amplia la visuale della specifica dinamica clinica.

Timore e desiderio nel transito identitario

Il giovane, durante il cammino dei suoi primi passi formativi, incontra entità teoriche ed umane che sembrano scrutarlo, stimolarlo, incuriosirlo, destabilizzarlo. Se ogni incontro avviene con l'altro da sé, il giovane in formazione può sentire l'alterità come un estraneo che, mentre si fa conoscere, può solleticare fastidiosamente o delicatamente desideri, timori, aspettative, ferite guarite o ancora aperte. Essere in formazione rappresenta, dunque, un'intensa possibilità trasformativa, attraverso il contatto con sé e con l'altro. Per diventare terapeuti in azione, è necessario che il giovane si ponga come osservatore attivo del fluire della propria forma. Se auto-riflettere sul proprio divenire può significare essere di più quel che si è, è doveroso pensare che il primo passo di un giovane candidato all'azione sia contattare goffamente la propria forma identitaria, affacciarsi timidamente sulle sue pieghe e tentare di distenderle. All'inizio del percorso formativo, il giovane può avere l'aspettativa idealizzata di eliminare le proprie cuciture perché vissute come intoppi, ostacoli all'immagine di sé come terapeuta ideale, perfetto, senza ferite aperte, cucite e ricucite. L'aspirante analista può incorrere nel rischio di auto-conservarsi nell'irrigidimento della propria struttura, di rigettare l'effetto trasformativo di una possibilità di ascolto di sé e dell'altro con cui entra in relazione e di vivere come fortemente perturbante tutto quello che disconferma la sua organizzazione interna. In questa prima cornice del processo formativo possono rientrare il tirocinio e la supervisione ed essere sentiti dal giovane, dunque, come strumenti non solo facilitanti il transito identitario ma anche destabilizzanti un'identità che tenta di conoscere. Se può essere difficoltoso maturare la capacità di riflettere sulla propria struttura personale ed aprirla ad un incontro aperto con l'altro, può risultare faticoso e carico di ansia e di timori il tentativo di abitare il proprio ruolo e di integrare in un rapporto dinamicamente armonioso l'identità personale con quella professionale.

Come avviene per la costruzione del Sé personale, anche per quella del Sé professionale, è legittima una dialettica degli opposti in cui la parte desiderante si fa prepotente sul timore, e dunque, diventa anch'essa motrice del processo che rende terapeuta. Si tratta del desiderio che porta lo specializzando a maturazione della professionalità, emancipato dai cavi di sicurezza della supervisione. Se l'aspirazione ad 'aiutare l'altro' è al vertice della scelta formativa, la capacità di rimanere incuriosito ed affascinato dal paziente ne costituisce il motore.

È proprio attraverso e nella relazione analitica che verranno messe in gioco tutte le identità personali presenti nella stanza d'analisi, compresa quella del clinico. Il confronto con l'altro da Sé richiede, infatti, il continuo riequilibrarsi dell'assetto intimo e professionale e l'esigenza di rimanervi fedele senza irrigidimenti. È come la struttura antisismica di un edificio: neutralizza i terremoti perché si adatta ad essi e, al contempo, rimane in piedi. Se lo specializzando è persuaso al costante esercizio dell'auto-riflessione, la formazione, attraverso il dipanarsi del tirocinio e della supervisione, può concedere tali acquisizioni: divenire 're-impiegabile'. Per far sì che ciò si realizzi, il giovane in formazione deve essere attratto dallo smascheramento di Sé al fine di conquistare modalità egosintoniche e personali di interagire con la struttura intrapsichica e relazionale del paziente. Così, seppure il 'ruolo di allievo' possa indurlo a proporre in terapia tematiche rassicuranti, rigide e difensive, l'aspirazione alla cura, al contempo, lo avvicinerà gradualmente all'incerto ed all'accettazione del rischio di commettere errori. Ovvero, il terapeuta lascerà il certo teorico per avvicinarsi all'incerto 'personalizzante' ed essere quel che vuole diventare.

Conclusioni

È sempre entusiasmante e doloroso insieme scrivere la parola fine, almeno tanto quanto lo è il pensiero di voltare pagina in vista dell'inizio che ad essa seguirà.

Scrivere di formazione in psicoanalisi è stato, per noi che ci accingiamo a completarla, un'esperienza individuale e grupppale dal profondo valore formativo: si è trattato, infatti, di un'esperienza che ci ha richiesto di andare al di là dell'ampliamento delle nostre conoscenze circa la letteratura e i modelli di riferimento vigenti nei contesti formativi propri della psicoanalisi. Il nostro gruppo di lavoro è stato spazio e strumento di confronto, riproposizione, messa in atto e successiva risoluzione delle dinamiche che, da fruitrici di un percorso formativo in psicoanalisi, abbiamo riconosciuto alla base delle interazioni tra le istituzioni coinvolte, oggetto esplicito di questo breve lavoro. In termini operativi, la scelta più funzionale per la stesura di questo articolo ci è sembrata quella di suddividere il nostro gruppo di lavoro in due sottogruppi, ciascuno dedicato alla trattazione dei due pilastri formativi, tirocinio e supervisione. I due sottogruppi hanno inizialmente lavorato in parallelo, mantenendo contatti reciproci per costruire nessi ed evitare ridondanze. L'entità formale dei rapporti tra l'istituzione sanitaria (sede dei nostri tirocini) e quella propriamente formativa (luogo della supervisione) che abbiamo addotto come motivazione portatrice di incoerenza e impraticabilità del percorso formativo così articolato, ha iniziato gradualmente a caratterizzare anche le interazioni tra sottogruppi e i punti di contatto tra i loro contributi.

Siamo diventate protagoniste della messa in atto di ciò che avremmo voluto soltanto narrare: i lavori dei sottogruppi erano solo formalmente vicini ma indipendenti. Ogni tentativo di ricomporre un'unità generava frustrazione e rigidità nelle posizioni dei due sottogruppi, per i quali qualsiasi modifica del proprio contributo in favore di un'integrazione sembrava rappresentare una minaccia alla propria struttura identitaria. Sul piano individuale ognuna di noi ha lavorato ad un singolo paragrafo, guidata dall'aspettativa, più o meno consapevole, che il risultato globale sarebbe stato rappresentato da una somma dei singoli contributi senza bisogno di correzioni: un paragrafo personale in cui ritrovare la traccia distinguibile di sé perfettamente uguale alle altre in termini di spazio e di importanza. Il gruppo è stato inizialmente sostenuto dalla convinzione che 'tutto sarebbe andato bene a tutti' e questa idealizzazione ci ha concesso di procedere nell'impresa rendendo però molto difficoltoso per ogni membro mettere in discussione il proprio e l'altrui contributo. La fase della turbolenza emotiva che ne è seguita è stata caratterizzata da un senso di frustrazione e di solitudine, tipico di quando la ricchezza delle diversità sfuma nello smarrimento di non avere un linguaggio comune per condividerla. Questi vissuti caratterizzano le nostre esperienze di tirocinio ma non lo spazio di supervisione, perciò, per uscire dall'impasse, è stato fondamentale chiedere e ricevere sostegno da parte del docente che ci ha incoraggiate ad intraprendere questa avventura, figura che per noi ha rappresentato il contesto formativo dal quale non siamo né ci sentiamo ancora fuori e senza il quale ci risulta faticoso legittimarci ad avere tanto da ascoltare e qualcosa da dire. Per recuperare l'unità originaria del sistema rappresentato dalla formazione da un lato, oggetto della nostra trattazione, e dell'intero gruppo di lavoro, autore della stessa, è stato essenziale riconsiderare noi stesse e il nostro lavoro ad un livello di complessità superiore. L'acquisizione di questa nuova prospettiva ci ha permesso di guardare al tutto rappresentato dal nostro lavoro, libere dal timore di distinguerne le singole parti e lasciandoci sorprendere dal risultato della loro interazione, che a volte ne mitiga l'espressione per esaltarne la presenza. Il silenzio è ciò che consente alla voce di farsi sentire e del resto è proprio questa l'essenza della cura alla quale sentiamo di esserci formate: fare dell'incontro con l'altro un'occasione per lasciare che le nostre parti divise siano libere di divenire un tutto.

BIBLIOGRAFIA

- Blandino, G., & Granieri, B. (1996). *La disponibilità ad apprendere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Campoli, G., & Carnaroli, F. (2014). *Psicoanalisi e servizi: quale incontro? Dibattiti teorico-clinici*; dal 2 maggio al 10 luglio 2012. Retrieved at: https://www.spiweb.it/wp-content/uploads/oldfiles/images/stories/Dibattito_SPIWEB_su_PSICOANALISI_E_SERVIZI_QUALE_INCONTRO.pdf

- Carli, R. (2009). Il tirocinio nelle strutture sanitarie e di salute mentale. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 3-16.
- Correale, A. (1999). *Il campo istituzionale*. Roma: Borla.
- Racamier, P.C. (1972). *Le psychanalyst sans divan*. Parigi: Payot. [trad.it.: *Lo psicoanalista senza divano. La psicoanalisi e le strutture psichiatriche*. Milano: Raffaello Cortina, 1982].
- Renik, O. (2007). *Psicoanalisi pratica per terapeuti e pazienti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rycroft, C. (1970). *Dizionario critico di psicoanalisi*. Roma: Astrolabio.
- Telfner, U. (2011). *Apprendere i contesti. Strategie per inserirsi in nuovi ambiti di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tricoli, M.L. (2018). *Il processo della supervisione psicoanalitica. Apprendere la supervisione o sperimentarla?* Roma: Giovanni Fioriti.

Non-commercial use only

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: 3 luglio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 4 novembre 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:310

doi:10.4081/rp.2021.310

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

Commentary to the Paper: *Psychoanalysis in Form and Action*

Romina Coin*

A lot has been written and said about training in psychoanalysis but the topic will always be of current interest since both the identity and destiny of psychoanalysis depend on that training.

Among the many voices one hears, it is rare to hear those of young people, who are not mere users but the real protagonists of the training process, as well as of the future of our discipline.

It is therefore a pleasure to read their testimonies and to encounter, along with their hopes, fears and difficulties, their desire to question themselves, to pose questions and stimulate reflections involving all the actors in the field.

The Authors raise many points in this paper, each of which would deserve an in-depth study on its own. For reasons of space, I will dwell on what seems to be one of the core issues in their analysis: the complexity of the training experience, which encompasses School, internship, supervision (and, I would add, personal analysis), and the difficulties arising from the lack of transversality and convergence among the various training agents: each is immersed in its own universe of discourse and little attention is paid to the need of young people to be accompanied along a consistent, unitary path.

The times are long gone when psychotherapy was considered a craft learned in the workshop, where craftsman and apprentice, side by side, shared the mastery and the art of making. The professionalization of psychotherapy has entailed a radical transformation of the referents, the devices and the contexts within which the training process takes place, which has changed from a personal, free and essentially autonomous enterprise into an official act enforced and guaranteed by State law in Italy (L 56/89).

A very articulated scenario has thus emerged, from which contingent problems transpire, affecting all Schools of psychotherapy, problems that I

*Psychologist, Psychotherapist, Analyst and SIPRe Supervisor; Director of the SIPRe Institute in Milan, Italy. E-mail: romina.coin@fastwebnet.it

would define of a structural nature, and which specifically concern psychoanalytic training.

Contingent problems include, for instance, the excessive number of applications for internships, and therefore the impossibility of choosing the place where they are to be carried out; ensuring that the quality of the course is up to standard, as well as the quantity of hours to be worked; the inequality of the intern's classification compared to other specialisations, where an economic remuneration is guaranteed, and, more generally, the scarce valorisation of the contribution that young colleagues give to the services where they work (it is estimated that most of the psychotherapy provided by the health service is in the hands of interns); the setting of the relationship between the Schools and the internship agencies, which is purely administrative-bureaucratic, and leaves the sharing of a meaningful project to the discretion and free initiative of individual tutors.

Institutional round tables have been set up on these issues, also in the presence of the organisations of the Order of Psychologists, and various initiatives are under way to ensure that the Schools overcome the parcelling-out logic and divisions (unfortunately also reinforced by market competition), and unite their efforts to pursue the common goal of recognition and protection of our profession. This objective always seems to be in the balance between normative and ethical demands, that is, between the need to systemise the objective requirements and parameters that qualify training in psychotherapy on the one hand, and on the other the risk of flattening the issue of training on a purely technical-disciplinary level, which blurs the cultural and identity peculiarities of the individual Schools. Although it was not the explicit object of the students' reflections, I believe that all these elements together generate that feeling of distance between the ideal expectations that animate the desire to become psychoanalysts, and the realities which the young colleague is actually facing.

The structural problems, on the other hand, directly involve psychoanalytic training and the place of psychoanalysis in the services, as well as, I would add, in a rapidly changing world that is less and less inclined to dwell on the meaning and value of the subject.

In particular, the Authors discuss the difficulty of performing psychoanalytic praxis in areas in which the conditions of the private setting cannot be replicated, and that generate narratives that are difficult to reconcile with the psychoanalytic discourse. However, the theme is even wider because it is not only the institutional context of care that is in question, but also the more general social and cultural scenario, in the so-called hyper-modern era, where pragmatist and efficient models increasingly pervade the ways of thinking and living of human beings, modifying their lifestyles, habits, relationships and, consequently, the demands and expectations for solutions to the discomforts and sufferings of today.

Thus, although the Authors' criticism of the self-referentiality of the training that does not know how to prepare psychoanalysts to go into the field and adapt themselves, without changing their nature, to the various contexts in which the psychotherapist operates, underscores how urgent and desirable it is to have a more global rethinking of psychoanalysis which, taking into account these critical points, can take the opportunity to recover its original spirit of research, the spirit that risks being lost when it closes itself within an institutionalised system of thought.

The great evolutions of psychoanalysis have occurred precisely when it has measured itself against unprecedented realities and has tried to extend its range of action beyond the canonical boundaries, addressing patients previously considered unanalysable, and adapting its approach to settings other than the classical one.

These passages show us that the specificity of psychoanalysis cannot be identified in the parameters of a setting, or in the application of technical rules, but in the perspective and purpose of its action, which ultimately consists in becoming witnesses and promoters of the subject's existence, wherever and whatever condition he or she may be in.

For this reason, a psychoanalytic training that is critical of any form of dogmatism or ideology, even theoretical is needed; training that has people's real needs in mind, that does not seek legitimacy in its devotion to the fathers and subservience to the past, but looks to the future, and for this reason is willing to exchange views with the other sciences and reinterpret itself in the light of modern epistemological awareness.

At the same time, we should think of the School of Specialisation in a perspective that recovers and updates the dimension of '*workshop*' which cannot be identified in the didactic component: a place of transmission of knowledge and verification of the application of clinical procedures, to be cultivated side by side with the students, stimulating and supporting in them a process of personal development having at its centre the growth, the training to autonomy and self-assumption of the young therapist.

Against this background, then, the questions, doubts and insecurities encountered by the young person are not experienced as gaps to be filled or evidence of the limits of the training system, but valued as necessary dimensions to discover and experience their own way of becoming and being a therapist.

The training process, like the care process, should be available to the subject not to conform him to an adequate or ideal way of being, but to support him in recognising himself, accepting himself and taking charge of the situations starting from where he is, in realities that are often far from ideal, always unpredictable, that he will encounter along the path of life.

Therefore, it becomes essential to work together, learners and teachers, to overcome the collusion of dependence and delegation constantly under-

lying the training relationship; instead of being reinforced, as the psychoanalytic system has occasionally done in the name of orthodoxy and self-confirmation of the psychoanalysts, it should be discouraged, in order to make room for the Students' ability to develop their own curious, humble and creative thinking.

A condition which undoubtedly makes one feel more lonely and disoriented, but which is the most fertile, and ethically respectful, premise for taking care of the other and his/her request for help.

Non-commercial use only

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 27 January 2021.

Accepted for publication: 15 February 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:525

doi:10.4081/rp.2021.525

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 all'articolo: *Psicoanalisi in forma e azione*

Romina Coin*

Quello della formazione in psicoanalisi è un tema su cui si è scritto e si è detto tantissimo, ma che mai esaurirà la sua attualità, perché da questo dipendono l'identità e il destino stesso della psicoanalisi.

Tra le tante voci, è vero che è raro sentire quella dei giovani, che non sono meri fruitori ma i reali protagonisti del processo formativo, come del futuro della nostra disciplina.

Fa piacere quindi leggere una loro testimonianza e incontrare, insieme alle speranze, alle paure e alle difficoltà, la loro voglia di interrogarsi, di porre questioni e stimolare una riflessione che coinvolga tutti gli attori in campo.

Molti sono i punti che le Autrici sollevano in questo articolo, ciascuno dei quali meriterebbe un approfondimento a sé. Per motivi di spazio, mi soffermerò su quello che mi pare essere uno dei nodi centrali della loro analisi: la complessità dell'esperienza formativa, che si articola tra Scuola, tirocinio, supervisione (e, aggiungerei, analisi personale) e le difficoltà dovute alla mancanza di trasversalità e convergenze tra i vari agenti formativi, dove ciascuno è immerso nel suo universo di discorso e poco attento al bisogno dei giovani di essere accompagnati in un percorso che sia coerente e unitario.

Sono lontani i tempi in cui la psicoterapia era considerata un mestiere che si impara in bottega, dove artigiano e apprendista fianco a fianco condividevano la maestria e l'arte del fare. La professionalizzazione della psicoterapia ha comportato una trasformazione radicale dei referenti, dei dispositivi e dei contesti entro cui avviene il processo formativo che, da impresa personale, libera ed essenzialmente autonoma, è divenuto un atto ufficiale disposto e garantito da una legge di Stato (L 56/89).

Si è venuto così a delineare uno scenario molto articolato, da cui emergono problemi di ordine contingente, che di fatto interessano tutte le Scuole

*Psicologa, Psicoterapeuta, analista e supervisore SIPRe, Direttore dell'Istituto SIPRe, sede di Milano, Italia. E-mail: romina.coin@fastwebnet.it

di psicoterapia, e problemi che definirei di tipo più strutturale e che riguardano nello specifico la formazione psicoanalitica.

I problemi contingenti sono, per esempio, l'esubero di richieste di tirocini, e quindi l'impossibilità di scegliere il luogo dove svolgerlo e di garantire una cura della qualità del percorso, oltre che della quantità di ore da espletare; la disparità dell'inquadramento del tirocinante rispetto ad altre specializzazioni cui è invece assicurata una retribuzione economica e, più in generale, la scarsa valorizzazione del contributo che i giovani colleghi danno ai servizi presso cui operano (si stima che la maggior parte della psicoterapia erogata dal servizio sanitario sia in capo ai tirocinanti); l'impostazione del rapporto tra le Scuole e gli enti di tirocinio, che ha un carattere prettamente amministrativo-burocratico, e demanda la condivisione di un progetto di senso alla discrezionalità e alla libera iniziativa dei singoli tutor.

Su questi temi sono stati avviati dei tavoli istituzionali, anche alla presenza degli organismi dell'Ordine degli Psicologi, e sono in corso diverse iniziative volte a far sì che le Scuole superino le logiche parcellizzanti e le divisioni (purtroppo rinforzate anche dalla concorrenza di mercato) e uniscano i loro sforzi verso l'obiettivo comune del riconoscimento e della tutela della nostra professione. Obiettivo che appare sempre in bilico tra istanze normative e istanze etiche, ossia tra la necessità di mettere a sistema i requisiti e i parametri oggettivi che qualificano la formazione in psicoterapia da un lato, e dall'altro il rischio di appiattare la questione della formazione su un piano puramente tecnico-disciplinare, che offusca le peculiarità culturali e identitarie delle singole Scuole.

Pur non essendo oggetto esplicito della riflessione delle Allieve, credo che tutti questi elementi concorrano a generare quella sensazione di distanza tra le aspettative ideali che animano il desiderio di diventare psicoanalisti e le realtà con cui poi di fatto il giovane collega si confronta.

I problemi di tipo strutturale, invece, chiamano direttamente in causa la formazione psicoanalitica e la collocazione della psicoanalisi nei servizi e anche, aggiungerei io, in un mondo in rapida trasformazione e sempre meno propenso a soffermarsi sul senso e sul valore del soggetto.

Le Autrici raccontano in particolare la difficoltà di declinare la prassi psicoanalitica in ambiti che non consentono di riprodurre le condizioni del setting privato e che generano narrazioni difficilmente conciliabili con il discorso psicoanalitico. Il tema è però ancora più vasto perché non è solo in questione il contesto istituzionale della cura, bensì lo scenario sociale e culturale più complessivo, nella cosiddetta epoca iper-moderna, dove i modelli pragmatisti ed efficientisti pervadono sempre più i modi di pensarsi e di vivere dell'essere umano, modificandone gli stili di vita, le abitudini, le relazioni e, di conseguenza, le richieste e le attese di soluzione ai disagi e alle sofferenze di oggi.

Se quindi è quanto mai opportuna la critica delle A. all'autoreferenzialità

di una formazione che non sappia preparare gli psicoanalisti a scendere in campo e adattarsi, senza snaturarsi, ai svariati contesti entro cui si trova a operare lo psicoterapeuta, è altresì urgente e auspicabile un ripensamento più globale della psicoanalisi che, proprio grazie a queste criticità, può cogliere l'occasione per recuperare lo spirito di ricerca delle sue origini, quello spirito che rischia di perdere quando invece si chiude in un sistema di pensiero istituzionalizzato.

Le grandi evoluzioni della psicoanalisi sono avvenute proprio quando essa si è misurata con realtà inedite e ha provato a estendere il suo raggio di azione oltre i confini canonici, rivolgendosi a pazienti prima ritenuti non analizzabili e adeguando il suo dispositivo a setting differenti da quello classico.

Sono questi passaggi a dimostrarci che la specificità della psicoanalisi non può essere identificata nei parametri di un setting, né nell'applicazione di regole tecniche, ma nella prospettiva e nella finalità della sua azione, che in ultima istanza consiste nel farsi testimoni e promotori dell'esistenza del soggetto, ovunque e in qualsiasi condizione egli si trovi.

Per tale motivo occorre una formazione psicoanalitica critica verso ogni forma di dogmatismo o ideologia, anche teorici; una formazione che abbia in mente i bisogni reali delle persone, che non cerchi nella devozione ai padri e nella sudditanza al passato la sua legittimazione ma che guardi al futuro, e per questo sia disposta a dialogare con le altre scienze e rileggersi alla luce delle moderne consapevolezze epistemologiche.

Al contempo, occorre pensare la Scuola di specializzazione in una prospettiva che recuperi e aggiorni quella dimensione di *'bottega'* che non può essere identificata nella componente didattica, quale luogo di trasmissione del sapere e di verifica dell'applicazione delle procedure cliniche, ma che va coltivata fianco a fianco con gli Allievi, stimolando e sostenendo in loro un processo di elaborazione personale che abbia sempre al centro la crescita, l'allenamento all'autonomia e all'assunzione di sé del giovane terapeuta.

Su questo sfondo, allora, le domande, i dubbi e le insicurezze che via via il giovane incontra non appaiono come vuoti da colmare o evidenze dei limiti del sistema formativo, ma vengono valorizzate come dimensioni necessarie per scoprire e sperimentare il proprio modo di diventare e di essere terapeuta.

Il processo formativo, come il processo di cura, dovrebbe mettersi a disposizione del soggetto non per conformarlo a un qualche modo di essere adeguato o ideale, ma per sostenerlo a riconoscersi, accettarsi e farsi carico delle situazioni a partire da dove è, nelle realtà spesso lontanissime dall'ideale e sempre imprevedibili che incontrerà lungo il cammino della vita.

Diventa perciò indispensabile lavorare insieme, discenti e docenti, per superare la collusione sulla dipendenza e la delega che è sempre sottesa alla relazione formativa, e che anziché essere rinforzata, come talvolta il sistema psicoanalitico ha fatto in nome dell'ortodossia e della conferma di sé degli

psicoanalisti, va scoraggiata per far spazio alla capacità degli Allievi di sviluppare un proprio pensiero curioso, umile e creativo.

Una condizione che certo fa sentire più soli e disorientati, ma che è la premessa più fertile, ed eticamente rispettosa, per accogliere l'altro e la sua richiesta di aiuto.

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: 27 gennaio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 15 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:525

doi:10.4081/rp.2021.525

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

Commentary to the Paper: *Psychoanalysis in Form and Action*

*Alfio Maggiolini**

The report by the SIPRe students in Rome raises important issues concerning training in psychoanalysis as well as in psychotherapy in general. I will take up some of their suggestions and in turn make some reflections based on my experience as Director of the School of Psychotherapy ‘Minotauro’ in Milan; our orientation is in psychoanalysis but special focus is directed to the dimension of evolution in the life cycle, and the relationship between the individual and the context.

In psychotherapy, training involves various components (or pillars): teaching, practical experience, supervision, and, especially for psychoanalysts, personal analysis. Generally, help in the construction of the professional role is only indirect, because the school is not involved in what it means to become a psychotherapist, what concrete work opportunities are available, the relationship between the demand and the offer in psychotherapy, the financial and legal aspects, and so on.

In practical terms, the school of specialization is on the one hand a continuation of the university training, whose academic scientific status is guaranteed by the Ministry of Further Education and Research. On the other hand, the professional dimension of training is formally confirmed by the Order of Psychologists, and guided by a logic of belonging. Becoming a psychoanalyst, for instance, means not only acquiring competences, but also becoming part of a group, a professional association. Thus, training is a path to affiliation, based on acknowledging a specific theoretical and technical model. This logic, in which the Diploma implies acceptance of an orientation, applies to all theoretical orientations, not only to psychoanalysis.

On completion of the training course, the endorsing of a certain model of psychotherapy is verified: psychoanalytic, cognitive-behavioural, systemic, and so on. The Ministry invites each School to include various orientations in its teachings, but the Ministry also requires each School to state its particular

*Psychotherapist at Minotauro, Milan, Italy. E-mail: alfio.maggiolini@gmail.com

orientation. This situation is different from that of other specializations, for instance the medical ones. A medical specialization school in orthopaedics, gynaecology, or other specialities, does not state its theoretical-clinical orientation, nor does the diploma imply any particular affiliation.

What this means is that in psychotherapy, the acquisition of competences during training is oriented by a therapeutic ideal, a fact that is confirmed by the way in which the didactics work. For instance, once psychoanalysts and psychotherapists with psychoanalytical orientation have completed their training, they are required to demonstrate their clinical skills by presenting and discussing a case involving two or four weekly sessions, carried out over a sufficient length of time, measured in years. In real life, it is not often that one conducts psychoanalytic sessions four times a week over a period of years, or even twice weekly. This is the case both in the public health sector, where it is actually impossible, as well as in the private one, where a lack of economic resources and time contribute to the formulation of an increasingly specific and focal demand for psychotherapy.

This state of affairs confirms the importance of the ideal in training, of how things *should be* rather than how they *are*. I remember a colleague's remark to justify this choice: 'When you have trained as a psychoanalyst, you can carry out any kind of intervention, because you *are* a psychoanalyst!'

On the contrary, I think that training needs to be open to various types of intervention, albeit remaining faithful to its reference model. Indeed, in the past few decades the barriers separating the various orientations in psychotherapy, psychoanalytic theory, cognitive-behavioural, systemic, and so on, have become slender, with greater openings towards possible integrations, yet they have not disappeared. Thus, even though the theoretical anchor of the various schools remains inevitably in place, given that it is currently not possible to teach someone simultaneously to be a psychoanalyst, and a good cognitive or systemic therapist, there is the indispensable need for an opening to the use of various techniques. This does not mean teaching an ideal model of psychotherapy, and subsequently 'applying' it to the reality of work in the institutions, but it does mean taking into account the reality of the demand for help, and the specificity of the setting in formulating the response.

A psychotherapist with a psychoanalytic orientation should not be trained only in psychoanalytic psychotherapy in a certain ideal setting. Psychotherapy should leave the 'pressurized chamber' of the room for the sessions; the psychotherapist might be required to carry out brief psychotherapies or consultations on an individual or family basis, or therapeutic *assessments*, or operate in different contexts, like hospitals or residential communities. This requires adaptation within the same theoretical horizon of the objectives, the settings, and the intervention techniques in relation to the demand, which is not always a request to cure a disorder, but might be

a request for help in facing the problems arising in the course of one's life.

Therefore, the fundamental question is whether psychoanalytic psychotherapy is possible, carried out in a setting that is different to the traditional one based on individual meetings, generally held twice weekly over a sufficient length of time. Technically, psychoanalytic psychotherapy is based on the interpretation of *transfert* and resistance, in the framework of a well-defined setting and paying particular attention to the counter-*transfere* component of the psychotherapist. Many students in the schools with psychoanalytical orientation will therefore need to apply this technique in brief, at times very brief institutional settings, often discontinuous and open to the collaboration with other operators, psychiatrists, social assistants, educators, and so on. In this framework the operation of 'miniaturisation' and defence of the traditional setting is inevitably frustrating. The risk is that a student on the one hand feels driven to use psychoanalytic techniques, but on the other hand does not have the real possibility to do so. This conflict often leads as a result to privileging techniques of a supportive type, based on mirroring, empathic and valuing attitudes, which are undoubtedly useful, but which function as common factors, thus losing the specificity of psychoanalytic intervention working on the unconscious.

Psychoanalytic psychotherapy is not actually defined by a certain setting, such as a number of sessions, nor by certain techniques, such as *transfert* and resistance interpretations, but is characterised by the centrality of unconscious affective symbolisation, by the identification of recurrent and conflicting themes, particularly in interpersonal relationships, and by the transformation of meaning. These operations are not bound to a specific setting, nor to a specific frequency of sessions or their duration, nor to a specific context, individual or family, public or private.

Not only can the setting and technique of psychoanalytic psychotherapy be modified, but other pillars of psychoanalytic training can also be questioned. Consider, for example, the didactic function of personal analysis. Although all psychotherapists tend to consider it important for their training, there are no research data confirming its effectiveness from a training point of view. When a trainee psychotherapist is asked how personal analysis has helped him professionally, the answer is mainly twofold: on the one hand, it has helped him to clarify his 'vocation' and to deal with uncertainties in taking on the therapeutic role, and on the other hand, it has helped him to learn by identification, by thinking, when faced with a certain patient, how his own therapist would have behaved and what he would have said.

These two aspects should be the subject of specific training activities in the school, for example in individual or group moments dedicated to reflection on the role, thus freeing personal analysis from expectations of 'didactic' analysis. This choice would reduce the risk that many authors, starting with Kernberg, have pointed out, that the didactic use of personal analysis

leads to imitative processes, contributing to further strengthening the affiliative dimension of the training course.

A final point regarding the internship, or practical training. Although the internship is not the place where one should apply, by ‘adapting’ it, an ideal model, there should nevertheless be an exchange between the internship experiences and the training course. For example, it is possible to set up a space not subject to clinical supervision, where it is possible to discuss with one’s tutor the opportunities, but also the difficulties that interns encounter in their internship experiences, because of all the institutional constraints that we are well aware of.

Non-commercial use only

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 27 December 2020.

Accepted for publication: 15 February 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:505

doi:10.4081/rp.2021.505

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 all'articolo: *Psicoanalisi in forma e azione*

*Alfio Maggiolini**

Lo scritto delle allieve della SIPRe di Roma pone questioni importanti non solo per la formazione in psicoanalisi, ma più in generale in psicoterapia. A partire dai loro stimoli, esporrò alcune riflessioni basate soprattutto sulla mia esperienza di direttore della Scuola di psicoterapia del Minotauro di Milano, che ha un orientamento psicoanalitico, ma caratterizzato da una particolare attenzione alla dimensione evolutiva nel ciclo di vita e alla relazione tra individuo e contesto.

La formazione in psicoterapia può essere descritta nelle sue diverse componenti (o pilastri): gli insegnamenti, le esperienze pratiche, le supervisioni e, soprattutto per gli psicoanalisti, l'analisi personale. Normalmente l'aiuto alla costruzione del ruolo professionale, invece, è solo indiretta, perché la scuola non si occupa di che cosa significhi diventare psicoterapeuta, quali sono le possibilità lavorative concrete, del rapporto tra domanda e offerta di psicoterapia, per non parlare di questioni commerciali o legali e così via.

In pratica, una scuola di specializzazione, da una parte, è una sorta di continuazione della formazione universitaria, la cui scientificità accademica è garantita dal Ministero dell'Università e della Ricerca. La dimensione professionale della formazione, invece, che formalmente è confermata dall'Ordine degli psicologi, è spesso guidata da una logica di appartenenza. Diventare psicoanalista, per esempio, non significa solo acquisire competenze, ma anche entrare a far parte di un gruppo, un'associazione di professionisti. La formazione equivale così ad un percorso di affiliazione, fondato sul riconoscimento di uno specifico modello teorico e tecnico. Questa logica, in cui il diploma implica l'adesione ad un orientamento, comunque, vale per tutti gli indirizzi teorici e non solo per gli psicoanalisti.

Al termine del percorso di formazione, in pratica, si verifica l'aderenza ad un certo modello di psicoterapia: psicoanalitico, cognitivo-comportamentale, sistemico e così via. È vero che ogni Scuola è invitata dal

*Psicoterapeuta presso Minotauro, Milano, Italia. E-mail: alfio.maggiolini@gmail.com

Ministero ad includere tra gli insegnamenti diversi orientamenti, ma lo stesso Ministero chiede che ogni Scuola dichiari il proprio orientamento. Questa situazione è diversa da quella di altre specializzazioni, come quelle mediche. Una scuola di specializzazione medica in ortopedia, ginecologia o in qualsiasi altra specialità non dichiara il proprio orientamento teorico-clinico e il diploma non comporta nessuna particolare appartenenza.

Ciò significa che nella formazione in psicoterapia l'acquisizione di competenze è orientata da un ideale terapeutico, un dato che è confermato anche dal modo in cui funziona la didattica. Per esempio, al termine della formazione degli psicoanalisti e degli psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico si chiede normalmente loro di mostrare la loro capacità clinica attraverso la presentazione e la discussione di un caso a quattro o due sedute la settimana, condotto per un tempo sufficientemente prolungato, misurato in anni. È evidente che nella realtà non è così frequente non solo realizzare psicoanalisi a quattro sedute la settimana che durino anni, ma nemmeno psicoterapie psicoanalitiche prolungate a due sedute. Questo è vero non solo per chi lavora nei servizi pubblici in cui questo tipo di intervento è di fatto impossibile, ma anche per chi opera in ambito privato, dove la penuria di risorse economiche, oltre che di tempo, contribuisce ad una domanda di psicoterapia sempre più specifica e focale.

Questa prassi conferma, quindi, l'importanza dell'ideale nella formazione, di come le cose *dovrebbero essere* più che di come *sono*. Ricordo l'affermazione di un collega, a giustificazione di questa scelta: 'Quando sei formato ad essere uno psicoanalista, poi puoi fare qualsiasi tipo di intervento, perché *sei* uno psicoanalista!'

Io penso, invece, che sia necessario che la formazione si apra a più tipi di intervento, pur restando fedele al modello di riferimento. Anche se nel corso degli ultimi decenni, infatti, la barriera che divide i diversi orientamenti in psicoterapia, teoria psicoanalitica, cognitivo-comportamentale, sistemica e così via, si è assottigliata, con sempre maggiori aperture a possibili integrazioni, non per questo è scomparsa. Se resta inevitabile, quindi, l'ancoraggio teorico delle diverse Scuole, perché non è possibile oggi insegnare ad essere contemporaneamente uno psicoanalista e un bravo terapeuta cognitivo o sistemico, è indispensabile che vi sia, invece, un'apertura all'uso di diverse tecniche. Questo non significa insegnare un modello ideale di psicoterapia e successivamente 'applicarlo' alla realtà del lavoro nelle istituzioni, ma tener conto della realtà della domanda di aiuto e delle specificità di setting nel formulare le risposte.

Uno psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico, quindi, non dovrebbe essere formato solo alla psicoterapia psicoanalitica in un certo setting ideale. La psicoterapia deve uscire dalla 'cabina pressurizzata' della stanza dei colloqui e lo psicoterapeuta si può trovare a svolgere psicoterapie brevi, ma anche consultazioni, sia individuali, sia famigliari, e interventi di *asses-*

ment terapeutico o operare in diversi contesti come l'ospedale o una comunità residenziale. È un adattamento all'interno di uno stesso orizzonte teorico degli obiettivi, dei setting e delle tecniche di intervento in relazione alla domanda, che non sempre è domanda di cura di un disturbo, ma anche di aiuto ad affrontare i problemi nel corso del ciclo di vita.

Il quesito fondamentale, allora, è se sia possibile una psicoterapia psicoanalitica realizzata in un setting diverso da quello tradizionale, che è costituito da colloqui individuali, preferibilmente svolti con la frequenza di due colloqui la settimana e per un tempo sufficientemente prolungato. Tecnicamente, la psicoterapia psicoanalitica è basata sulle interpretazioni di transfert e di resistenza, nel quadro di un setting ben definito, e con una particolare attenzione alla componente controtransferale dello psicoterapeuta. Molti allievi delle scuole ad orientamento psicoanalitico si trovano, quindi, ad applicare questa tecnica in setting istituzionali brevi o brevissimi, spesso discontinui e aperti alla collaborazione con altri operatori, psichiatri, assistenti sociali, educatori, e altri ancora. In questo quadro l'operazione di 'miniaturizzazione' e di difesa del setting tradizionale è inevitabilmente frustrante. Il rischio è che un allievo da una parte si senta spinto a utilizzare le tecniche psicoanalitiche, ma dall'altra non ne abbia la reale possibilità. Questo conflitto porta spesso come conseguenza a privilegiare tecniche di tipo supportivo, basate su atteggiamenti rispecchianti, empatici e valorizzanti, di indubbia utilità, ma che funzionano come fattori comuni, perdendo così la specificità dell'intervento psicoanalitico di lavoro sull'inconscio.

La psicoterapia psicoanalitica, in realtà, non è definita da un certo setting, come un numero di sedute, e nemmeno da certe tecniche, come le interpretazioni di transfert e di resistenza, ma è caratterizzata dalla centralità della simbolizzazione affettiva inconscia, dall'individuazione di temi ricorrenti e conflittuali, in particolare nelle relazioni interpersonali, e dalla trasformazione di senso. Queste operazioni non vincolano ad uno specifico setting, né ad una determinata frequenza di sedute o alla loro durata, e nemmeno ad un determinato contesto, individuale o familiare, pubblico o privato.

Non solo il setting e la tecnica della psicoterapia psicoanalitica possono essere modificati, ma anche altri pilastri della formazione psicoanalitica possono essere messi in discussione. Consideriamo, per esempio, la funzione didattica dell'analisi personale. Anche se tutti gli psicoterapeuti tendono a considerarla importante per la loro formazione, non ci sono dati di ricerca che ne confermino l'efficacia dal punto di vista formativo. Quando si chiede ad uno psicoterapeuta in formazione in che modo l'analisi personale lo ha aiutato dal punto di vista professionale, la risposta riguarda soprattutto due aspetti: da una parte un aiuto a chiarire la propria 'vocazione' e ad affrontare le incertezze nell'assunzione del ruolo terapeutico, dall'altra un apprendimento per identificazione, pensando, di fronte ad un certo paziente, a come il proprio terapeuta si sarebbe comportato e a che cosa avrebbe detto.

Questi due aspetti dovrebbero essere oggetto di specifiche attività formative nella scuola, per esempio in momenti individuali o di gruppo dedicati alla riflessione sul ruolo, liberando così l'analisi personale da aspettative di analisi 'didattica'. Questa scelta ridurrebbe il rischio che molti, a partire da Kernberg, hanno indicato, che l'uso didattico dell'analisi personale porti a processi imitativi, contribuendo a rafforzare ulteriormente la dimensione affiliativa del percorso formativo.

Un ultimo punto sul tirocinio. Se il tirocinio non è un luogo in cui applicare, 'adattandolo', un modello ideale, è necessario che vi sia uno scambio tra esperienze di tirocinio e percorso formativo. Per esempio, è possibile istituire uno spazio distinto da quello della supervisione clinica, in cui discutere con un tutor delle opportunità, ma anche delle difficoltà che gli allievi incontrano nelle esperienze di tirocinio, per tutti i vincoli istituzionali che ben conosciamo.

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: 27 dicembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 15 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:505

doi:10.4081/rp.2021.505

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

Commentary to the Paper: *Psychoanalysis in Form and Action*

Nicola Artico*

The choral effort of reflection by the authors of '*Psychoanalysis in form and action*', reminded me that, in times long gone by, I too was an intern. At that time, internship was not compulsory for future psychologists. However, as soon as I graduated, I felt the moral necessity, underpinned by other less clearly defined needs, to expose myself to this kind of experience. I offered to work for a mental health service, and the person in charge at the time thought it would be useful and interesting for a young aspiring clinical psychologist to be exposed to a real psychiatric ward. Today, it would be called the Psychiatric Diagnosis and Treatment Service, complete with wards and personnel on duty full time. So, as far as many of the themes discussed in the article are concerned, I was immediately put to the test, as a young aspiring psychotherapist in a context and an institution so unlike the private psychoanalysis offices, or the outpatients' clinics for psychologists in the NHS.

Yet even today, after many years, I am grateful to those who allowed me to confront a context so unlike what I had imagined or expected. A place where the mental states of the patients, as well as of the operators, became apparent to the observation of those who expressed interest and curiosity for human nature. Of course, some preconditions have to be met: the intern should express sufficient desire, curiosity, to face the new, the different, the unexpected; at the same time, there should be at least one experienced professional willing to welcome and guide these requests. The first impression when reading the paper is that, happily, both conditions were fulfilled in those placements. Moreover, they were enriched by a third positive variable: that of a group that succeeded in being united without having to give up their individual approaches.

A large part of the work we are commenting on refers to what it means

*Director, Operational Unit, Psychology and Mental Health; Head of Functional Unit, Child and Adolescent Mental Health, Livorno area, Public Health Authority, Northwest Tuscany, Italy. E-mail: nicola.artico@uslnordovest.toscana.it

to relate to a care or training institution. How interesting it can be, but also contradictory and, in some cases, even perverse. Whenever someone discovers that doing things in a certain way is useful, with certain rules, within certain organisational structures, they believe they are obliged to propose that way, those rules, repeatedly in the future. They think that those contexts are so important that they must continue to exist even after their death, and so institutions are born. Of these, the best known and most important are those for care and training. However, as the students pointed out, nothing is neutral even in those contexts and nothing can be taken for granted. Not least, they reminded us of how, 'in the corridors' of their training school, very interesting things are often said and heard. This happens less frequently, however, in the institutionally designated spaces. But, let me say this straight away, this dynamic whereby more truth can be found 'in the corridors' rather than in the places designated for debate, is also typical of many other institutions. Including the one where I have worked for over thirty years. I believe this is true also for Universities, as well as Parliament, and numerous other well-established institutions in our society.

Thus, recalling the words of Giovanni Jervis, I am firmly convinced that psychoanalysis should first and foremost be a critical exercise. Furthermore, I think this assumption should be applied - *sic et simpliciter* - to all psychology. Of every order and degree. So the first predisposition that I believe should be necessary in aspiring psychologists or psychotherapists, whatever their orientation, is curiosity. Better still if seasoned with a little irreverence towards the constituted powers, every now and then. So I really appreciated the fact that the authors did not censure themselves, and acknowledged that their unveiling was not easy to do, nor entirely without emotional effort. After all, as we know, one of the most common drives in institutions is to self-reproduce.

In this regard, years ago I found an enlightening article by Otto Kernberg, now considered a classic in its genre; the title leaves little doubt about the risks of training courses and certain relationships between colleagues: '*Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates*' (Kernberg, 1998). With severe irony, the great Austrian psychiatrist and psychoanalyst wrote in point 30:

'Bear in mind, when feeling doubtful about dangerous developments that may put to the test established methods to inhibit candidates' creativity, that the main goal of psychoanalytic teaching is not to help students acquire what is known, in order to develop new knowledge, but to acquire proven knowledge about psychoanalysis in order to avoid its watering down, distortion, deterioration and misuse' (Kernberg, 1998).

The article ended with an even more explicit and ironic warning:

'Always remember: when there is a spark, a fire can develop, especially when this spark appears in the middle of a dry forest: extinguish it before it is too late!' (Kernberg, 1998).

It turns out that Kernberg wrote this article shortly before taking office as president of the International Psychoanalytic Association (IPA). Which, it must be said, is a point in favour of the old institution.

Another question that emerges in the pages of the colleagues can be summarised as follows: is it really possible to apply the psychoanalytic method within a Service? Or, with a slighter nuance, is it possible to be a psychoanalyst within the Service? In the text one can find some rather eloquent relational vignettes on the problem. Once again I find myself rummaging through the archives of my memory when, in the course of my first contract as a psychologist in the national health service, due to a combination of causes of little relevance here, I was placed in a multi-purpose clinic for over a year. It was also used by a dermatologist one and a half days a week. So I found myself organising my first clinical interviews sitting at an anonymous white Formica table, with a doctor's couch placed under the window, equipped with magnifying lamp. What to do? What - of all I had learned about the human mind and behaviour, about the relationships between these and the various contexts in which words, thoughts, emotions and gestures emerge - could be of any help to me? This is the challenge a psychologist has to face. Always. Especially if he accepts the mandate that the state and his community assign to him, to try to take care of its citizens psychologically. Because there is always a great risk that our training courses, still largely assigned to private organisations, will end up preparing us only for one type of user, who is similar to us, or to our friends, whom we expect to meet only in private settings, due to affluence and culture.

So I think the most valuable thing a good training course can offer us, in our field, is to bring us closer to a more accurate theory of mind, and correlative theory of technique. But above all it should strengthen our ability to understand the processes through which we acquire information and meanings. from the world and in the world. It should enrich, even though awareness, our epistemological capacity. If our teachers have left us with an 'inner pot of gold' in this sense, then we will be able to think, decline, and even invent something useful for our clients. Whatever the context, whether human or physical, in which we find ourselves operating.

Finally, I do not know what it means to 'be a psychoanalyst' within something. But if we have assimilated valid conceptual, interpretative and relational categories, I think we should be able to apply them in the most varied contexts. Even non-clinical ones. Training cannot have identity as its purpose. It should help us to be able to assist someone psychologically. Better still if we bear our own mind in mind when we act. After reading this paper, I can state that here that objective seems to me to have been fully achieved.

REFERENCES

- Kernberg, O. (1998). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(5), 1031-1040. [Trad. it. *Gli Argonauti*, 1998, 76, 1-14].

Non-commercial use only

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 29 January 2021.

Accepted for publication: 12 February 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:526

doi:10.4081/rp.2021.526

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (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 all'articolo: *Psicoanalisi in forma e azione*

Nicola Artico*

Lo sforzo corale di riflessione delle autrici di '*Psicoanalisi in forma e azione*', mi ha riportato alla mente che, in tempi oramai piuttosto lontani, sono stato un tirocinante anch'io. Erano tempi dove, per i futuri psicologi, il tirocinio non era ancora obbligatorio. Tuttavia appena laureato sentivo la necessità morale, intrisa ad altri più confusi bisogni, di espormi a questo tipo di esperienza. Mi proposi ad un servizio di salute mentale e, l'allora responsabile, ritenne utile ed interessante che un giovane aspirante psicologo clinico si confrontasse con un vero reparto di psichiatria. Oggi si chiamerebbe Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con tanto di degenze e turni ai letti. Così, a proposito di una serie di temi ampiamente trattati nell'articolo, fui messo subito alla prova, giovane aspirante psicoterapeuta, con un contesto ed una istituzione tanto diversa dagli Studi di privati di psicoanalisi, ma anche degli ambulatori degli psicologi delle asl.

Eppure ancora oggi, dopo molti anni, sono grato a chi mi ha permesso di confrontarmi con un contesto così diverso da quello immaginato o atteso. Un luogo dove gli stati mentali dei pazienti, ma ovviamente anche degli operatori, emergono comunque all'osservazione di chi abbia un minimo di interesse e di curiosità per la natura umana. Naturalmente si devono dare alcune precondizioni: che il tirocinante abbia sufficiente voglia, curiosità, di affrontare il nuovo, il diverso, l'inatteso e, dall'altra parte, che ci sia almeno un professionista esperto disposto ad accogliere ed un minimo guidare queste istanze. La prima impressione nel leggere l'elaborato è che, felicemente, entrambe le condizioni si siano realizzate anche in quei tirocini. Arricchite, peraltro, da una terza variabile positiva; quella di una gruppaltà che ha saputo essere solidale senza dover rinunciare ai singoli sguardi.

Una buona parte del lavoro che stiamo commentando, rimanda a cosa implica rapportarsi ad una istituzione di cura o formativa. A quanto di inte-

*Direttore Unità Operativa Complessa, Psicologia salute mentale e Ser.D - Sud - Responsabile U.F. Salute Mentale Infanzia Adolescenza - Zona Livorno, Azienda Sanitaria Toscana Nord Ovest, Italia. E-mail: nicola.artico@uslnordovest.toscana.it

ressante ma anche di contraddittorio e, in taluni casi persino perverso, possa esserci dentro. Ogni volta che gli uomini scoprono che fare le cose in un certo modo serve, con certe regole, con certi assetti organizzativi, pensano di dover riproporre quel modo, quelle regole anche in futuro. Pensano che siano così importanti quei contesti che debbano continuare ad esistere anche dopo la loro morte, così nascono le istituzioni. Tra queste, quelle di cura e quelle della formazione, sono tra le più note e importanti. Tuttavia, come le allieve hanno ben osservato, nulla è neutro nemmeno in quei contesti e nulla va da sé. Non certo secondario è il loro richiamo a quanto, ‘nei corridoi’ della loro scuola di formazione, spesso si possano dire ed udire cose molto interessanti. Meno facile invece negli spazi istituzionalmente deputati. Ma, lo voglio dire subito, questa dinamica per cui, ‘nel corridoio’, possa correre più verità di quanto nei luoghi deputati al dibattito, è tipica anche di molte altre istituzioni. Compresa quella dove da più di trent’anni lavoro. Credo che si possa dire anche per l’Università, il Parlamento e molte altre organizzazioni fondative della nostra società.

Così, con le parole di Giovanni Jervis, sono fortemente persuaso che la psicoanalisi debba essere prima di tutto *esercizio critico*. Di più. Penso che questo assunto debba essere applicato - *sic et simpliciter* - a tutta la psicologia. Di ogni ordine e grado. Allora la prima disposizione che trovo necessaria, negli aspiranti psicologi o psicoterapeuti a qualunque orientamento si rivolgano, è la curiosità. Meglio se, ogni tanto, condita da un po’ di irriverenza verso i poteri costituiti. Così ho molto apprezzato che le autrici non si siano censurate, mostrando altresì che questo loro disvelamento non è semplice da farsi né del tutto senza fatiche emotive. Del resto, lo sappiamo, una delle più comuni spinte delle istituzioni è quella ad autoriprodursi.

A questo proposito anni fa trovai illuminante un articolo di Otto Kernberg, credo oramai un classico nel suo genere, il cui titolo lascia adito a pochi dubbi sui rischi dei percorsi formativi e di certi rapporti tra colleghi: ‘*Trenta modi per distruggere la creatività degli allievi degli istituti di psicoanalisi*’ (Kernberg, 1998). Con severa ironia il grande psichiatra e psicoanalista di origini austriache al punto 30 così scriveva:

‘Tenete a mente, quando vi sentite incerti riguardo ai pericolosi sviluppi che possono mettere alla prova metodi consolidati per inibire la creatività dei candidati, che l’obiettivo principale dell’insegnamento psicoanalitico non è quello di aiutare gli studenti ad acquisire ciò che è conosciuto al fine di sviluppare nuova conoscenza, ma di acquisire comprovata conoscenza riguardo alla psicoanalisi per evitarne l’annacquamento, la distorsione, il deterioramento e il cattivo uso’ (Kernberg, 1998).

L’articolo poi, si chiudeva con questo ancora più esplicito ed ironico monito:

‘Ricordatevi sempre: quando c’è una scintilla si può sviluppare un fuoco, soprattutto quando questa scintilla compare nel bel mezzo di un bosco secco: estinguetela prima che sia troppo tardi!’ (Kernberg, 1998).

Risulta che Kernberg scrisse questo articolo poco prima di assumere la carica di presidente dell’*International Psychoanalytic Association* (IPA). Il che, va detto, segna comunque un punto a favore della vecchia istituzione.

Un’altra questione che emerge nelle pagine delle colleghe, può essere riassunta in questo modo: è davvero possibile applicare il metodo psicoanalitico all’interno di un Servizio? Oppure, con una sfumatura non secondaria, è possibile essere uno psicoanalista all’interno dello stesso? Nel testo si possono ritrovare delle vignette relazionali piuttosto eloquenti sul problema. Ancora una volta mi trovo a rovistare negli archivi della mia memoria quando, al mio primo contratto di ruolo come psicologo nel sistema sanitario, per un insieme di concause poco rilevanti in questa sede, per più di un anno vengo collocato dentro un ambulatorio polivalente. Un giorno e mezzo alla settimana veniva usato anche da un dermatologo. Così mi trovo ad organizzare i miei primi colloqui clinici, dietro ad un anonimo tavolino in laminato bianco e, per di più, con sotto la finestra un lettino medico con tanto di lampada di ingrandimento a corredo. Che fare? Cosa di quello che avevo appreso sul comportamento e sulla mente umana, e sulle relazioni tra questi ed i più vari contesti in cui, le parole, i pensieri, le emozioni ed i gesti emergono, poteva essermi di aiuto? Questa è la sfida che uno psicologo deve affrontare. Sempre. Soprattutto se accetta il mandato che il suo Stato e la sua comunità gli consegna, di provare a prendersi cura psicologicamente dei suoi cittadini. Perché il rischio che i nostri percorsi formativi, ancora oggi in larga parte assegnati a dispositivi privati, finisca per prepararci sempre e soltanto ad un tipo di utenza, magari simile a noi, oppure ai nostri amici, che prevediamo di incontrare solo nei setting privati, per censo e cultura, è sempre molto alto.

Così io penso che quanto di più prezioso possa offrire un buon percorso formativo, nel nostro campo, non sia solo avvicinarci ad una più accurata teoria della mente e correlativa teoria della tecnica. Ma soprattutto rinforzare la nostra capacità di capire tramite quali processi acquisiamo informazioni e significati dal mondo e nel mondo. Arricchire, anche di consapevolezza, la nostra capacità epistemologica. Se i nostri formatori ci hanno lasciato, in fondo ad una sorta di ‘pentola d’oro interiore’ qualcosa dentro in questo senso, allora potremo pensare, declinare, e persino inventare qualcosa di utile per i nostri assistiti. Qualunque sia il contesto, umano e fisico, in cui ci troviamo ad operare.

Infine non saprei dire cosa voglia dire ‘essere uno psicoanalista’ all’interno di qualcosa. Se però abbiamo assimilato delle categorie concettuali, interpretative e non ultimo relazionali valide, penso che queste dovremmo saperle applicare nei più vari contesti. Persino non clinici. La formazione

non può avere uno scopo identitario. Deve bensì aiutarci a metterci in grado di poter aiutare psicologicamente qualcuno. Meglio se tenendo a mente la propria mente, durante il nostro agire. Da quello che ho inteso leggendo, questa volta l'obiettivo mi sembra pienamente raggiunto.

BIBLIOGRAFIA

Kernberg, O. (1998). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(5), 1031-1040. [Trad. it. *Gli Argonauti*, 1998, 76, 1-14].

Non-commercial use only

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: 29 gennaio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 12 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:526

doi:10.4081/rp.2021.526

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

The Diagnostic and Relational Process in Psychiatry. The Epistemological Validity of Normality and Pathology

Alfio Allò*

ABSTRACT. – This work aims to define the low epistemological relevance of method in psychiatry. We examine issues concerning the therapist-patient relationship; diagnostic labelling; fragmentation of the patient's system of possibilities, and the impossibility of controlling differences between therapists with regard to the subjectivity of therapeutic relationships. Clinical research needs to tackle these questions to find a line of continuity between normality and pathology as there are no common peculiarities traceable only to patients. There is a fluctuation between more adaptive behaviour and more dysfunctional behaviour within both a pathological framework, and so-called normality. The fluctuation is based on the roughly adequate relational structure that characterises these dimensions and marks a *continuum* in the passage between normality and pathology. The structure can weaken to the extent that it turns into pathology. From these observations, we can explain the patient beyond the aspects that are typically circumscribed by mental disorder. This can lead to a more comprehensive view of the patient's possibilities, and therefore, enable a more objective assessment that partially deconstructs the fragmentation process resulting from diagnostic labelling.

Key words: Labelling; fragmentation; subjective judgment; method; relationship; clinical research.

Introduction

Diagnoses enable us to observe patients according to a particular cognitive system (Migone, 2011). Kagan (1998) interpreted this system as a partial diagnostic classification sufficient to condition therapy. Laing (1959), however, focused on preconceived mental categories that influence the therapist-patient relationship. Thus, diagnostic labelling can inhibit what we define as the 'helping relationship' as managed by a psychiatrist.

This relationship differs from the psychotherapeutic approach in the

*Alfio Allò, external collaborator of the Psychology and Cognitive Sciences Laboratory of the University of Genoa. E-mail: alfio.allo@gmail.com

event of a psychiatrist *also* being a psychotherapist. Therefore, the relational issues of psychotherapy (see Allò, 2014, 2017), and the ethical issues associated with the relational characteristics of the therapist-patient relationship (Corradini, Crema, Lupo, & Saviane Kaneklin, 2011) are not discussed here. We focus on the helping relationship as distinct from aspects concerning the exploration of a specific form of intervention. A line of enquiry leading to a definition of the relationship between patient (client) and therapist (Carli, 1993; Carli & Paniccia, 2003) is not discussed here.

Whether or not we use the psychotherapeutic approach, or a schema for a specific clinical intervention, in psychiatry a helping relationship may be instituted that must be analysed. We identify a diagnostic procedure to counter the relational approach, that has potentially useful implications for clinical research.

Validity of the method

Sciacchitano (2013) drew attention to the epistemological weakness of psychiatry which only outwardly has the 'rigour' of medicine, creating an unacceptable dividing line in what should be 'science'. Thus, a thin margin is established between the rules of the method and what the object of study might be beyond these rules, in the discrepancies of the method.

Naturally, we need a perfectible concept of 'science', or at least a *decidable* one, for observations (limited) which allow for alternatives for varying (or abandoning) the method, and *deciding* the validity of a working hypothesis, with a view to its modification. Our criticism is not aimed at the possibility of making diagnoses, but at evaluation parameters that *are more limited than they should be*, thereby making it difficult to *optimize* the method. We find epistemic prejudice in the lack of valid control over the object of study, through working hypotheses that are liable to be optimized in the definition of the method.

We should point out that the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) does not deal with single individuals, but with a set of individuals, presenting statistics for homogeneous groups of the population, adopting a range of *technological* interventions in the interests of drug therapies and insurance companies (Sciacchitano, 2013). Further, if it is true that a diagnosis can vary depending on the currents in psychotherapy (Migone, 2011), it is also true that patient fragmentation already occurs in the most important diagnostic systems. The latter are analysed by Migone (2011), the DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), the ICD-10 - International Classification of Psychic Disorders (World Health Organization, 1992) - or the Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM Task Force, 2006).

In considering the problems shared by the major reference manuals, Sciacchitano (2013, p. 250) interprets the PDM as a ‘tired imitation’ of the DSM, since psychoanalysis is not based on a justified causal link between what one *would like* at an unconscious level and what is *described* by the symptom. Naturally, every diagnostic system aims to observe a part of ‘reality’ (Migone, 2011), but note that categorisation is already limited in its premises (as a working hypothesis *more limited than necessary*), and given to fragmenting the patient in its descriptions (diagnoses that consider an excessively limited fragment of the patient), in its inability to re-define (reassemble) the patient more comprehensively. Observations that stop at individual behavioural elements are unable to ‘rebuild themselves’ to reach a higher level of analysis. This does not just apply to the weak comparison between viewpoints of different systems, but since each system is already defined in the rules that circumscribe it, to the inability to produce a more respectful profile of the patient notwithstanding the diagnostic label. The ‘alleged stability and coherence of diagnostic systems is (...) a crime of pride in that it scotomizes fluidity, conceals doubt, asserts certainty’ (Saraceno & Gallio, 2013, p. 27).

Of course, the above limits do not rule out reliability in the diagnostic concordance of different psychiatrists concerning the same patients even in the event the diagnostic process were repeated. The problem is that the diagnosis can be repeatedly wrong (Migone, 2013). In effect, the DSM increased its «reliability which had previously been extremely low but did not (...) modify the validity of the diagnoses, which remain simply conventional» (Migone, 2013, p. 572). A patient can be ‘deciphered’ simultaneously using different diagnoses (Migone, 2013). Besides, in admitting working hypotheses that are more limited than they should be, it is clear that although «using so-called scientific rigour (...) psychiatrists would be unable to distinguish a disorder from normal suffering» (Migone, 2013, p. 579). It is true that the DSM-5 has introduced dimensions which help us observe the quantitative modifications of patients (personality, cognition, humour...), *drawing pathology closer* to so-called ‘normality’, without neglecting the standpoint (theoretical and methodological) which identifies with the description of pathology and not in the definition of causes which could break the pathology down into its constitutive elements (Migone, 2013). If DSM-5, like the former editions, presents this incapacity, it would be better for DSM-IV-R ‘to stop there, and block the implicit (and explicit) logic of the method (...) because at that point an extra paragraph would suffice to expose the inadequacy of its epistemology’ (Galli, 2014, p. 568).

A problem arises in thinking that the (inadequate) progression of the DSMs is due to the (inadequate) rules which generally define the psychiatric approach today (Di Vittorio, 2013). Unsurprisingly ‘if two clinicians use different instruments (...) they can reach different conclusions» (Cornoldi, 2007, p. 79).

It is opportune here to emphasize that according to the current paradigm the ‘scholar (...) stops investigating, exploring, trying to understand the complex system that underlies normal and pathological psychic manifestations, renounces experiencing a therapeutic relationship with the other, avoids the work of self-reflection’, thus ‘becoming (...) practitioners alienated from the relational system in which they are inevitably involved’ (Iorio & Iorio, 2016, p. 64). The important thing is to extract the diagnosis from a description of observed symptoms. For the therapist, this means using the deficient automatism of the (inadequately) pre-constituted information of reference manuals (Iorio & Iorio, 2016). Besides, these questions come within a ‘biological reductionism (...) camouflaged in the guise of modern science. It is almost like a farewell to psychopathology (...) to the therapeutic relationship’ (Iorio & Iorio, 2016, p. 67). We do not ‘deny the importance of biological research in psychiatry, what we want is to challenge the distorted epistemology that supports it’ (*Ibid.*). In short, the messiness of the (extremely limited) union between ‘biological’ and ‘psychic’ concepts is transferred to the level of ‘science’, with lines of demarcation (and identification) that are no so well-defined.

It is no coincidence that we can decipher a diagnosis which imposes an *unjustified* stigma on the patient without an acceptable causal link. Not only that, but we can decipher a diagnosis that leaves patients free to self-impose the stigma based on arbitrarily assumed definitions, no longer exposing their malaise to the therapist, indicating symptoms which *supposedly* match the description of the disease, but rather, exposing (without being fully informed) the label (*believed*) to represent the pathological condition (Iorio & Iorio, 2016) without mediation.

At this point, we should formulate a different question in consideration of the relational system the psychiatrist is involved in. The system may be weakened by the diagnostic structure but it can present its own themes. A diagnosis that imposes weak labelling, inadequately fragmenting the individual with its descriptions, must be supplemented by a *relational* problem. If it is true that the rigid schematism of reference manuals admits inadequate discretionality, *i.e.* inadequate capacity for judgment, it is also true that inadequate discretionality is not ruled out based upon the relational characteristics of individual therapists. These characteristics may be implemented within the semantic field of the diagnosis (and related drug therapy). In practice, aside from the diagnosis (for models that eliminate the relational element), different psychiatrists can act inconsistently towards different patients (or, hypothetically, towards the same patient) based on their *personal* characteristics. The action cannot be regulated by diagnostic models not designed for the purpose. In this sense, we must ask ourselves whether the relational ‘method’ is capable of producing significant objective regularity, thereby controlling an action that is potentially characterised

by the free choice of the psychiatrist. We can define the absence of epistemological validity by asking whether the psychiatrist is in a position to re-check his action based on intersubjectively controllable, replicable, and decidable procedural rules (working hypotheses). A procedural dimension that is hardly small because in the absence of epistemological validity we can offer therapeutic validity and obtain a suitable *relational* result. However, *without epistemological validity the result cannot be validated* by justifying it based on the procedure implemented (it may be replicated in this way by other therapists).

If we support psychiatrists in not neglecting their relationship with patients, for example through unstructured interviews or in sharing a specific life routine, we could argue that they act in the absence of a shared and shareable method, incapable of being decided by subjectively valid rules, therefore unsuitable for controlling the object of study. We have shifted away from the rules of the diagnostic method, unsuitable for a relational procedure, finding rules that are impractical for the purpose, inept at eliminating the (possible and *not necessarily suitable*) engrafted differences between therapists. It is clear that if the rules of the method cannot control the (potentially arbitrary) differences between psychiatrists, neither can they be responsible for (adequately) controlling the patient's action, given that such action is attributable to the subjective skills of the psychiatrist. Therefore, the action is attributable to what may prove to be inadequate skills unless one believes that the *personal* skills of psychiatrists are always suited or adaptable to their intended purpose (and to a particular patient).

Inadequate action comes from following the diagnostic method slavishly, and, for that matter, from failing to rule out a (potentially) arbitrary action in the desire for its emancipation, transferring (at least one) part of the therapeutic process to the therapist-patient relationship. In practice, an inadequate process can play out when psychiatrists rely on their empathy, their sensitivity, and their intuition, and make observations unmediated by the working hypotheses of a precise methodology. These observations are non-replicable among therapists since they are based more on personal abilities than on a method to regulate those abilities. Wanting to regulate those abilities does not mean wanting to inhibit them. Allowing regulation means their abilities may be expressed clearly and coherently, even optimizing them according to the rules they should be based on. For this, the rules must be observed in a shared and shareable way. We do not mean to do without the abilities of individual therapists (*e.g.*, in developing empathy), but we do need a method that in controlling the therapist can also be modified by him if necessary to obtain a clearer idea of the rules that govern actions. In short, what we do not want is subjective validation (potentially arbitrary) of the possible overwriting of the method, but a method that allows subjectivity to express itself clearly, and if necessary, violates the rules that the

method imposes (in the event they are clearly defined). To demonstrate the fundamental importance of the relationship, we will show it in its constituent, but not necessarily positive, elements.

The first problem arises in the assignation of simplistic labelling to an individual (Maslow, 1962). For the author, labelling is weakened by the challenge it presents in finding a real patient who corresponds to the pre-established description of the reference manuals. These problems continually arise when trying to explain patients using valid science-based theories. Of course, Laudan (1977) has cast many doubts on the direction of scientific research, finding fault with the (im) possibility of its being *exactly* reconstructed, but the fact remains that conceptual paths in psychiatry are presented in *a more limited way than is necessary*. The psychiatrist acts within a context largely defined in the absence of a cause of illness, and consequently is compelled to make (extremely limited) reference to the DSM or the ICD-10, using the same argument (Wakefield, 2010). In this way, 'the conceptual integrity of diagnostic criteria is still a problem that is tackled in such an unsystematic way that at times it seems that correct diagnoses are left to chance' (Wakefield, 2010, p. 300). Indeed, as Frances (2010a, p. 251) pointed out, it may be that we classify as mental disorder many normal behavioural variants, thereby undermining the very concept of 'mental disorder'. Moreover, concerning the differences between a 'dimensional perspective' and a 'categorical system', the author reiterates that 'our discipline has never reached a consensus on which dimensions to choose and how to measure them' (Frances, 2010a, p. 255). A criticism of DSM-5, that may be found in Spitzer (2011) and Spitzer and Frances (2011).

The second problem arises from a different, but parallel factor: there is 'increasing evidence (...) that good psychiatric practice requires a commitment to the non-technical aspects of our work, for example, to relational aspects' (Bracken *et al.*, 2012, p. 9). Psychiatrists in their 'daily experience' use 'a variety of unconscious and preconscious inductive knowledge, organized in *Gestalt*-like ways, of acting with the patient', defined as 'guidelines dictated by intuition or experience' (Migone, 2015, p. 50). Proceeding in this way, *i.e.*, defining the quality of the relationship between psychiatrists and patients, has proved to be more effective than medical treatment (Migone, 2015). We cannot be limited to a diagnosis that fixes the object of study, dehumanizing the patient (Dell'acqua, 2013). The diagnosis leaves out patient's subjectivity, obliterating it for cultural, political, and economic reasons (Benedice, 2013), all the more so if we consider that mental disorders 'are constructs that we have invented (...) For example (...) there is no prototype of 'schizophrenia' that can be explained using a biological model' (Frances, 2010b, p. 101). It is no coincidence that the descriptive paradigm has failed to delimit a change capable of directing us towards the causes of the disorder (Frances, 2010b) and it is no coincidence

that «psychopathology (...) presents overlap not only in its way of manifesting itself but also in its pathogenesis. There are probably hundreds of pathways leading to schizophrenia' (Frances, 2010b, p. 103). Moreover, 'beyond (...) rare cases of a causal link, genetics has only highlighted rather weak risk factors' (Gonon, 2011, p. 146), admitting the importance of the environment in the development of the disease.

In considering the aforementioned diagnostic limits, and considering the undeniable advantages of a relational approach, how can we define the second problem related to the non-technical aspects of the psychiatrist's work, *i.e.*, the relational system? We can define it by recording a non-valid dimension, a dimension bound by the different approaches that various therapists implement based on personal skills that may not necessarily be adequate. For example, in the course of the relational path, can we control the inductive processes mentioned referable to the non-technical dimensions of the psychiatrist's work? Can we control the (not necessarily adequate) unconscious and preconscious processes used to develop certain intuitions? Can we rule out the possibility that we may be acting incorrectly? Of course, on completing a certain relational path a positive outcome may result, but does that mean excluding that there may be an inability to build a qualitatively profitable relationship? We must ask ourselves whether the patient has been put in a position to act out that responsibility (see Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Rogers, 1942), and at the same time ask ourselves whether the real responsibility - autonomy - of the patient in relation to the therapist can be delimited. This in the production of feeble therapist-patient rules. If the delimitation of the patient becomes personal, how do we define the type of freedom and responsibility that the therapist can *pass on* (or not) to the patient? Of course, the responsibility may prove to be adequate, but it would always be about the psychiatrist's abilities, thereby *increasing* the chances that the psychiatrist may *also* prove to be inadequate. In psychiatry, the inferential process *seems* not to allow violation of certain rules - the actions being pre-determined by diagnostic schema- but violation arises when the unknown element - the psychiatrist's *personal* choices - is introduced. Therefore, methodologically unjustified changes in any method must be diagnostic (in the inability to regulate the relational characteristics of the therapist), or the admission of a (supposed) relational method (based on the personal rules of the Psychiatrist's possibility system).

Schematization of the reasoning

If a schema defines which information needs to be delimited to measure certain effects (symptoms), we encounter the problem of reducing diverse phenomena to a diagnostic label (Jaspers, 1959). A description of the disorder

der cannot be a complete picture of the individual as a whole (Jaspers, 1959). For this reason, a more inclusive level of analysis which takes account of the individual's possibilities is essential; the need to consider that 'in principle, the name of a medical condition is not of vital importance' (Freud, 1911, p. 511). The diagnosis should be seen as a theory that is subject to empirical evidence, in need of possible reformulation (Beck *et al.*, 1979). A diagnostic schema should define a provisional schematization (Jaspers, 1959). The concept of schema implies boundaries, boundaries that are not accurately delimitable. If we are unable to set boundaries, in theory, we cannot talk in terms of a schema, or rather, we can talk in those terms, but we cannot expect to prove that it is, not if we think that in doing so we can refer an action back to the schema we wish to implement (Marsonet, 1997). We must not give room to the rigid forms that Kant (1787) instituted to categorize reality. The individual does nothing but act on theories - presenting a certain *belief* - and this is binding (Feyerabend, 1975; Putnam, 1990). Asking ourselves whether 'there is a reality of things capable of determining which conceptual schema, among those that are so useful to us' that can be 'really true' (Putnam, 1990, p. 229), poses an insoluble question. It is our duty to find alternative actions able to optimize a certain level of 'truth'. If our approach to the situation determines our subsequent choices (Laing, 1959), we should vary the premises on which we act, in the rules designed to control our choices. In our case, it is the need to find a stimulus to vary diagnostic schemas.

At this point, we must keep in mind Sullivan's argument (1953, p. 342), namely that there are no such things as 'characteristics which are only apparent in the sick', adding that 'the only differences (...) in degree, *i.e.*, in the intensity and duration of what is common to everyone'. It should be noted that, in everyday relationships, we observe a fluctuation between more adaptive and more dysfunctional behaviour, both within a pathological framework and in so-called normality, with the presence of behavioural discrepancies which are *potentially* more relevant to pathology. In other words, a more significant fluctuation may occur in a mental disorder, with grades of behaviour being more accentuated in the difference between an adaptive and a dysfunctional pole.

We can consider this fluctuation as a *continuum* within normality or within disease, unable to assume any clear demarcation between perfectly adaptive or dysfunctional behaviour, or unable to decide at what precise moment, and on what basis (exact suppositions), behaviour can change from adaptive to dysfunctional or *vice versa*. This behaviour is termed *mainly* adaptive or *mainly* dysfunctional.

We can assume that dysfunctional behaviour in the sphere of normality that goes beyond a certain threshold becomes pathological, while the adaptive one, belonging to the sphere of disease, becomes normality, confirming a further *continuum*, a continuity of different levels. The *continuum* presents

episodic dynamics where the individual may momentarily enter the pathological sphere or the sphere of normality.

The continuity to be examined is based on a (more or less adequate) relational system characteristic of both dimensions. It is a system where the transition between normality and pathology is preserved by limiting its behaviour to a pole of shared and shareable meanings, thus determining individuals' potential to distance themselves from certain social conventions.

Personal discrepancy, fluctuating between positive and negative stimuli (of normality or pathology) is accompanied by social discrepancy (in its capacity to move away, to develop into pathology from a shareable semantic substrate). This is a dynamic typically based on relational characteristics that define more or less adequate behaviour, and thereby individuals, by defining the ability to recognise themselves and be recognised through certain social norms. Naturally, necessarily perfectible norms, which are suitable for defining what is socially acceptable behaviour to gain proper social recognition based on positive and useful personal relations.

A *line of continuity* positioned between normality and pathology stimulates a reflection on what often seems to be the (failed) possibility of justifying the patient beyond aspects imposed by the category - the syndrome. It defines a more comprehensive vision of the patient's possibilities since the mechanism can be applied across different pathologies. Moreover, it is common to different diagnostic schemas, thus achieving a *more objective* level of analysis - with significant epistemological validity - in its capacity to explain the individual beyond symptoms associated with different pathologies. The tendency to adhere to the connection: 'identified effect → definition of disease', makes it difficult to recognise fluctuations in the patient's behaviour within the clinical picture. In other words, behaviour can sometimes turn out to be more positive, and other times more negative, under the influence of particular *relationships*, to the extent that they define the situation experienced. The possibility that behaviour can be independent of its rigid labelling, allows a partial *de-construction* of the fragmentation of diagnostic labelling. If alternation (or fluctuation) is admissible, we cannot preclude a definition of the mental disorder which is *not* centred on the symptoms, nor on the limits set by its categorization, but centred on how much the patient can act regardless of its categorization. Basically, we attach importance to behaviour that can change regardless of the meanings given to the symptoms in the *description*, and break away from the meanings which confirm the symptom. Behaviour which is bound to meanings that are allocated *despite* the symptom enables a deciphering of the individual beyond the *seemingly* defined limits of the disorder and is therefore not (completely) ruled by it. At the same time, pathways are created leading to norms which, partially at least, appear to differ from the ones which regulate the disorder.

The action presents an important premise, requiring us to ask ourselves not what the symptom means, but *what relationships allow, how to evaluate them and how to stimulate them* to inhibit the disease, and even possibly, the rationale adduced. Besides, it is in the space created between the expectation of the symptom, and how much, in concrete terms, the patient can act, that the opportunity for freedom to loosen certain constraints lies. The action would need theoretical and methodological justification; for example, an evaluation of the degradation of social relations, the degrading of the prospects for utilitarian recognition. A dimensional form for observing the quantitative gradations of patients' behaviour may be constituted by a scale to assess the *dimension* of positive and negative behaviour through interviews, questionnaires, or tests (and/or ecological observation). In practice, the discrepancy between a positive (adaptive) and a negative (dysfunctional) pole could be defined by examining the cognitive dimension and/or mood in their capacity to be stimulated by positive relationships or in tackling negative relationships, observing the effects of the concretization of the action experienced in relation to a shared semantic substrate. This applies to situations constructed and perceived as more or less intrusive, more or less stressful, more or less involving, and defining an action that encompasses the gradations tending towards one of the poles.

A dimension that can bridge the gap between pathology and normality, in what the patient often sees as a significant capacity for judgment in discerning positive, useful, and sometimes even opportunistic opportunities. The dynamic is too often hidden behind meanings that macroscopically characterise particularly stigmatizing conditions. Precisely for this reason, we can envision the '*desire for disease*' mentioned by Jaspers (1959, p. 4) where the 'sick want to be pitied, (...) escape the obligation to work, get a pension'. That the patient's will is not as deconstructed as is often thought cannot be taken for granted, thereby acknowledging the possibility that pathological behaviour may fluctuate within the disorder and the importance of relational aspects. Besides, noting these aspects does not imply underestimating the severity of the disease; it is the meanings defining certain relationships that allow it to forcefully re-emerge.

Thus, a specific clinical picture, represented on a Cartesian plane, shows a variable, irregular behavioural curve. The negative values of the symptoms of disease, intensifying in pathological behaviour (in progressive and potential gradations), are represented on the ordinate axis (y-axis), while, in the opposite direction, the positive values determined by the remission of symptoms are represented (in progressive and potential gradations) showing adaptive, more functional behaviour. On the abscissa axis (x-axis), on the other hand, our observation of the subject is represented in a time t . The succession of possible events is assessed in relation to the subjects' perception of positive or negative stimuli, which may affect the symptoms of the

disease. In practice, we can assess the value of relationships by measuring the remission or the intensification of symptoms (y-axis) in time t (x-axis). On certain levels, with values determined by the type of perceived and acted relationship, we can display more receptive behaviour, even deliberating a reaction to some meanings, and with them taking form momentarily. This is possible if the subject's environmental influences are positive (unlike the meanings attributable to the disease) enabling the symptoms to be attenuated with behaviour that fluctuates more towards normality.

In contrast, on different levels, subjects may appear to be more 'free' to follow the rules that the condition imposes (or they believe should impose, subjecting themselves to it). The symptom is present as a dependent variable (dependent on the stimulus or relational event), while the positive or negative stimulus in the chosen relationships is present as the independent variable which can be manipulated by the psychiatrist (in such a way as to affect the dependent variable).

Thus, there could be 'no doubt that he was ill with schizophrenia (...)' The problem was that this fact (...) became, in effect, a conflicting opinion (...): on the one hand, Fabrizio was dangerous (...) condemned to isolation (...) on the other, (...) he could go to the bar for a coffee and have company' (Colucci, 2013, p. 7). Fabrizio was ruled by his mental condition in the perception of staff of the facility who based their perception on the diagnostic schema, a schema which rigidly delimited expected behaviour. On the other hand, Fabrizio could be accompanied out of isolation by a psychiatrist (Colucci) able to see (reason and act) beyond the bounds of the given schematization. This example of a helping relationship, where the therapist accompanies the patient in a simple daily task (entering a bar) is anything but obvious. The possibility is only *apparently* simple. Health personnel deems such a relationship to be neither possible, nor desirable, and yet is a concrete (and desirable) possibility through the construction of mutual trust (*relational and personal*) with a therapist present notwithstanding the diagnostic and psychotherapeutic implications: 'What I was able to do with Fabrizio was to untie him every time I was on duty in the ward, trying to remain next to him, even in silence, a situation that Fabrizio appreciated, never taking his eyes off me' (Colucci, 2013, p. 6). In practice, Colucci created an opportunity for himself, naturally, insofar as the patient's system of possibilities allowed.

Of course, it remains to be seen whether another psychiatrist would have stimulated the patient using the same method of operation (in deciding to act as he did) but, even if this were the case, would he or she necessarily have obtained the same result? Furthermore, how controllable are relational pathways in the immediacy of choices which, notwithstanding Colucci's achievement, could prove to be wrong? We have touched on these issues and will, in part, take them up again. For now, the point is that the contrast-

ing opinion described above in relation to Fabrizio as ‘object’ of his disorder, on the one hand, and on the other ‘subject’, regardless of the stigma of the disorder, does not mean taking as granted a tendentially unchangeable schematization. In fact, ‘the first opinion carried more weight than the second’, making ‘schizophrenia as a peremptory and undebatable argument work’ (Colucci, 2013, p. 7). We could concur with Heisenberg (1984) that in considering a single state of a system we should not lose sight of what the system could represent under a different state. This would mean rediscovering a *continuity of action* - anything but an insignificant achievement and favoured by the relational approach.

Importance of a valid relational dimension

There is a problem in the painting of ‘a picture characterised by kindness but also by haste, in the wish to ‘rush’ the matter through, interactions determined by the protocols of risk assessment, in which the psychiatrist’s questions reflect a somewhat chilling routine’ (Galeazzi & Curci, 2007, p. 48). A lack of familiarity with relationships is evident, underlining at the same time how certain evolutionary changes, ‘produced by a deep empathic relationship, have a greater chance of remaining stable and effective over time, compared even to the effects of drug therapy alone’ (Disanto, 2009, p. 58). In short, ‘relational therapy’ can be more effective than drug administration (Disanto, 2009). Besides, if a figure of attachment is indispensable to enable an individual to acquire certain answers and a certain trust (Bowlby, 1998) during the course of a lifetime, the value of relationship in psychiatric intervention should not be underestimated. In psychiatry, the pharmacological, and even more importantly the diagnostic dimension should not be at expense of the relational dimension, concealing aspects that should be highlighted. The presence of certain ‘technical’ prerequisites, to circumscribe the role of the psychiatrist, *does not necessarily in itself* delimit the establishment of an adequate helping relationship, due to abilities not strictly speaking attributable to theoretical and methodological knowledge. Not surprisingly, even in psychotherapy, ‘the technique’ can be secondary to ‘the therapeutic relationship’ (Clarkson, 1989, p. 39).

To better reflect on the issues involved in a helping relationship we will transfer the semantic field of teaching, where relationships are foundational, to psychiatry. The reason is that, in both cases, we may operate a relational procedure capable of *training* the individual.

Our first point concerns educators’ professional development. Our task is to find a specific reference model while at the same time being aware that we cannot reduce educational work to a rigidly pre-formed schema (Demetrio, 1990; Tosco, 1993). It is ‘necessary for the educator (...) to get

personally involved on pain of a sterile interpersonal relationship' (AIEJI, 2011, p. 7). The educator, not to be considered the only actor in the educational process, draws attention to the educator-educatee dyad, moving past the asymmetry of common intentionality (Stella, 2002). A relationship, therefore communication, which must be substantiated by enhancing our ability to listen to those who relate their story in verbal or non-verbal language (Disanto, 2009).

At this point, we must ask ourselves how compliant would psychiatrists be to such requests. Would they consider them? Or would they be *out of the habit* of adopting such an approach, if we think of relationship as an average between two extremes (Stella, 2002)? This is in the acting out of an inter-subjective 'truth' which, although connected to a theoretical-clinical model, remains bound to the relational context (Ceruti & Lo Verso, 1998). The 'educational event is above all a *relational* event', it does not 'concern (...) a single subject (...), but (...) involves both poles of the relationship' (Iori, 2000, p. 109). We should 'always begin with the concept of relationship to understand education as a relationship between subjects, and pedagogy as an area of knowledge that studies interaction among subjects within this specific relationship' (*Ibid.*). A relationship, and an educational concept which are connectable to the dynamics of therapy, such as, the acceptance of the other as a means of mutual recognition and influence (Calonghi, 1976). Of course, the psychiatrist may not (want to) assume a 'pedagogical' role, but a relationship still exists, if only in conducting an interview functional to prescribing drug therapy (possibly scaling down or increasing). The relationship, being present, and influencing the patient, possibly beyond its expressed intention, may prove inadequate. The patient may trust the therapist, but if this trust is not suitably 'recognised' the interview will be a weak crutch, ready to vanish in the hours following the psychiatric relationship. This relationship is not 'educational'; it passes the burden of the patient's problems on to drug therapy, unable to bear the responsibility.

We are obviously in the realm of implicit meanings, that is, psychiatrists need not openly disavow the figure of the patient, on the contrary, they can be welcoming and helpful. However, if the end purpose of the interview is drug therapy nothing valid can be co-constructed between the actors involved. It may be that the patient shows momentary satisfaction in binding himself to the (*perfectible*) *therapeutic relationship*, administered by someone the patient considers (or wants to consider) significant, but finds something lacking once the positive (and momentary) effects of the psychiatric encounter are concluded.

The concept of relationship should not be taken for *granted*. It is no coincidence that 'until the beginning of the twentieth-century pedagogical focus was on the predominance of the teacher role (...) and, when attention began to shift to the learner (...), it continued to be considered in terms of

singularity', that is 'in its psychological or functional characteristics (...), generally leaving the *relational and interactive elements* between teacher and learner in the background' (Iori, 2000, p. 109). It is only 'in more recent years' that 'importance has begun to centre on the learner's interaction with the teacher and pedagogical interests have turned more to the transaction, the relational exchanges that occur in the educational relationship', so that 'understanding education as a *relationship* presupposes the use of new interpretative tools and new hermeneutic categories' (*Ibid*, pp. 109-110). Of course, each 'person 'is-with-others' inevitably existing in a network of relations and relationships' (*Ivi*, p. 110). However, we need to know how to manage a satisfactory relationship: both actors, enabled by meeting each other in a fertile way (Stella, 2002) are involved in defining its end.

Mutual motivation is essential, and to be co-constructed based on the gradual consolidation of previous knowledge. But what knowledge can be derived from a weak relationship? Not by chance does 'meaningful learning' depend 'on the adequacy of previous knowledge' (Novak, 1998, p. 37), for a dialogue that forms the basis of a story to be co-constructed in an 'organized manner on a narrative base' (Bruner, 1990, p. 54). Through the dynamics above, if 'the interest of the teaching profession' is aimed at 'the construction and improvement of personal identity' (Zanniello, 1992, p. 58) can psychiatrists not show an interest in the relational dimension? This dimension naturally starts with their role (the intention of re-forming a positive identity), and, in any event, with their willingness to '*deconstruct* their point of view' (Nicoli, 1994, p. 76) given that 'a large part of the success of a formative action is played out on a '*subjective or relational level*' (*Ibid*, p. 75). Therefore, the deconstruction is based on an observation conceivably free from diagnostic (and pharmacological) schemas.

It is clear that if psychiatrists fail to *form the habit* of delineating a helping relationship, how will they adequately 'support themselves' and support the patient in the scaling down of drug therapy? If individuals are to 'overcome their *status*', it would seem 'pathological, inhuman' (Braido, 1967, p. 63) if this state 'were to last beyond what is strictly necessary'.

How often can the patient feel qualified to assume a role defined by the absence of a relationship? Or defined as such by the lack of mutual knowledge? In other words, how many times can the patient intentionally accentuate or inhibit certain deficiencies? And how many times can the psychiatrist fall into the trap of missing a relationship? How is it possible to educate, *i.e.* lead the patient towards not insignificant possibilities (perhaps 'educating' on the 'causes' for the disorder), if educating presupposes a 'meeting of people' (Bertagna, 1991, p. 216)? If these people remain fixed on a system of values centred more on '*having* than on *being*' (Fromm, 1976), could it not be that patients transfer their action to the possession of the drug? Could it be that with the help of the psychiatrist the patient may

be encouraged not to take responsibility for himself, happy to have an easy-to-apply pre-programmed model? In this case, what formative event could be provided?

Keeping in mind ‘that an interactive effect between extrinsic and intrinsic motivation is more likely’ (De Beni & Moè, 2000, p. 36), it is important ‘in addition to reinforcement (...) to recognise the authority of the person who rewards or punishes, the perception of self-efficacy, the concept of self and all cognitive and emotional processes’ (*Ibid.*). Motivation is, therefore ‘a set of subjective experiences, of intrinsic or extrinsic origin, such as goals, expectations, emotional processes, values, personal interests, attributions’ (*Ibid.*, p. 37). To what extent, are these processes linked to the figure of psychiatrists? What are their expectations? Do psychiatrists take advantage of their authority to motivate the patient to form a relationship? Do they encourage the patient (and themselves) in their intention to seek non-pharmacological recognition? Is it not true that attributions are generally drug centred? Or, centred on an insignificant, quick, rushed relationship, which may be welcoming but is, in any event, based on semantic sharing that may be no more than mere courtesy? If motivation ‘is increasingly considered the fruit of goals, expectations, cognitive elements, and not of external driving forces’ (*Ivi*, p. 44), it is appropriate that even external reinforcement is created and strengthened based on a mutually recognised relationship which sets conditions to ensure that *that particular reinforcement* (and not another) can be implemented. Reinforcement is thus created in a spontaneous and non-artificial way, the consequence of a particular relationship, *i.e.*, of the particular semantic construction of the *personal* possibility systems of agent subjects. It is not by chance that ‘motivation can no longer be considered as if it were only based on mechanistic models, such as reinforcement, but must also refer to constructs in which the role of the subject’s interpretation of the situation is pointed out’ (*Ibid.*, p. 49). But what interpretation can the actors involved make based on what has been expressed so far? If the interpretation is centred on the psychiatrist, will it not refer to fixed, univocal canons of reasoning, pre-established by the major diagnostic manuals? Will this interpretation not in turn influence the patients’ interpretation, causing them to fall into the drug trap? Or, into descriptive and non-etiological schemas? Could it not be the case that expectations are attributable to the method, to the evaluation parameters of a particular theory, a theory which too often comes under the currently accepted paradigm (pharmacological and diagnostic). Therefore, if motivation for the relationship is essential, and if motivation can be ‘improved and modified through appropriate training or stimulation via the environment’ (Moè, 2010, p. 13), we need to ask ourselves what kind of relationships psychiatrists can have in the environment in which they move (based on the current paradigm). If ‘many motivations converge in a system of beliefs that

direct not only behaviour, but also how reality is perceived and interpreted' (*Ivi*, p. 15), our interpretation will refer back to a system of beliefs connected, more or less implicitly, to the diagnostic manuals, and therefore to a schema of reasoning that is defined by these beliefs (based on previous evaluation parameters).

Therefore, we need to clash with the rules that the paradigm imposes, disconfirming motivations, thought processes, beliefs, and explanations. Recognizing that behavioural fluctuation is possible enables us to not trace it back to the presence or absence of drug therapy. The relational process will be relevant by being 'made up of people who believe in the potential of the other (need for relationship)' (Moè, 2010, pp. 171-172). In this way, we can argue that 'reinforcement (...) reinforces and motivates those who give it rather than those who receive it' (*Ibid.*, p. 184). This does not mean that we consider the helping relationship to be a panacea for all ills. Along with the positive aspects, we need to point out the negative aspects. If the personal identity of those who conduct a helping relationship contributes the basis of their professionalism (Stella, 2002); if an important component is empathy, based on the ability to recognise the emotions and feelings of others, and understand different points of view (Disanto, 2009); if psychiatrists can use combine their competence and knowledge with their sensitivity in making on-the-spot decisions concerning whether procedural competence can merge with purely personal characteristics, with a substratum of values, or a specific personality, at this point the unknowns make it difficult to 'objectify' the relational task with a variety of psychiatrists (and a variety of educators), even with the same (hypothetical) patient. If the particular characteristics of a psychiatrist prove essential for the harmonious development of the relationship, if a psychiatrist needs to indicate to himself and others not only macroscopic characteristics but also the most minimal of meanings of the situation experienced, and if all this proves indispensable for the construction of a meaningful relationship, it is not simply 'technical' knowledge that proves to be relevant; what is (probably more) relevant is the *subjective* quality which is more challenging to evaluate. In the constitutive processes, the latter quality may not easily be subject to the control required for regulation of the helping relationship which would allow 'objective' scrutiny, and enable the creation of potentially replicable situations in their capacity for being intersubjectively controllable.

Conclusions

The subjects discussed have referred to the invalidity of the method, placing an unjustifiable dividing line between what the patient represents and what is delimited in the diagnostic rules.

At the same time, the lack of validity of the relational ‘method’, defined by the psychiatrist’s *personal* procedural norms, has been shown: norms that define the psychiatrist’s personal reference system, unmediated by adequate theoretical and methodological rules; in short, with the difficulty of making relational proceedings organic, homogeneous, and subject to inter-subjective control.

If the technological paradigm is based on descriptive schemas and a reductive causal relationship, in a fragmentation of the patient detached from an adequate level of analysis (Bracken *et al.*, 2012), we must reaffirm Wakefield’s point (2010) about the need to not focus exclusively on certain symptoms, not regardless of a thorough examination of the patient’s experience, to make the boundaries between normality and pathology less blurred. In short, the psychiatrist should not be content with observations limited to what seems already decided concerning behaviour, or limits of character, thus presenting caricatural elements (Stoppa, 2013). If neuroscience research is profitably shifting towards boundaries that are not yet definable (Bracken *et al.*, 2012), then a paradigm variation would be desirable. We have not neglected ‘the fundamental epistemological issues that are at the heart of our models’, for a ‘technological paradigm’ that has underlined the ‘tendency towards the medicalisation of daily life which in turn is associated with the expansion of the psychotropic drug market’ (Bracken *et al.*, 2012, p. 11). At the same time, we have given adequate visibility to epistemological questions which are *not relevant* to the technological paradigm. Therefore, if, in the first instance, we identified the deficiencies of a method incapable of defining adequate control over the disorder, and therefore over the patient, in the second instance, the shortcomings and the implications of a method centred on relationships with patients were identified, possibly defining inadequate control over the relationship, and again over the patient.

The dynamics may prove important as a means to escape from an increasingly inadequate paradigm. Some research has set at a negligible level the difference between drug therapy (diagnosis-oriented) and placebo, and, the negative consequences that psychotropic drugs can bring in their wake (Bracken *et al.*, 2012). However, we must not simply focus on the diagnostic aspects (and, consequently, on possible pharmacological effects) or, in the desire to escape an unstable paradigm, *on the mere diagnosis/relationship polarity*. We need to focus on questioning the arbitrariness that may be enacted *regardless of* certain polarities, as well as on stimulating clinical research.

REFERENCES

- AIEJI. (2011). *Le competenze professionali dell'educatore sociale*. Piattaforma concettuale (versione in lingua italiana). International Association of Social Educators, retrieved at: aieji@anep.it
- Allò, A. (2014). Valore epistemologico del colloquio terapeutico. *Epistemologia*, 37(2), 289-302. doi:10.3280/EPIS2014-002008
- Allò, A. (2017). Psicoanalisi: una valutazione dei principi teorici e metodologici. *Rivista di filosofia Neo-Scolastica*, 109(1), 3-33.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Association [trad. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014].
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press [trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1984].
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press [trad. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987].
- Benedice, R. (2013). Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica. *Aut aut*, 357(1), 187-211.
- Bertagna, G. (1991). Collegialità e individualità nella professione docente. In Acone, G., Agazzi, A., Bertagna, G., Bertoldi, F., Chiosso, G., Garancini, G., Giffoni, E., Serpico Persico, L., & Vico, G. (Eds.), *Dimensioni attuali della professionalità docente*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base*. London: Routledge [trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989].
- Bracken, P., Thomas, P., Timini, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-34. doi:10.1192/bjp.bp.112.109447. [trad. it. Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(1), 9-22, 2013. doi:10.3280/PU2013-001002].
- Braido, P. (1967). *Filosofia dell'educazione*. Zürich: PAS-VERLAG.
- Bruner, J. (1992). *Acts of meaning*. Cambridge (Mass.) - London: Harvard University Press [trad. it. *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri].
- Calonghi, L. (1976). *Valutazione*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Carli R., a cura di (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Ceruti, M., Lo Verso, G. (1998). *Sfida della complessità e psicoterapia*. In Ceruti, M., Lo Verso, G., a cura di, (Eds.), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt counseling in action*. London - Newbury Park - New Delhi: SAGE Publications [trad. it. *Gestalt counselling*. Roma: Sovera, 1992].
- Colucci, M. (2013). Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica. *Aut aut*, 357(1), 5-20.
- Cornoldi, C., a cura di (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Corradini, A., Crema, S., Lupo, M., & Saviane Kaneklin, L. (2011). *Etica e deontologia per psicologi*. Roma: Carocci Editore Studi Superiori.
- De Beni, R., & Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Dell'acqua, P. (2013). Se la diagnosi non è una profezia. *Aut aut*, 357(1), 59-76.

- Demetrio, D. (1990). *Educatori di professione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Disanto, A.M. (2009). La costruzione della relazione educativa. *International Journal of Psychoanalysis and Education - IJPE*, 1(2), 49-88.
- Di Vittorio, P. (2013). Malati di perfezione. *Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM. Aut aut*, 357(1), 37-58.
- Feyerabend, P.K. (1975). *Against method*. London: NB [trad. it. *Contro il metodo*. Milano: Feltrinelli, 2005].
- Frances, A. (2010a). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*; February 11 [trad. it. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 251-62].
- Frances, A. (2010b). DSM in philosophyland: curiouiser and curiouiser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAPPP)*, 2, 21-25 [trad. it. Il DSM nel paese della filosofia. *Aut aut*, 357(1), 99-112, 2013].
- Freud, S. (1911). Il caso di Schreber. In *Opere 1905-1921*. Roma: Newton Compton, 1992.
- Fromm, E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row [trad. it. *Avere o essere?*. Milano: Mondadori, 1977].
- Galeazzi, G.M., Curci, P. (2007). Una controversia di trent'anni: Rosenhan, la diagnosi psichiatrica e il rapporto utenti-operatori. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI(1), 39-58.
- Galli, P.F. (2014). Editoriale. L'anatra zoppa: DSM-5 e crepuscolo del diagnosticismo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVIII(4), 567-76. doi:10.3280/PU2014-004001.
- Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? *Esprit* novembre 2011 [trad. it. La psichiatria biologica: una bolla speculative? *Aut aut*, 357(1), 143-64, 2013].
- Heisenberg, W. (1984). *Ordnung der Wirklichkeit*. In Blum, W., Dürr, H.P., Rechenberg, H., a cura di, (Eds.), *Gesammelte Werke* (pp. 217-306). München: CI Piper [trad. it. *Indeterminazione e realtà*. Napoli: Guida, 2002].
- Iori, V. (2000). *Filosofia dell'educazione. Per una ricerca di senso nell'agire educativo*. Milano: Guerini.
- Iorio, G., Iorio, N. (2016). Il paradosso della nosografia psichiatrica del XXI secolo. *Modelli della mente-Open Access*, 1, 60-72.
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag [trad. it. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1964].
- Kagan, J. (1998). *Three seductive ideas*. Cambridge-London: Harvard University Press [trad. it. *Tre idee che ci hanno sedotto*. Bologna: Il Mulino, 2001].
- Kant, I. (1787). *Critica della ragione pura*. Milano: RCS, 1996.
- Laing, R.D. (1959). *The divided self*. London: Tavistock Publications Limited [trad. It. *L'io diviso*. Torino: Einaudi, 2001].
- Laudan, L. (1977). *Progress and its problems. Towards a theory of scientific growth*. Berkeley: University of California Press [trad. it. *Il progresso scientifico*. Roma: Armando, 1979].
- Marsonet, M. (1997). *La verità fallibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Maslow, A.H. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand Company [trad. it. *Verso una psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Migone, P. (2011). Presentazione dei principali sistemi diagnostici in psichiatria e alcune riflessioni sul problema della diagnosi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXV(2), 19-40. doi:10.3280/RSF2011-002003.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(4), 567-600. doi:10.3280/PU2013-004001.
- Migone, P. (2015). Le due facce della psichiatria. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXIX(2), 49-65. doi:10.3280/RSF2015-002006.
- Moè, A. (2010). *La motivazione*. Bologna: Il Mulino.
- Nicoli, D. (1994). La progettazione formativa nella formazione professionale. In Cortellazzi, S., Nicoli, D., & Vergani, A. (Eds.), *La formazione professionale. Problemi e prospettive*. Brescia: Editrice La scuola.
- Novak, J.D. (1998). *Learning, creating, and using knowledge: Concept Maps as facilitative*

- tools in schools and corporations*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, In. [trad. it. *L'apprendimento significativo*. Trento: Erickson, 2001].
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations [trad. it. *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008].
- Putnam, H. (1990). *Realism with a human face*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press [trad. it. *Realismo dal volto umano*. Bologna: Il Mulino, 1995].
- Rogers, K.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin [trad. it. *Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Saraceno, B., & Gallio, G. (2013). Diagnosi, 'common language' e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale. *Aut aut*, 357(1), 21-35.
- Sciacchitano, A. (2013). La diagnosi statistica. *Aut aut*, 357(1), 245-50.
- Spitzer, R.L. (2011). Psychological warfare: The DSM-5 debate. *HCPLive*; February 25 [trad. it. Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 248-50, 2011. doi:10.3280/PU2011-002007].
- Spitzer, R.L., & Frances, A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 247-62. doi:10.3280/PU2011-002007.
- Stella, A. (2002). *La relazione educativa. Complessità, transazione e intenzione nel rapporto educatore-educando*. Milano: Guerini e Associati.
- Stoppa, F. (2013). Un sintomo smarrito. A proposito della diagnosi borderline. *Aut aut*, 357(1), 251-265.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company Inc. [trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1975].
- Tosco, L. (1993). *Professione educatore*. Milano: FrancoAngeli.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19(4), 337-51. doi:10.3109/09638237.2010.492418 [trad. it. Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV(3), 295-314, 2010. doi:10.3280/PU2010-003001].
- World Health Organization. (1992). *Classification of mental disorders and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines; ICD-10*. Geneva: WHO [trad. it. *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson, 1992].
- Zanniello, G. (1992). I problemi scolastici del 'rientro'. In: Zanniello, G., a cura di, (Ed.), *Interculturalità nella scuola*. Brescia: Editrice La Scuola.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received for publication: 20 March 2020.

Accepted for publication: 20 March 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021
 Licensee PAGEPress, Italy
 Ricerca Psicoanalitica 2021; 277
 doi:10.4081/rp.2021.277

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

Il processo diagnostico e relazionale in psichiatria. Validità epistemologica tra normalità e patologia

Alfio Allò*

SOMMARIO. – Il presente lavoro vuole definire la bassa rilevanza epistemologica che il metodo assume in psichiatria. Si sono dunque circoscritte differenti problematiche, presenti all'interno del rapporto terapeuta-paziente. Problematiche che si rappresentano nell'etichettamento diagnostico, nel frazionamento del sistema di possibilità del paziente e nell'impossibilità di controllare le differenze fra i terapeuti, per quanto di soggettivo può emergere nella relazione terapeutica. Questioni che richiedono una valutazione in funzione della ricerca clinica, nella possibilità di trovare una linea di continuità fra normalità e patologia, non esistendo peculiarità comuni rintracciabili solo tra i pazienti. In pratica è possibile osservare una fluttuazione fra un comportamento maggiormente adattivo e un comportamento maggiormente disfunzionale, sia all'interno di un quadro patologico sia all'interno di una cosiddetta normalità. Una fluttuazione basata su un impianto relazionale, più o meno adeguato, che caratterizza entrambe le dimensioni, segnando un *continuum* nel passaggio fra normalità e patologia. In effetti un impianto che può indebolirsi fino a decifrarsi nella patologia. A partire da tali osservazioni è possibile giustificare il paziente al di là degli aspetti tipicamente circoscritti dalla malattia mentale. Una questione che può definire una visione maggiormente comprensiva delle possibilità del paziente, quindi ponendo una valutazione maggiormente oggettiva, in tal modo decostruendo in parte il processo di frammentazione riferibile all'etichettamento diagnostico.

Parole chiave: Etichettamento; frazionamento; giudizio soggettivo; metodo; relazione; ricerca clinica.

Introduzione

La diagnosi consente di osservare il paziente sulla base di un particolare impianto cognitivo (Migone, 2011). Un impianto che Kagan (1998) ha decifrato nel senso di una classificazione diagnostica parziale, tale da condizionare la terapia, mentre Laing (1959) ha sottolineato il presentarsi di catego-

*Alfio Allò, collaboratore esterno del Laboratorio di Psicologia e Scienze Cognitive dell'Università di Genova. E-mail: alfio.allo@gmail.com

rie mentali preconcepite che influenzano la relazione terapeuta-paziente. Viene così a porsi un etichettamento diagnostico che può inibire quella che definiremo come una 'relazione d'aiuto' gestita dallo psichiatra.

Una relazione da distinguere rispetto ad un approccio psicoterapico, nella possibilità lo psichiatra faccia *anche* psicoterapia. Verranno così tralasciate le problematiche relazionali della psicoterapia, per quanto rilevato ad esempio da Allò (2014, 2017). Verranno d'altronde tralasciate le problematiche deontologiche vincolate alle caratteristiche relazionali del rapporto terapeuta-paziente (Corradini, Crema, Lupo, & Saviane Kaneklin, 2011). Una relazione d'aiuto inoltre da distinguere rispetto ai riferimenti utili ad esplorare una specifica forma d'intervento. Verrà quindi tralasciata la costruzione di una domanda che può definire il rapporto fra paziente (committente) e terapeuta (Carli, 1993; Carli & Paniccia, 2003).

Sia presente o meno un approccio psicoterapico, o un modello di preparazione per uno specifico intervento clinico, è possibile si ponga in psichiatria una relazione d'aiuto che deve essere interrogata. Verrà quindi rilevata una prassi diagnostica da contrapporre ad un orientamento relazionale, mostrando implicazioni potenzialmente utili alla ricerca clinica.

Validità del metodo

Sciacchitano (2013) ha sottolineato la debolezza epistemologica della psichiatria, che del 'rigore' della medicina ha solo l'apparenza esteriore, in effetti ponendosi una linea di demarcazione non accettabile rispetto a quanto dovrebbe definirsi come 'scienza'. Viene così a delimitarsi un margine labile fra le regole del metodo e quanto l'oggetto di studio può rappresentare al di là di tali regole, nelle discrepanze agite rispetto al metodo.

Naturalmente dobbiamo intendere un concetto di 'scienza' perfettibile, comunque *decidibile*, per osservazioni (sempre limitate) che dovrebbero contenere la possibilità di produrre alternative utili a variare (o abbandonare) il metodo. Tutto ciò *decidendo* della validità delle ipotesi di lavoro, in funzione di una loro modifica. Non si critica dunque la possibilità di fare diagnosi, piuttosto si criticano parametri di valutazione *più limitati del dovuto* nella difficoltà ad *ottimizzare* il metodo. Si definisce pertanto una pregiudiziale epistemica nella mancanza di un valido controllo sull'oggetto di studio, tramite ipotesi di lavoro passibili di essere ottimizzate nella definizione del metodo.

Va così sottolineato che il *Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali* (DSM-5) non si occupa del singolo individuo, ma di un insieme di individui, proponendo valori statistici per gruppi omogenei di popolazione, in tal modo adottando una linea d'intervento *tecnologica*, per interessi vincolati alle terapie farmacologiche e alle compagnie assicurative

(Sciacchitano, 2013). Inoltre, se è vero che una diagnosi può porsi in maniera differente sulla base delle varie correnti psicoterapiche (Migone, 2011), è anche vero che una frammentazione del paziente già si pone all'interno dei maggiori sistemi diagnostici. Sistemi analizzati, fra gli altri, da Migone (2011), si voglia il DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2013), l'ICD-10 - *Classificazione Internazionale dei Disturbi Psicologici* (World Health Organization, 1992) - o il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006).

Ponendosi problematiche condivise dai maggiori manuali di riferimento Sciacchitano (2013, p. 250) può ad esempio decifrare il PDM come una «stanca imitazione» del DSM, non fondandosi la psicoanalisi su un nesso causale giustificato fra ciò che si *vorrebbe* come inconscio e ciò che si *descrive* con il sintomo. Naturalmente ogni sistema diagnostico si pone ad osservare una parte di 'realtà' (Migone, 2011), ma va sottolineata una categorizzazione già limitata nelle proprie premesse (per ipotesi di lavoro *più limitate del dovuto*), tesa a frammentare il paziente nelle descrizioni date (per diagnosi che colgono un frammento eccessivamente limitato del paziente), nell'incapacità di ri-definirlo (ricomporlo) sotto un profilo maggiormente comprensivo. Osservazioni che nel fermarsi su singoli elementi comportamentali non riescono quindi a 'ricostruirsi' su un livello d'analisi sovraordinato. Questo non semplicemente nel labile confronto fra i punti di vista dei differenti sistemi, piuttosto per quanto ogni sistema già definisce nelle regole che lo circoscrivono, nell'incapacità di produrre un profilo maggiormente rispettoso di quanto il paziente può rappresentare al di là dell'etichettamento diagnostico. Infatti la «pretesa stabilità e coerenza dei sistemi diagnostici è (...) un delitto di superbia in quanto scotomizza la fluidità, occulta il dubbio, asserisce la certezza» (Saraceno & Gallio, 2013, p. 27).

Certo, i limiti appena definiti non escludono un'attendibilità riferibile alla concordanza diagnostica che differenti psichiatri possono avere su uno stesso paziente, anche nell'ipotetico ripetersi del processo diagnostico, ma il problema è che una diagnosi può continuare a rivelarsi errata (Migone, 2013). In pratica i DSM hanno alzato «l'attendibilità, che precedentemente era bassissima, ma non (...) modificato la validità delle diagnosi, che restano semplici convenzioni» (Migone, 2013, p. 572). Infatti il paziente può essere contemporaneamente 'decifrato' attraverso differenti diagnosi (Migone, 2013). D'altronde, nell'ammettere ipotesi di lavoro più limitate del dovuto, è possibile sottolineare che nonostante «lo sbandierato rigore scientifico (...) gli psichiatri non saprebbero distinguere in maniera rigorosa una malattia dalla normale sofferenza quotidiana» (Migone, 2013, p. 579). È vero, con il DSM-5 si sono inserite forme dimensionali utili ad osservare il paziente nelle proprie modificazioni quantitative (personalità, cognizione, umore...), così *avvicinando* la malattia ad una cosiddetta 'normalità', ma questo non significa aver tralasciato un punto di vista (teorico e metodolo-

gico) che si definisce nella descrizione della malattia, non nella definizione delle cause che potrebbero fondarla negli elementi costitutivi (Migone, 2013). Se dunque il DSM-5, come i precedenti DSM, rivela tale incapacità, sarebbe stato meglio per il DSM-IV-R «fermarsi lì bloccando la logica implicita (ed esplicita) del metodo (...) perché ormai sarebbe bastato un passo in più per far emergere la inadeguatezza della sua epistemologia» (Galli, 2014, p. 568).

Un problema dunque si pone, soprattutto nel pensare che la progressione (inadeguata) dei DSM è dovuta alle regole (inadeguate) che più in generale definiscono oggi l'approccio psichiatrico (Di Vittorio, 2013). Non a caso «se due clinici usano strumenti diversi (...) può accadere che giungano a valutazioni diverse» (Cornoldi, 2007, p. 79).

Diventa allora opportuno sottolineare che sulla base del paradigma attuale lo «studioso (...) smette di indagare, esplorare, tentare di conoscere il complesso sistema che sottende le manifestazioni psichiche normali e patologiche, rinuncia a vivere una relazione terapeutica con l'altro, evita il lavoro di autoriflessione», in tal modo «diventando (...) un professionista che si estranea dal sistema relazionale, nel quale è inevitabilmente coinvolto» (Iorio & Iorio, 2016, p. 64). Ciò che conta diventa così ricavare una diagnosi dalla descrizione dei sintomi osservati. Un compito che per il terapeuta si rappresenta con un automatismo carente nel riferirsi ad informazioni (inadeguatamente) pre-costituite dai manuali di riferimento (Iorio & Iorio, 2016). Questioni da osservare, fra l'altro, all'interno di un «riduzionismo biologico (...) camuffato sotto le mentite spoglie di una moderna veste scientifica. Con esso sembra quasi celebrarsi un addio alla psicopatologia (...) alla relazione terapeutica» (Iorio & Iorio, 2016, p. 67). Non che si voglia «negare l'importanza della ricerca biologica in psichiatria, ma contestare la dimensione epistemologica distorta che la sostiene» (*Ibid.*). Insomma, la confusione dell'unione (estremamente limitata) fra concetti 'biologici' e 'psichici' viene trasferita al livello di ciò che si vorrebbe come 'scienza', per linee di demarcazione (e di identificazione) tutt'altro che adeguatamente definite.

Non a caso possiamo decifrare una diagnosi che impone uno stigma *non giustificato* al paziente, mancando un nesso causale condivisibile. Non solo. Possiamo decifrare una diagnosi che lascia libero il paziente di auto-imporre tale stigma sulla base di definizioni assunte arbitrariamente, non esponendo più al terapeuta il proprio malessere, nel complesso dei sintomi *supposti* adatti a descrivere la malattia, piuttosto esponendo senza alcuna mediazione (senza cognizione di causa) l'etichetta (*creduta*) adatta a rappresentare lo stato morboso (Iorio & Iorio, 2016).

A questo punto dobbiamo iniziare a delimitare una differente questione, considerando il sistema relazionale nel quale lo psichiatra è inevitabilmente coinvolto. Sistema che può essere indebolito dall'impianto diagnostico, ma

che può anche rappresentarsi con tematiche proprie. Ad una diagnosi che impone un etichettamento labile, frammentando inadeguatamente l'individuo nelle descrizioni date, dobbiamo dunque aggiungere una problematica *relazionale*. In effetti, se è vero che il rigido schematismo dei manuali di riferimento può ammettere un arbitrio inadeguato, ovvero una capacità di giudizio inadeguata, è anche vero che un arbitrio inadeguato non viene escluso sulla base delle caratteristiche relazionali dei singoli terapeuti. Caratteristiche che hanno la possibilità di implementarsi all'interno del campo semantico circoscritto dalla diagnosi (e dalla relativa terapia farmacologica). In pratica, al di là della diagnosi (per schemi che tendono ad eliminare l'elemento relazionale), differenti psichiatri possono agire in maniera difforme verso i diversi pazienti (o su un ipotetico stesso paziente) sulla base delle caratteristiche *personali*. Un'azione che non può essere controllata dagli schemi diagnostici, non sistematizzati per un tale scopo. In questo senso dobbiamo chiederci se il 'metodo' relazionale è capace di produrre regolarità oggettive significative, con ciò controllando un'azione potenzialmente caratterizzata dalla libera scelta dello psichiatra. Possiamo quindi definire la mancanza di una validità epistemologica nel chiederci se lo psichiatra è messo nelle condizioni di ri-controllare la propria azione sulla base di norme procedurali - ipotesi di lavoro - intersoggettivamente controllabili, replicabili e decidibili. Una dimensione procedurale non esile perché nel mancare una validità epistemologica può essere data una validità terapeutica, nell'ottenere un adeguato risultato *relazionale*, ma *senza validità epistemologica non è possibile validare il risultato*, giustificandolo in base alla procedura attuata (nella possibilità che venga così replicato da altri terapeuti).

In effetti, se ammettiamo lo psichiatra nell'atto di non trascurare la relazione col paziente, ad esempio tramite colloqui non strutturati o nella condivisione di una specifica quotidianità, possiamo sostenere che agisce nella mancanza di un metodo condiviso e condivisibile, non decidibile nel basarsi su regole soggettivamente valide, dunque non adatte a controllare l'oggetto di studio. Ci siamo quindi spostati dalle regole del metodo diagnostico, non adatto ad una procedura relazionale, ritrovando regole non funzionali allo scopo, inadeguate ad eliminare le (possibili e *non necessariamente idonee*) differenze che possono innestarsi rispetto ai diversi terapeuti. Sarà chiaro che se le regole del metodo non possono controllare le differenze (potenzialmente arbitrarie) fra gli psichiatri, allora non possono nemmeno assumersi la responsabilità di controllare (adeguatamente) l'azione del paziente, visto che tale azione risulta riconducibile alle capacità soggettive dello psichiatra. Un'azione dunque riconducibile a quelle che possono anche mostrarsi come capacità inadeguate, a meno che non si vogliano le capacità *personali* degli psichiatri sempre adatte, o adattabili, agli scopi preposti (e al particolare paziente).

Si pone pertanto un'azione inadeguata nel voler seguire pedissequamen-

te il metodo diagnostico, d'altronde non escludendo un'azione (potenzialmente) arbitraria nel volersene emancipare, demandando (almeno una) parte del processo terapeutico alla relazione terapeuta-paziente. In pratica può strutturarsi un processo inadeguato nella possibilità dello psichiatra di basarsi sulla propria empatia, sulla propria sensibilità, sulla propria intuizione, comunque nella possibilità di porre osservazioni non mediate da ipotesi di lavoro riconducibili ad una precisa metodologia. Osservazioni che possono dunque mostrarsi non replicabili fra i differenti terapeuti, basandosi più su capacità personali che su un metodo deputato a regolare tali capacità. Naturalmente voler regolare le capacità succitate non significa volerle inibire, piuttosto consentendo si esplichino in maniera chiara e coerente, anche nella possibilità di ottimizzarle nelle regole su cui dovrebbero basarsi. Per fare questo tali regole devono però essere osservate in maniera condivisa e condivisibile nelle ipotesi applicate. Non si vuole quindi fare a meno delle capacità dei singoli terapeuti (ad esempio di un'empatia più o meno sviluppata), piuttosto volendo un metodo che, nel controllare il terapeuta, possa essere da questo anche, ed eventualmente, modificato, proprio nell'aver chiare le regole sulla base delle quali si agisce. Insomma, non si vuole una validità soggettiva (potenzialmente arbitraria) nella possibilità di sovrascrivere il metodo, bensì un metodo che possa permettere alla soggettività di esprimersi chiaramente, se necessario anche violando le regole che il metodo vorrebbe imporre (nella possibilità siano chiaramente definite). Nel mostrare come basilare l'importanza della relazione bisogna dunque anche mostrarla nei suoi elementi costitutivi, non necessariamente positivi.

Un primo problema si pone dunque nell'inscrivere l'individuo entro un etichettamento semplicistico (Maslow, 1962). Un etichettamento che l'autore riteneva indebolirsi, nella difficoltà a ritrovare nella realtà dei fatti un paziente così come pre-fissato dai testi di riferimento. Problematiche che invece continuano a proporsi nella difficoltà a spiegare il paziente con ipotesi valide sotto il profilo scientifico. Certo, Laudan (1977) ha posto non pochi dubbi sui percorsi della ricerca scientifica, non giustificandoli nella (mancata) possibilità di essere *esattamente* ricostruiti, ma rimane il fatto che in psichiatria i percorsi concettuali si pongono in maniera *più limitata del dovuto*. In effetti lo psichiatra agisce all'interno di un contesto in gran parte definito nella mancanza delle cause delle malattie, quindi nell'obbligo di un riferimento (eccessivamente limitato) al DSM o all'ICD-10, posti nel seguire una stessa dialettica (Wakefield, 2010). In tal modo «l'integrità concettuale dei criteri diagnostici rimane un problema affrontato ancora in modo così poco sistematico che a volte sembra che le diagnosi corrette dipendano dal caso» (Wakefield, 2010, p. 300). Infatti, come sottolineato da Frances (2010a, p. 251), è possibile «rubricare come malattia mentale molte varianti comportamentali normali, col risultato di minare il concetto stesso di 'disturbo mentale'». Inoltre, rispetto alle differenze fra una «prospettiva

dimensionale» e un «sistema categoriale», l'autore ribadisce che «la nostra disciplina non ha mai raggiunto un consenso su quali dimensioni scegliere e su come misurarle» (Frances, 2010a, p. 255). Una critica, verso il DSM-5, che è possibile ritrovare in Spitzer (2011) e in Spitzer e Frances (2011).

Il secondo problema fuoriesce invece da un differente, ma parallelo, ordine di fattori, nel considerare che ci sono «prove sempre più abbondanti (...) che una buona pratica psichiatrica richiede in primo luogo un impegno con le dimensioni non tecniche del nostro lavoro, per esempio quelle relazionali» (Bracken *et al.*, 2012, p. 9). Infatti gli psichiatri nella «propria esperienza quotidiana» utilizzano «tutta una serie di conoscenze induttive organizzate più o meno come *Gestalt* inconsce e preconscie di modi di agire col paziente», così definendosi «linee-guida dettate dall'intuito o dall'esperienza» (Migone, 2015, p. 50). Un procedere che, nel definire la qualità della relazione fra lo psichiatra e il paziente, si è mostrato poter incidere in maniera più significativa che non la terapia farmacologica (Migone, 2015). Non ci si può quindi limitare ad una diagnosi che fissa l'oggetto di studio, con ciò disumanizzando il paziente (Dell'acqua, 2013). Una diagnosi che tralascia la soggettività del paziente cancellandola per ragioni culturali, politiche, economiche (Benedice, 2013). A maggior ragione nel pensare che i disturbi mentali «sono costrutti che abbiamo inventato (...) Per esempio (...) non esiste un prototipo di 'schizofrenia' che possa essere spiegato grazie a un modello biologico» (Frances, 2010b, p. 101). Non a caso il paradigma descrittivo ha fallito nel delimitare un mutamento capace di indirizzare verso le cause della patologia (Frances, 2010b) e non a caso la «psicopatologia (...) presenta sovrapposizioni non solo per il suo modo di manifestarsi ma anche nella patogenesi. È probabile che ci siano centinaia di percorsi che portano alla schizofrenia» (Frances, 2010b, p. 103). Del resto, «al di là di (...) rari casi di legame causale, la genetica ha evidenziato solo dei fattori di rischio sempre piuttosto deboli» (Gonon, 2011, p. 146), peraltro ammettendo l'importanza dell'ambiente nello svilupparsi della patologia.

Nel considerare i limiti diagnostici suddetti, al contempo rilevando gli innegabili vantaggi di un approccio relazionale, come definire dunque il secondo problema, relativo agli aspetti non tecnici del lavoro dello psichiatra, dunque relativo all'impianto relazionale? Lo possiamo definire nel registrare una dimensione non valida nell'essere legata alle possibili differenze che i vari terapeuti possono implementare sulla base di capacità personali non necessariamente adeguate. È ad esempio possibile controllare, nello svolgersi del percorso relazionale, i processi induttivi succitati, riferibili alle dimensioni non tecniche del lavoro dello psichiatra? È possibile controllare processi organizzati su basi inconsce e preconscie, utili a formare determinate intuizioni, non necessariamente adeguate? È quindi possibile escludere la possibilità si stia agendo in maniera errata? Certo, una volta concluso un determinato percorso relazionale è possibile si osservi un risultato positivo,

ma questo significa escludere possa anche mostrarsi l'incapacità di costruire una relazione qualitativamente proficua? Dobbiamo dunque chiederci se il paziente è messo nella posizione di agire quella responsabilità di cui hanno parlato Beck (1976), Beck, Rush, Shaw, and Emery (1979) o Rogers (1942), così chiedendoci se è possibile delimitare la reale responsabilità - autonomia - del paziente rispetto al terapeuta. Questo nel prodursi di regole labili nel controllare la relazione terapeuta-paziente. Se in effetti la delimitazione che il terapeuta compie del paziente diventa personale, come definire il tipo di libertà, e di responsabilità, che il terapeuta *può lasciare* (o non lasciare) al paziente? Naturalmente una responsabilità che può anche mostrarsi adeguata, ma sempre nel legarsi alle personali capacità dello psichiatra, dunque *innalzandosi* la possibilità possa mostrarsi *anche* inadeguata. In psichiatria il processo inferenziale in effetti non consente *apparentemente* di violare determinate regole, nell'essere l'azione pre-determinata dagli schemi diagnostici, ma una violazione si pone nel momento stesso in cui subentra l'incognita data dalle scelte *personali* dello psichiatra, quindi per modifiche non giustificabili sulla base del metodo, quale esso sia, lo si voglia diagnostico (nell'incapacità di regolare le caratteristiche relazionali del terapeuta) o nell'ammettere un (supposto) metodo relazionale (nel basarsi sulle personali regole del sistema di possibilità dello psichiatra).

Schematizzazione del ragionamento

Se lo schema definisce quali informazioni devono essere circoscritte nel rilevare determinati effetti (sintomi), viene a porsi un problema nel ridurre fenomeni diversificati a un'etichetta diagnostica (Jaspers, 1959). Infatti la descrizione della patologia non può esaurire l'individuo nel suo complesso (Jaspers, 1959). Per questo risulta basilare ricercare un livello di analisi maggiormente comprensivo delle possibilità dell'individuo, quindi nella necessità di considerare che «in linea di massima, il nome che si dà a un quadro clinico non è di importanza vitale» (Freud, 1911, p. 511). La diagnosi deve essere dunque rilevata come un'ipotesi soggetta a prova empirica, nella necessità di poter essere riformulata (Beck *et al.*, 1979). Uno schema diagnostico dovrebbe quindi definire una schematizzazione provvisoria (Jaspers, 1959). Con il concetto di schema vengono in effetti presupposti dei confini, volti a definirlo come tale, che non è possibile esattamente delimitare. Non potendo porre dei confini in teoria non potremmo nemmeno parlare di uno schema, o meglio, possiamo parlarne, senza però pretendere di riuscire a dimostrarlo in quanto tale. Non se pensiamo con ciò di poter *realmente* riferire la nostra azione allo schema che crediamo attuare (Marsonet, 1997). In pratica non bisogna lasciare spazio a quelle forme che Kant (1787) ha posto in maniera rigida a categorizzare la realtà. In effetti l'individuo non fa altro che agire per ipotesi - pone

in atto un determinato *credere* - e questo è comunque vincolante (Feyerabend, 1975; Putnam, 1990). Il problema, nel domandarci se «vi sia una realtà delle cose in grado di determinare quale schema concettuale, tra quelli che ci sono così utili», possa risultare «realmente vero» (Putnam, 1990, p. 229), pone dunque una questione irrisolvibile. Per questo dobbiamo sentirci obbligati a trovare alternative d'azione utili ad ottimizzare un determinato livello di 'verità'. Infatti, se il nostro approccio alla situazione determina le scelte successive (Laing, 1959), questo significa che dovremmo tendere a variare le premesse su cui agiamo, nelle regole deputate a controllare le nostre scelte. Nel nostro caso nella necessità di trovare uno stimolo funzionale alla variazione degli schemi diagnostici.

A questo punto dobbiamo tenere presente quanto sostenuto da Sullivan (1953, p. 342), ovvero che non esistono «caratteristiche manifestate solo dagli ammalati», ponendosi «le uniche differenze (...) nel grado, cioè nell'intensità e nella durata, di ciò che è comune a tutti». Va quindi rilevato che, sulla base delle relazioni che l'individuo esperisce nel quotidiano, è possibile osservare una fluttuazione fra un comportamento maggiormente adattivo e un comportamento maggiormente disfunzionale, sia all'interno di un quadro patologico sia all'interno di una cosiddetta normalità, nella presenza di discrepanze comportamentali *potenzialmente* più rilevanti in patologia. Ossia, in patologia può presentarsi una fluttuazione maggiormente significativa, con gradazioni comportamentali maggiormente accentuate nelle differenze poste fra un polo adattivo e un polo disfunzionale.

Una fluttuazione che possiamo osservare come un *continuum* all'interno della normalità o della patologia, non potendo assumere linee di demarcazione nette a circoscrivere un comportamento perfettamente adattivo o assolutamente disfunzionale, ovvero non potendo decidere in che preciso momento, e sulla base di quali cause (supposte esatte), un comportamento si trasforma da adattivo in disfunzionale o viceversa. Infatti si parla di un comportamento *maggiormente* adattivo o *maggiormente* disfunzionale.

Possiamo ad ogni modo assumere che, oltre una determinata soglia, il comportamento disfunzionale, relativo alla sfera della normalità, passi nella patologia, mentre quello adattivo, relativo alla sfera della patologia, passi nella normalità, a conferma di un ulteriore *continuum*, di una continuità fra le differenti dimensioni. Un *continuum* che può rappresentarsi anche con dinamiche episodiche, nel passare dell'individuo in maniera momentanea nella patologia o nella normalità.

Una continuità da osservare sulla base di un impianto relazionale (più o meno adeguato) che caratterizza entrambe le dimensioni. Un impianto che si conserva nel passaggio fra normalità e patologia circoscrivendo il comportamento rispetto ad un polo di significati condivisi e condivisibili, dunque definendo la possibilità per l'individuo di allontanarsi da determinate convenzioni sociali.

Una discrepanza personale, nel fluttuare fra stimoli positivi e negativi (all'interno della normalità o della patologia), viene dunque ad accompagnarsi ad una discrepanza sociale (nella possibilità di allontanarsi, nel formarsi della patologia, da un sostrato semantico condivisibile). Una dinamica sempre posta sulla base delle caratteristiche relazionali definenti un comportamento più o meno adeguato, con ciò definendo l'individuo, ossia definendo la possibilità di riconoscersi e di essere riconosciuti tramite determinate norme sociali. Ovviamente norme necessariamente perfettibili, comunque nella possibilità si mostrino adatte a decifrarsi nella costruzione di stimoli relazionali più o meno funzionali ad un corretto riconoscimento sociale, per quanto di esse il singolo individuo si mostra capace di osservare in maniera utilitaristica.

Una *linea di continuità*, quella posta fra normalità e patologia, che dovrebbe far riflettere su quella che sovente si presenta come la (mancata) possibilità di giustificare il paziente al di là degli aspetti che la categoria - la sindrome - circoscrive. Una questione adatta a definire una visione maggiormente comprensiva delle possibilità del paziente, mostrandosi un meccanismo che persiste al di là delle differenti patologie. Un meccanismo quindi condiviso fra i differenti schemi diagnostici, per un livello d'analisi *maggiormente oggettivo* - con un valore epistemologico significativo - nella possibilità di spiegare l'individuo al di là dei diversi sintomi legati alle differenti patologie. In effetti, nel tendere a fissarsi sulla connessione 'effetto rilevato → definizione della patologia' si può faticare a riconoscere il fluttuare che il comportamento del paziente può assumere all'interno del quadro clinico. Vale a dire, un comportamento che può a volte rivelarsi maggiormente positivo, altre volte maggiormente negativo, nell'influenza posta dalle particolari *relazioni*, tali da definire la situazione vissuta. Nella possibilità di un comportamento che può prescindere da quanto si è rigidamente etichettato si ha così la possibilità di *de-costruire* in parte la frammentazione riferibile all'etichettamento diagnostico. Allora, se l'alternanza (o fluttuazione) può essere data, non è possibile escludere di definire la patologia *non* centrandosi sui sintomi, su quanto la categorizzazione delimita, ma su quanto il paziente può agire a prescindere dalla categorizzazione data. In pratica possiamo sottolineare un comportamento che può modificarsi a prescindere dai significati che delimitano il sintomo nella *descrizione* data, distaccandosi dalle relazioni che possono confermare il sintomo in quanto tale. Un comportamento che si vincola a significati che possono essere dati *nonostante* il sintomo, pertanto decifrando l'individuo al di là di quanto la patologia *semberebbe* delimitare, nella possibilità di non essere ad essa (del tutto) asservito. Questo nel crearsi di percorsi riconducibili a norme che, almeno parzialmente, appaiono differenziarsi da quelle deputate a regolare la patologia.

Un'azione che pone una premessa assolutamente rilevante, nella neces-

sità di chiederci non cosa significa il sintomo, *ma cosa possono consentire le relazioni, come valutarle e come stimolarle* per inibire la patologia, anche, ed eventualmente, nelle giustificazioni addotte. D'altronde è proprio nello spazio che viene a crearsi fra l'attesa verso il sintomo e quanto concretamente il paziente può agire che si presenta l'opportunità di una libertà da sfruttare nell'allentarsi di determinati vincoli.

Si potrebbe dunque pensare ad un livello teorico e metodologico che possa giustificare tale agire. Una misura di tale dinamica potrebbe ad esempio porsi nel valutare la degradazione dei rapporti sociali, nel degradarsi della possibilità di un riconoscimento utilitaristico. Si potrebbe quindi delimitare una forma dimensionale utile ad osservare il paziente nelle gradazioni quantitative del comportamento, ad esempio delineando una scala volta a valutare tramite interviste, questionari o test (e/o un'osservazione ecologica) la *dimensione* che viene a porsi fra un comportamento positivo e uno negativo. In pratica si potrebbe delimitare la discrepanza fra un polo positivo (adattivo) e un polo negativo (disfunzionale) esaminando la dimensione della cognizione e/o dell'umore nella capacità di essere stimolati da relazioni positive o di affrontare relazioni negative, quindi osservandone gli effetti nel concretizzarsi dell'azione vissuta in rapporto ad un sostrato semantico condivisibile. Questo per situazioni costruite e recepite come più o meno intrusive, più o meno stressanti, più o meno coinvolgenti, definendo un'azione comprensiva delle gradazioni tendenti verso uno dei differenti poli.

Una dimensione adatta ad avvicinare patologia e normalità per quella che sovente si presenta, da parte del paziente, come una capacità di giudizio significativa nel discernere le occasioni positive, utili, a volte anche opportunistiche, per una dinamica troppo spesso celata dai significati che, in maniera macroscopica, appaiono a caratterizzare condizioni palesemente stigmatizzanti. Non a caso è possibile giungere a quella «*volontà di malattia*» di cui parla Jaspers (1959, p. 458), tramite la quale i «malati vogliono essere compatiti, (...) sottrarsi all'obbligo di lavorare, ottenere una pensione». Non è dunque da assumere in maniera scontata il fatto che la volontà del malato non sia così destrutturata come sovente è dato credere, in tal modo riconoscendo il fluire che il comportamento può definire all'interno della patologia, insieme all'importanza degli aspetti relazionali. D'altronde rilevare tali aspetti non significa sottovalutare la gravità della patologia, visto che sono proprio i significati che definiscono determinate relazioni a poterla far riemergere prepotentemente.

All'interno di un determinato quadro clinico è dunque possibile osservare una curva comportamentale variabile e non regolare, rappresentabile su un piano cartesiano. Sull'asse delle ordinate (asse *y*) possono essere rappresentati i valori negativi delineati dai sintomi della patologia, nell'accentuarsi di un comportamento patologico (nelle progressive e potenziali gradazioni), mentre, in senso opposto, si possono rappresentare (nelle progressive e

potenziali gradazioni) i valori positivi delineati dalla remissione dei sintomi, nel manifestarsi di un comportamento adattivo, maggiormente funzionale. Sull'asse delle ascisse (asse x) può invece rappresentarsi l'osservazione dei soggetti in un tempo t . Il susseguirsi dei possibili eventi è quindi da valutare rispetto alla percezione, da parte dei soggetti, degli stimoli positivi o negativi, tali da influire sui sintomi della patologia. In pratica è possibile valutare il valore delle relazioni misurando la remissione o l'accentuarsi dei sintomi (asse y) in un tempo t (asse x). Su determinati livelli, con valori dati dal tipo di relazione percepita e agita, sarà quindi possibile assumere un comportamento maggiormente ricettivo, anche nell'attuarsi di una riflessione pronta a reagire ad alcuni significati, con essi momentaneamente formandosi. Questo se l'influsso ambientale appare ai soggetti di segno positivo, in contrasto con i significati riconducibili alla patologia, quindi nella possibilità di attenuare i sintomi con un comportamento che fluttua verso la normalità. Al contrario, su differenti livelli è possibile assumere i soggetti nel sentirsi maggiormente 'liberi' di seguire le regole che la patologia impone (o che credono debba imporre, ad essa asservendosi). Il sintomo si pone pertanto come la variabile dipendente (dallo stimolo o evento relazionale), mentre lo stimolo, positivo o negativo nelle relazioni addotte, si pone come la variabile indipendente, manipolabile dallo psichiatra (in maniera utile ad incidere sulla variabile dipendente).

Così è possibile non mettere «in dubbio il fatto che egli fosse ammalato di schizofrenia (...) Il problema era che questo fatto (...) diventava nella pratica un'opinione (...) contrapposta: da un lato, Fabrizio era pericoloso (...) destinato all'isolamento (...) dall'altro, (...) poteva andare al bar a bere un caffè e restare fra la gente» (Colucci, 2013, p. 7). Fabrizio era dunque da un lato sottomesso alla patologia, per quanto recepito dal personale della struttura nella quale era ricoverato, per quanto era possibile *credere* della diagnosi data, ad essa asservendosi nella schematizzazione che la confermava in quanto tale, anche nel tipo di comportamento che da essa sarebbe derivato. D'altro lato Fabrizio poteva essere accompagnato fuori dall'isolamento da uno psichiatra (Colucci) in grado di osservare (ragionare ed agire) al di là della schematizzazione data. Ecco un esempio, tutt'altro che scontato, di relazione d'aiuto, nella possibilità del terapeuta di accompagnare un paziente in una mera mansione quotidiana (l'entrata in un bar). Una possibilità solo *apparentemente* semplice, infatti non ritenuta possibile, né auspicabile, dal personale sanitario, eppure resa concreta (ed auspicabile) nella costruzione di una fiducia reciproca (*relazionale e personale*), con un terapeuta presente al di là delle implicazioni diagnostiche e psicoterapiche: «Quello che riuscii a fare con Fabrizio fu di slegarlo ogni volta che ero di turno in reparto, cercando di restare accanto a lui, anche in silenzio, situazione che Fabrizio apprezzava, non staccandomi mai gli occhi di dosso» (Colucci, 2013, p. 6). In pratica Colucci è riuscito a *crearsi* una possibilità,

naturalmente per quanto già consentito dal sistema di possibilità del paziente al di là della schematizzazione data.

Certo, rimane da chiederci se un altro psichiatra avrebbe stimolato il paziente secondo le stesse modalità (nel decidere di agire in tal senso) ma, anche lo avesse fatto, avrebbe necessariamente ottenuto lo stesso risultato? Inoltre, quanto risultano controllabili i percorsi relazionali nell'immediatezza di scelte che, al di là del risultato di Colucci, potrebbero anche rivelarsi errate? Questioni che abbiamo già sottolineato e che verranno parzialmente riprese, per adesso nella necessità di rilevare che, nel giudizio contrapposto suddetto, relativo da un lato al Fabrizio 'oggetto' della patologia e dall'altro 'soggetto' indipendente dalle stimmate della patologia, non deve apparire scontato il rappresentarsi di una schematizzazione tendenzialmente imm modificabile. In effetti «la prima opinione pesava di più della seconda», facendo «funzionare il fatto della schizofrenia come un argomento perentorio e non discutibile» (Colucci, 2013, p. 7). Si potrebbe dire con Heisenberg (1984) che cogliere un determinato stato di un sistema non dovrebbe far perdere di vista ciò che il sistema può rappresentare sotto un differente stato, con ciò ritrovando la possibilità di una *continuità d'azione* tutt'altro che trascurabile, in ciò favoriti dall'approccio relazionale.

Importanza di una valida dimensione relazionale

Un problema dunque si pone nel dipingere «un quadro caratterizzato da gentilezza ma anche da fretta, dal desiderio di 'sbrigare' la faccenda, interazioni determinate dai protocolli della valutazione del rischio, in cui le domande dello psichiatra rispecchiano una routinarietà un po' agghiacciante» (Galeazzi & Curci, 2007, p. 48). Deve essere così rilevata una disabitudine alla relazione, al contempo sottolineando come determinati cambiamenti evolutivi, «prodotti da una relazione empatica profonda, abbiano una maggiore possibilità di rimanere stabili ed efficaci nel tempo, rispetto, persino, agli effetti della sola terapia farmacologica» (Disanto, 2009, p. 58). Insomma, la 'terapia relazionale' può risultare più efficace della somministrazione farmacologica (Disanto, 2009). D'altronde, se per l'individuo una figura d'attaccamento si mostra basilare nell'intero arco dell'esistenza, nella possibilità di acquisire determinate risposte e una determinata fiducia (Bowlby, 1998), va rimarcata una relazione che non andrebbe sottovalutata nell'intervento psichiatrico. In psichiatria la dimensione farmacologica, e ancora prima diagnostica, non dovrebbe quindi porsi a discapito della dimensione relazionale, occultando aspetti che dovrebbero essere rilevati. Infatti la presenza di determinati presupposti 'tecnici', a circoscrivere il ruolo dello psichiatra, *non necessariamente di per sé* delimita l'instaurarsi di una relazione d'aiuto adeguata, per capacità non riconducibili, in senso

stretto, alle conoscenze teoriche e metodologiche. Non a caso, anche in psicoterapia, «la tecnica» può essere secondaria «rispetto alla relazione terapeutica» (Clarkson, 1989, p. 39).

Per riflettere meglio sulle problematiche della relazione d'aiuto trasleremo il campo semantico di una dimensione pedagogica, dove la relazione è fondante, verso una dimensione psichiatrica. Questo nella possibilità, in entrambi i casi, venga ad attuarsi una pratica relazionale in grado di *formare* l'individuo.

Cominciamo col dire che, nella progressiva costruzione della professionalità dell'educatore, ci si è posti a ricercare un modello di riferimento specifico, al contempo accorgendosi di non poter ridurre il lavoro educativo ad un modello rigidamente pre-costituito (Demetrio, 1990; Tosco, 1993). Infatti è «necessario che l'educatore (...) si metta in gioco in prima persona, pena la sterilità della relazione interpersonale» (AIEJI, 2011, p. 7). Un educatore da non rilevare come attore unico del processo educativo, portando quindi l'attenzione verso la diade educatore-assistito, superando l'asimmetria nella comune intenzionalità (Stella, 2002). Una relazione, e dunque una comunicazione, che va sostanziata valorizzando l'ascolto di chi si racconta in un linguaggio verbale o non verbale (Disanto, 2009).

A questo punto dobbiamo chiederci quanto lo psichiatra risulta adattabile a tali richieste. Può prenderle in considerazione? O può mostrarsi nella *disabitudine* ad adottare un tale approccio, se dobbiamo pensare la relazione come medio inserito fra due estremi (Stella, 2002)? Questo nell'agire una 'verità' intersoggettiva che, seppur collegata ad un modello teorico-clinico, rimane comunque vincolata ad un contesto relazionale (Ceruti & Lo Verso, 1998). Infatti l'evento «educativo si caratterizza innanzitutto come evento *relazionistico*», non «riguarda (...) un singolo soggetto (...), ma (...) coinvolge entrambi i poli della relazione» (Iori, 2000, p. 109). Si mostra quindi necessario «procedere sempre dal concetto di relazione per comprendere l'educazione come rapporto tra soggetti e la pedagogia come area di sapere che studia le interazioni tra i soggetti entro questo specifico rapporto» (*Ibid.*). Un rapporto, ed una concezione educativa, che risulta collegabile alle dinamiche terapeutiche, ad esempio rilevando l'accettazione dell'altro come un mezzo per riconoscersi ed influenzarsi reciprocamente (Calonghi, 1976).

Naturalmente lo psichiatra può anche non (voler) assumere un ruolo 'pedagogico', ma una relazione sarà comunque presente, fosse solo nell'attuarsi di un colloquio semplicemente funzionale a stabilire la terapia farmacologica (o l'eventuale 'scalaggio' o incremento). Una relazione che nell'atto di essere presente, dunque nella possibilità di influenzare il paziente al di là dell'intenzionalità espressa, può mostrarsi inadeguata. Il paziente potrà dunque anche provare fiducia verso il terapeuta, ma se questa fiducia non verrà adeguatamente 'riconosciuta' il colloquio rappresenterà una labile stampella, pronta a svanire nelle ore successive alla relazione psichiatrica.

Una relazione in questo senso non 'educativa', lasciando l'onere delle problematiche del paziente alla terapia farmacologica, non in grado di sopportare tale responsabilità.

Stiamo ovviamente discutendo di significati impliciti, ovvero lo psichiatra non necessariamente deve disconoscere in maniera palese la figura dell'assistito, anzi, può mostrarsi accogliente e disponibile. Se però il colloquio risulterà finalizzato alla terapia farmacologica nulla di veramente valido potrà venire co-costruito dagli attori in causa. Il paziente potrà anche mostrarsi momentaneamente soddisfatto nel vincolarsi *alla (perfettibile) relazione terapeutica*, somministrata da parte di una persona che il paziente può ritenere (o vuole credere) significativa, ritrovandosi però mancante di fronte a se stesso una volta terminati i positivi (e momentanei) effetti dell'incontro psichiatrico.

Il concetto di relazione non deve essere dunque *scontato*. Non a caso fino «all'inizio del Novecento l'attenzione pedagogica era incentrata sulla predominanza della funzione docente (...) e, quando si è iniziato a spostare l'attenzione sull'importanza del discente (...), si è continuato a considerarlo in termini di singolarità», ossia «nelle sue caratteristiche psicologiche o funzionali (...), lasciando generalmente in secondo piano gli elementi *relazionali e interattivi* tra docente e discente» (Iori, 2000, p. 109). È solo «in anni più recenti» che «si è iniziato ad attribuire importanza alla funzione discendente nella sua interazione con quella docente e gli interessi pedagogici si sono maggiormente rivolti alla transazione, agli scambi relazionali che intercorrono nel rapporto educativo», cosicché «comprendere l'educazione in quanto *relazione* presuppone il ricorso a nuovi strumenti interpretativi e nuove categorie ermeneutiche» (Ivi, pp. 109-110). Naturalmente ogni «persona 'è-con-gli-altri', trovandosi inevitabilmente in una rete di relazioni e rapporti» (Ivi, p. 110), ma appare ovvio che bisogna saper implementare una relazione adeguata, definendo da parte di entrambi gli attori in causa il fine ultimo, dato dall'incontrarsi in maniera fertile (Stella, 2002).

La motivazione reciproca diventa dunque essenziale, da co-costruirsi sulla base di una conoscenza pregressa che deve essere consolidata in maniera graduale, ma quale conoscenza può derivare da una relazione labile? Non a caso «l'apprendimento significativo» dipende «dall'adeguatezza delle conoscenze precedenti» (Novak, 1998, p. 37), per un dialogo che si pone alla base di un racconto che deve essere co-costruito tramite una «natura organizzata su base narrativa» (Bruner, 1990, p. 54). Se attraverso le dinamiche appena espresse «l'interesse del pedagogo» si rivolge «alla costruzione e al perfezionamento dell'identità personale» (Zanniello, 1992, p. 58), può allora lo psichiatra non mostrarsi interessato ad una dimensione relazionale? Ovviamente a partire dal proprio ruolo (nell'intenzione di ri-formare un'identità positiva), comunque nella disponibilità ad una «decostruzione' del proprio punto di vista» (Nicoli, 1994, p. 76), visto che «buona parte del suc-

cesso di un'azione formativa si gioca» su un «*livello soggettivo o relazionale*» (Ivi, p. 75). Una de-costruzione dunque basata su una osservazione che dovrebbe svincolarsi dagli schemi diagnostici (e farmacologici).

Appare così evidente che se lo psichiatra non si *abitu*a a delineare una relazione d'aiuto, come potrà adeguatamente 'supportarsi', e supportare il paziente, nello 'scalaggio' della terapia farmacologica? Se l'individuo dovrebbe essere messo in grado di «superare lo *status* in cui si trova», appare in effetti «patologico, inumano», se tale stato «dovesse protrarsi oltre lo stretto necessario» (Braido, 1967, p. 63).

Quante volte il paziente può quindi sentirsi abilitato ad assumere un ruolo definito dalla mancanza di una relazione? Dunque definito dal mancare di una conoscenza reciproca? Ossia, quante volte il paziente può intenzionalmente accentuare o inibire determinate mancanze? E quante volte lo psichiatra può cadere nella trappola proprio nel mancare di una relazione? Come è possibile educare, nel senso di condurre verso possibilità non esigue (magari 'educando' alle 'ragioni' della patologia), se l'educare presuppone un «incontro di persone» (Bertagna, 1991, p. 216)? Se tali persone rimangono basate su un sistema di valori centrato più sull' 'avere' che sull' 'essere' (Fromm, 1976), il paziente non può forse demandare la propria azione al possesso del farmaco? Non può forse deresponsabilizzarsi con l'aiuto dello psichiatra, felice di *avere* uno schema pre-programmato di facile applicazione? Quale evento formativo potrà dunque essere dato?

Tenendo dunque presente «che è più probabile un effetto interattivo fra motivazione estrinseca e motivazione intrinseca» (De Beni & Moè, 2000, p. 36), diventa importante «oltre al rinforzo (...) il riconoscimento dell'autorità della persona che premia o punisce, la percezione di autoefficacia, il concetto di sé e tutti i processi cognitivi ed emotivi» (Ibid.). La motivazione è quindi «un insieme di esperienze soggettive, di origine intrinseca o estrinseca, quali gli obiettivi, le aspettative, i processi emotivi, i valori, gli interessi personali, le attribuzioni» (Ivi, p. 37). In che misura tali processi risultano però vincolati alla figura dello psichiatra? Quali sono le sue aspettative? Lo psichiatra approfitta della propria autorità per motivare il paziente alla relazione? Rinforza il paziente (e si rinforza) nell'intenzione di ricercare un riconoscimento non farmacologico? Le attribuzioni non sono generalmente centrate sul farmaco? O su una relazione ben poco significativa, rapida e sbrigativa, forse accogliente, comunque basata su una condivisione semantica che può non andare oltre la mera cortesia? Se la motivazione «è sempre più concepita come il frutto di scopi, aspettative, elementi cognitivi e non come spinta esterna» (Ivi, p. 44), diventa opportuno che un rinforzo, fosse anche esterno, venga a crearsi, e a potenziarsi, sulla base di una relazione che, nel reciproco riconoscersi, pone le condizioni adatte a far sì che possa implementarsi proprio *quel determinato rinforzo* (e non un altro). Un rinforzo così creato in maniera spontanea e non artefatta, conseguenza della

particolare relazione, cioè della particolare costruzione semantica, consentita dai *personali* sistemi di possibilità dei soggetti agenti. Non a caso «la motivazione non può più essere considerata solo in base a modelli meccanicistici, quali quello del rinforzo, ma deve fare riferimento anche a costrutti in cui viene sottolineato il ruolo dell'interpretazione data dal soggetto alla situazione» (Ivi, p. 49). Ma quale interpretazione può essere implementata dagli attori coinvolti sulla base di quanto finora espresso? Tale interpretazione, nel centrarla sulla figura dello psichiatra, non fa riferimento a canoni di ragionamento fissi, univoci, pre-stabiliti dai maggiori manuali diagnostici? Tale interpretazione non influenza a sua volta l'interpretazione del paziente, inducendolo a cadere nella trappola farmacologica? Inducendolo a cadere entro schemi descrittivi e non eziologici? Le aspettative non sono forse riconducibili al metodo, ai parametri di valutazione della teoria di riferimento? Una teoria che troppo spesso rientra all'interno del vigente paradigma (farmacologico e diagnostico).

Se dunque risulta basilare essere motivati alla relazione e se la motivazione può essere «migliorata e modificata attraverso opportuni training o stimolazioni da parte dell'ambiente» (Moè, 2010, p. 13), dobbiamo chiederci che tipo di relazione può essere consentita allo psichiatra dall'ambiente in cui si muove (sulla base dell'attuale paradigma). Infatti, se «molte motivazioni confluiscono in un sistema di credenze (*beliefs*) che direziona non solo il comportamento, ma anche il modo in cui la realtà è percepita e interpretata» (Ivi, p. 15), si avrà un'interpretazione che farà riferimento ad un sistema di credenze collegato, in maniera più o meno implicita, ai manuali diagnostici, quindi al modello di ragionamento che con tali credenze si definisce (sulla base dei parametri di valutazione progressi).

Risulta allora importante sapersi scontrare con le regole che il paradigma impone, disconfermando motivazioni, processi di pensiero, credenze e spiegazioni. Nel riconoscere la possibilità di una fluttuazione comportamentale sarà così possibile non ricondurla alla presenza o all'assenza di una terapia farmacologica. Il processo relazionale diverrà dunque rilevante nell'essere «costituito da persone che credono nelle potenzialità dell'altro (bisogno di relazione)» (Moè, 2010, pp. 171-172). In tal modo è possibile sostenere che «il rinforzo (...) rinforza e motiva chi lo dà piuttosto che chi lo riceve» (Ivi, p. 184).

Con tutto ciò non si vuole porre la relazione d'aiuto come panacea per tutti i mali. Insieme agli aspetti positivi da essa gestiti devono in effetti essere sottolineati gli aspetti negativi. Se quindi l'identità personale di chi opera una relazione d'aiuto si pone a fondarne la professionalità (Stella, 2002), se una componente importante si rappresenta con l'empatia, basata sulla capacità di riconoscere le emozioni e i sentimenti altrui, nella comprensione dei differenti punti di vista (Disanto, 2009), se dunque lo psichiatra può utilizzare, insieme a determinate competenze e conoscenze, la propria sensibilità

nel decidere nell'immediatezza della situazione se una capacità procedurale può unirsi a caratteristiche prettamente personali, a quello che può anche essere un sostrato valoriale o una determinata personalità, ecco che possono subentrare incognite tali da rendere difficile 'oggettivare' il compito relazionale nel diversificarsi degli psichiatri (come nel diversificarsi degli educatori), anche rispetto ad uno stesso (ipotetico) paziente. Se le caratteristiche peculiari dello psichiatra si mostrano essenziali verso lo scopo di uno sviluppo armonico della relazione, se lo psichiatra deve essere in grado di segnalare, a se stesso e ad altri, anche i significati minimali della situazione vissuta, non semplicemente quelli che appaiono in maniera macroscopica a caratterizzarla, e se tutto questo può mostrarsi fondamentale nella costruzione di un rapporto significativo, ebbene, non sono semplicemente le conoscenze 'tecniche' a potersi mostrare rilevanti, piuttosto mostrandosi (probabilmente più) rilevante una qualità *soggettiva* che risulta difficile sottoporre a valutazione. Una qualità che, nei processi costitutivi, può in effetti risultare non facilmente sottoponibile ad un controllo adeguato, tale da regolare la relazione d'aiuto permettendo uno sguardo 'oggettivo', ossia uno sguardo adatto a creare situazioni potenzialmente replicabili nel poter essere intersoggettivamente controllabili.

Conclusioni

Gli argomenti trattati hanno fatto riferimento alla mancata validità del metodo, ponendosi una linea di demarcazione non giustificabile rispetto a quanto può rappresentare il paziente e quanto viene a delimitarsi nelle regole diagnostiche.

Allo stesso tempo si è mostrata la mancata validità del 'metodo' relazionale, definito dalle norme procedurali *personali* dello psichiatra. Regole che delimitano il personale sistema di riferimento del terapeuta, non mediato da regole teoriche e metodologiche adeguate. Insomma, nella difficoltà di rendere organica, omogenea, sottoponibile ad un controllo intersoggettivo, la prassi relazionale.

Se il paradigma tecnologico si basa su schemi descrittivi e su un rapporto causale riduttivo, nella frammentazione del paziente avulso da un adeguato livello di analisi (Bracken *et al.*, 2012), va dunque sottolineato, come ha fatto Wakefield (2010), il bisogno di non centrarsi unicamente su determinati sintomi, non a prescindere da un esame adeguato del vissuto del paziente, in maniera da rendere meno labili i confini fra normalità e patologia. Insomma, allo psichiatra non dovrebbero bastare osservazioni limitate a quanto sembra già deciso rispetto ad un livello comportamentale, o al limite caratteriale, con ciò ponendosi aspetti caricaturali (Stoppa, 2013). Se poi un impegno proficuo delle neuroscienze sembra traslarsi verso confini

non ancora delimitabili (Bracken *et al.*, 2012), ecco che una variazione di paradigma si mostra auspicabile. Non abbiamo pertanto trascurato «le fondamentali questioni epistemologiche che stanno al cuore dei nostri modelli», per un «paradigma tecnologico» che ha sottolineato la «tendenza alla medicalizzazione della vita quotidiana che a sua volta è associata all'espansione del mercato degli psicofarmaci» (Bracken *et al.*, 2012, p. 11). Al contempo abbiamo però dato un valore adeguato anche alle questioni epistemologiche che *non sono attinenti* al paradigma tecnologico. Se dunque nel primo caso si sono rilevate le mancanze di un metodo incapace di definire un controllo adeguato sulla patologia, e pertanto sul paziente, nel secondo caso si sono rilevate le mancanze, e le implicazioni, di un metodo centrato sulla relazione col paziente, nella possibilità di definire un controllo inadeguato sulla relazione, quindi di nuovo sul paziente.

Dinamiche che possono mostrarsi sostanziali, anche per cercare di sfuggire ad un paradigma sempre più mancante a se stesso. Infatti è possibile rilevare ricerche che fissano su una soglia trascurabile le differenze tra terapia farmacologica (orientata dalla diagnosi) e placebo, peraltro nella rilevazione delle conseguenze negative che gli psicofarmaci possono veicolare (Bracken *et al.*, 2012). Tali questioni non devono però semplicemente accentrare l'attenzione sugli aspetti diagnostici (e, conseguentemente, sui possibili effetti farmacologici) o, nel desiderio di sfuggire ad un paradigma instabile, *sulla mera contrapposizione diagnosi/relazione*, piuttosto nella necessità di interrogare l'arbitrarietà che è possibile agire a *prescindere* da determinate contrapposizioni, anche in funzione di uno stimolo da dare alla ricerca clinica.

BIBLIOGRAFIA

- AIEJI. (2011). *Le competenze professionali dell'educatore sociale*. Piattaforma concettuale (versione in lingua italiana). International Association of Social Educators, retrieved at: aieji@anep.it
- Allò, A. (2014). Valore epistemologico del colloquio terapeutico. *Epistemologia*, 37(2), 289-302. doi:10.3280/EPIS2014-002008
- Allò, A. (2017). Psicoanalisi: una valutazione dei principi teorici e metodologici. *Rivista di filosofia Neo-Scolastica*, 109(1), 3-33.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-5. Washington D.C.: American Psychiatric Association [trad. it.: DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*. Milano: Raffaello Cortina, 2014].
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press [trad. it. *Principi di terapia cognitiva*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1984].
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press [trad. it. *Terapia cognitiva della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987].
- Benedice, R. (2013). Illusioni e violenza della diagnosi psichiatrica. *Aut aut*, 357(1), 187-211.

- Bertagna, G. (1991). Collegialità e individualità nella professione docente. In Acone, G., Agazzi, A., Bertagna, G., Bertoldi, F., Chiosso, G., Garancini, G., Giffoni, E., Serpico Persico, L., & Vico, G. (Eds.), *Dimensioni attuali della professionalità docente*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Bowlby, J. (1998). *A secure base*. London: Routledge [trad. it. *Una base sicura*. Milano: Raffaello Cortina, 1989].
- Bracken, P., Thomas, P., Timini, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., Bhunnoo, S., Browne, I., Chhina, N., Double, D., Downer, S., Evans, C., Fernando, S., Garland, M., Hopkins, W., Huws, R., Johnson, B., Martindale, B., Middleton, H., Moldavsky, D., Moncrieff, J., Mullins, S., Nelki, J., Pizzo, M., Rodger, J., Smyth, M., Summerfield, D., Wallace, J., Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430-34. doi:10.1192/bjp.bp.112.109447. [trad. it. Una psichiatria al di là dell'attuale paradigma. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(1), 9-22, 2013. doi:10.3280/PU2013-001002].
- Braido, P. (1967). *Filosofia dell'educazione*. Zürich: PAS-VERLAG.
- Bruner, J. (1992). *Acts of meaning*. Cambridge (Mass.) - London: Harvard University Press [trad. it. *La ricerca del significato*. Torino: Bollati Boringhieri].
- Calonghi, L. (1976). *Valutazione*. Brescia: Editrice La Scuola.
- Carli R., a cura di (1993). *L'analisi della domanda in psicologia clinica*. Milano: Giuffrè Editore.
- Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.
- Ceruti, M., Lo Verso, G. (1998). *Sfida della complessità e psicoterapia*. In Ceruti, M., Lo Verso, G., a cura di, (Eds.), *Epistemologia e psicoterapia. Complessità e frontiere contemporanee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Clarkson, P. (1989). *Gestalt counseling in action*. London - Newbury Park - New Delhi: SAGE Publications [trad. it. *Gestalt counselling*. Roma: Sovera, 1992].
- Colucci, M. (2013). Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica. *Aut aut*, 357(1), 5-20.
- Cornoldi, C., a cura di (2007). *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Corradini, A., Crema, S., Lupo, M., & Saviane Kaneklin, L. (2011). *Etica e deontologia per psicologi*. Roma: Carocci Editore Studi Superiori.
- De Beni, R., & Moè, A. (2000). *Motivazione e apprendimento*. Bologna: Il Mulino.
- Dell'acqua, P. (2013). Se la diagnosi non è una profezia. *Aut aut*, 357(1), 59-76.
- Demetrio, D. (1990). *Educatori di professione*. Firenze: La Nuova Italia.
- Disanto, A.M. (2009). La costruzione della relazione educativa. *International Journal of Psychoanalysis and Education - IJPE*, 1(2), 49-88.
- Di Vittorio, P. (2013). Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM. *Aut aut*, 357(1), 37-58.
- Feyerabend, P.K. (1975). *Against method*. London: NB [trad. it. *Contro il metodo*. Milano: Feltrinelli, 2005].
- Frances, A. (2010a). Opening Pandora's box: The 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times*; February 11 [trad. it. Si apre il vaso di Pandora: le 19 peggiori proposte del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 251-62].
- Frances, A. (2010b). DSM in philosophyland: curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAPPP)*, 2, 21-25 [trad. it. Il DSM nel paese della filosofia. *Aut aut*, 357(1), 99-112, 2013].
- Freud, S. (1911). Il caso di Schreber. In *Opere 1905-1921*. Roma: Newton Compton, 1992.
- Fromm, E. (1976). *To have or to be?* New York: Harper & Row [trad. it. *Avere o essere?*. Milano: Mondadori, 1977].
- Galeazzi, G.M., Curci, P. (2007). Una controversia di trent'anni: Rosenhan, la diagnosi psichiatrica e il rapporto utenti-operatori. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI(1), 39-58.

- Galli, P.F. (2014). Editoriale. L'anatra zoppa: DSM-5 e crepuscolo del diagnosticismo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVIII(4), 567-76. doi:10.3280/PU2014-004001.
- Gonon, F. (2011). La psychiatrie biologique: une bulle spéculative? *Esprit* novembre 2011 [trad. it. La psichiatria biologica: una bolla speculativa? *Aut aut*, 357(1), 143-64, 2013].
- Heisenberg, W. (1984). *Ordnung der Wirklichkeit*. In Blum, W., Dürr, H.P., Rechenberg, H., a cura di, (Eds.), *Gesammelte Werke* (pp. 217-306). München: CI Piper [trad. it. *Indeterminazione e realtà*. Napoli: Guida, 2002].
- Iori, V. (2000). *Filosofia dell'educazione. Per una ricerca di senso nell'agire educativo*. Milano: Guerini.
- Iorio, G., Iorio, N. (2016). Il paradosso della nosografia psichiatrica del XXI secolo. *Modelli della mente-Open Access*, 1, 60-72.
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer-Verlag [trad. it. *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1964].
- Kagan, J. (1998). *Three seductive ideas*. Cambridge-London: Harvard University Press [trad. it. *Tre idee che ci hanno sedotto*. Bologna: Il Mulino, 2001].
- Kant, I. (1787). *Critica della ragione pura*. Milano: RCS, 1996.
- Laing, R.D. (1959). *The divided self*. London: Tavistock Publications Limited [trad. It. *L'io diviso*. Torino: Einaudi, 2001].
- Laudan, L. (1977). *Progress and its problems. Towards a theory of scientific growth*. Berkeley: University of California Press [trad. it. *Il progresso scientifico*. Roma: Armando, 1979].
- Marsonet, M. (1997). *La verità fallibile*. Milano: FrancoAngeli.
- Maslow, A.H. (1962). *Toward a psychology of being*. New York: D. Van Nostrand Company [trad. it. *Verso una psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Migone, P. (2011). Presentazione dei principali sistemi diagnostici in psichiatria e alcune riflessioni sul problema della diagnosi. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXV(2), 19-40. doi:10.3280/RSF2011-002003.
- Migone, P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII(4), 567-600. doi:10.3280/PU2013-004001.
- Migone, P. (2015). Le due facce della psichiatria. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXIX(2), 49-65. doi:10.3280/RSF2015-002006.
- Moè, A. (2010). *La motivazione*. Bologna: Il Mulino.
- Nicoli, D. (1994). La progettazione formativa nella formazione professionale. In Cortellazzi, S., Nicoli, D., & Vergani, A. (Eds.), *La formazione professionale. Problemi e prospettive*. Brescia: Editrice La scuola.
- Novak, J.D. (1998). *Learning, creating, and using knowledge: Concept Maps as facilitative tools in schools and corporations*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, In. [trad. it. *L'apprendimento significativo*. Trento: Erickson, 2001].
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations [trad. it. *PDM - Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008].
- Putnam, H. (1990). *Realism with a human face*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press [trad. it. *Realismo dal volto umano*. Bologna: Il Mulino, 1995].
- Rogers, K.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin [trad. it. *Psicoterapia di consultazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini, 1971].
- Saraceno, B., & Gallio, G. (2013). Diagnosi, 'common language' e sistemi di valutazione nelle politiche di salute mentale. *Aut aut*, 357(1), 21-35.
- Sciacchitano, A. (2013). La diagnosi statistica. *Aut aut*, 357(1), 245-50.
- Spitzer, R.L. (2011). Psychological warfare: The DSM-5 debate. *HCPLive*; February 25 [trad. it. Intervista a Robert L. Spitzer. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 248-50, 2011. doi:10.3280/PU2011-002007].
- Spitzer, R.L., & Frances, A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV(2), 247-62. doi:10.3280/PU2011-002007.

- Stella, A. (2002). *La relazione educativa. Complessità, transazione e intenzione nel rapporto educatore-educando*. Milano: Guerini e Associati.
- Stoppa, F. (2013). Un sintomo smarrito. A proposito della diagnosi borderline. *Aut aut*, 357(1), 251-265.
- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company Inc. [trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1975].
- Tosco, L. (1993). *Professione educatore*. Milano: FrancoAngeli.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19(4), 337-51. doi:10.3109/09638237.2010.492418 [trad. it. Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLIV(3), 295-314, 2010. doi:10.3280/PU2010-003001].
- World Health Organization. (1992). *Classification of mental disorders and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines; ICD-10*. Geneva: WHO [trad. it. *ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Milano: Masson, 1992].
- Zanniello, G. (1992). I problemi scolastici del 'rientro'. In: Zanniello, G., a cura di, (Ed.), *Interculturalità nella scuola*. Brescia: Editrice La Scuola.

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: 20 marzo 2020.

Accettato per la pubblicazione: 20 marzo 2020.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:277

doi:10.4081/rp.2021.277

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

Alessandro Ciardi*

Il muro improbabile. Alcune considerazioni sul film Dogtooth

La storia raccontata in Dogtooth, probabilmente debitrice di alcune ispirate pellicole della storia del cinema (*L'angelo sterminatore* di Buñuel e *Il castello della purezza* di Arturo Ripstein) è semplice: un padre di famiglia decide di relegare e crescere i propri figli e la moglie in casa, isolandoli completamente dal resto del mondo. Spiegherà ai figli che potranno uscire di casa solo quando uno dei denti canini cadrà e ricrescerà (come racconta essere accaduto a lui), segno biologico della sopraggiunta maturità necessaria per affrontare il mondo.

Dovendo cimentarmi col tentativo di proporre una lettura del film, l'impresa si è rivelata subito per ciò che era: complicata. Ma provo a spiegarmi.

A fronte, infatti, dell'apparente semplicità della metafora scelta e dei fatti narrati - pochi -, il regista decide di mettere in scena un quadro di schegge e pezzi difficile da tenere insieme.

La difficoltà incontrata a connettere i 'pezzi' in un insieme coerente narrativo e visivo (effetto ottenuto grazie a un sapiente montaggio e uso della videocamera), ovviamente lungi dall'essere un fallimento del plot narrativo, ci racconta in realtà di come il film sappia cogliere nel segno, imponendo allo spettatore di *fare esperienza della frammentazione* come uno tra gli effetti auspicati da ogni regime totalitario, di cui il film ci offre una rappresentazione metaforica. E cioè: l'effetto di straniamento, la difficoltà a riconnettere le inquadrature, le scene, le sequenze entro una narrazione coerente e stabile è ciò che ci accomuna ai protagonisti della storia, mettendo in campo un processo parallelo in cui la confusione e l'angoscia, scanditi entro un ritmo di montaggio sincopato e imprevedibile, sono gli stati d'animo dominanti proprio di chi (spettatore e protagonisti) non ha in mente il quadro generale, il senso, il progetto, di cui è titolare esclusivo e capriccioso detentore il Padre.

*Psicologo, Psicoterapeuta Transculturale a Milano; Supervisore in ambito clinico e socio-educativo; Sceneggiatore, formatore in metodologie audiovisive; Referente del progetto "Psicologia e Cinema" per OPL (Ordine Psicologi Lombardia).

E-mail: alessandrociardi5@gmail.com

Ogni forma di dittatura fonda il proprio status e potere sulla deprivazione e manipolazione degli stimoli e delle informazioni, alterando la percezione della realtà. Il film mette in scena proprio gli effetti psichici e fisici di una forma estrema e radicale di potere, che articola e struttura un ingranaggio e dei dispositivi (ma come ogni macchina, fallibile...) tesi al controllo dei comportamenti, a partire dal controllo del linguaggio - quindi, del pensiero. Il regista sceglie una chiave allegorica, affidando lo svolgimento della narrazione a un dramma con forte impianto teatrale, che si svolge per lo più tra le mura domestiche.

Si è da subito tentati di pensare che lo sguardo e la critica del regista possa alludere alla nostra contemporaneità occidentale, nella quale certamente facciamo costante esperienza della libertà ma, come sostengono alcuni, in una sua forma sempre più perversa e pervertita (si pensi alla profetica critica pasoliniana sulla società dei consumi o sugli effetti del potere sui corpi; alle tesi di Debord sulla società dello spettacolo, sino al pensiero del filosofo Agamben, pur nella sua discutibile radicalità, quando scrive del campo di concentramento come la verità del progetto politico occidentale).

Il primo oggetto inquadrato, all'inizio del film, è un registratore, di cui ascoltiamo la voce monotona - già questo basti a disorientare lo spettatore, che ancor prima di vedere, ascolta, come un infante, che è poi la condizione cui sono relegati e in cui sono abbandonati i protagonisti della storia.

La voce registrata nomina alcune parole e il loro significato. Questa prima scena si svolge in un bagno, dove due ragazze e un ragazzo, che scopriremo essere sorelle e fratello, ascoltano e seguono con attenzione la lezione (la scelta di una location bizzarra, letteralmente *fuori luogo* per una attività di studio, rimarca nello spettatore lo straniamento). Salvo scoprire - ma è una consapevolezza dello spettatore, non dei personaggi, secondo un classico meccanismo narrativo - che ai *significanti* elencati vengono attribuiti dei *significati* alterati, arbitrari (laddove, ad esempio, 'mare' è una poltrona). Questo prologo esprime già chiaramente lo stile del film: lo scardinamento delle aspettative nella scelta dell'ambiente, le inquadrature fisse (sia su chi parla sia alcuni estenuanti piani di ascolto sul personaggio), la recitazione meccanica, impersonale delle attrici e dell'attore, la perversione del linguaggio - che significherà perversione incestuosa dei legami e dell'ordine tra generazioni -.

I personaggi, schiavi senza sapere di esserlo, asserviti al capriccio del persecutore/salvatore, si vedono inibiti nella naturale propensione all'esplorazione - del mondo e di sé -, all'autoaffermazione e autodeterminazione, riducendosi ad automi ed ingranaggi che eseguono i compiti attribuiti affinché il progetto e la macchina sopravvivano, nell'espressione compiaciuta dell'autorità. Il ragazzo e le ragazze, anagraficamente ormai

adulti, si muovono nello spazio e interagiscono tra loro in modo goffo e maldestro, come bambini deprivati di stimoli, resi incapaci di motilità fine e di consapevolezza di sé nello spazio.

La fotografia essenziale, la messa in scena scarna si articolano in inquadrature fisse, entro le quali continuano ad alternarsi figure intere e volti a dettagli di corpi, rendendo impossibile allo spettatore di ricomporre i personaggi entro quadri comprensibili, in un 'intero' anatomico - giocando, come si fa sempre più raramente, a sovvertire le aspettative dello spettatore, fin troppo abituato a una estetica cinematografica prevedibile e un po' compiaciuta. La telecamera infatti, sembra costantemente fare e disfare corpi, smontando e rimontando pezzi, come una tela di Penelope, aumentando l'inquietudine dello spettatore che arranca nella ricomposizione di un intero in cui mancano pezzi o vengono costantemente rimescolati da capo - infondendo in chi guarda una sensazione di caos e angoscia.

Il padre è l'unico che esce di casa - e, nel tentativo di perpetuare l'inganno, si adopera, con il sostegno della moglie, a mettere in campo numerosi artifici: dai pesci comprati e ributtati in piscina sino alla traduzione simultanea di una canzone di Sinatra, ascoltata dopo cena (spacciato ai ragazzi per il loro nonno!), che andrebbe cantando la necessità di un ordine morale e di una disciplina improntata al rispetto delle regole e dell'indiscutibile autorità genitoriale.

Alcune delle recensioni del film hanno rilevato come il regista, attraverso la messa in scena di questa famiglia e di questo padre, stia alludendo al ruolo dello Stato. La questione andrebbe forse meglio collocata e riformulata precisando che questa messa in scena rappresenti una forma perversa del potere e della Legge del padre. Insomma, un *padre* che si crede un *Padre* commette un errore educativo fatale. E, nella versione proposta dal regista, il padre incarna il volto di una legge morale stravolta che non ammette insubordinazioni, fossero anche semplicemente i movimenti di separazione/individuazione dei figli, per il compimento dei quali è necessario tradire, come ci ricorda Aldo Carotenuto.

L'attribuzione arbitraria tra significato e significante, che a partire dalla scena iniziale, sarà colonna portante di tutto l'impianto del film, sembra farsi portatrice, indirettamente, di un tema: da un lato la necessità e il bisogno di una regola comune non solo utile al patto sociale ma anche all'equilibrio psichico - penso qui alla definizione di E. Minkowski di psicosi come estensione anarchica del campo dei significati. Dall'altro, tuttavia, viene posta anche la questione dell'arbitrarietà delle regole - per la serie: chi decide che al significante x debba corrispondere il significato y e non z ?

Tuttavia, anche se questa versione del padre - che tende appunto alla *père-version* - rappresenta il tentativo di costruire un universo privo di

falle, capace di saturare il senso e qualsiasi tipo di mancanza, come ogni dispositivo, ad un tratto, può incrinarsi e da quella incrinatura può finalmente intrufolarsi e fare breccia il dubbio, la mancanza e quindi, il desiderio.

Un rapporto di scambio, infatti, rende complici una delle figlie e una ragazza (che viene condotta dal padre sino alla casa bendata e che viene introdotta tra le mura domestiche per consentire al figlio di avere rapporti sessuali). Dalla frequentazione della casa, da parte di questa 'esterna', scaturirà un rapporto di complicità con una delle sorelle: quest'ultima, infatti, ottiene dalla ragazza, fornendo favori sessuali, alcuni oggetti - per altro, privi di valore. Ma, ad un certo punto la sorella chiede che la ragazza le lasci due Videocassette. E saranno proprio queste due videocassette a introdurre nuovi significati e a gettare le prime ombre sull'universo totalitario messo in scena dal padre - curiosamente proprio due film, due opere di finzione introducono la verità nel castello dorato. Sembrerebbe qui che il regista stia alludendo a una funzione del cinema e dell'arte in generale di assolvere al compito di fare breccia entro sistemi di credenze e pregiudizi per portare il beneficio del dubbio, ricordandoci che un sistema sano - istituzioni comprese - sa e deve abbracciare la propria complessità, scansando le derive di facili e seducenti ipersemplicizzazioni.

Va detto, per completezza, che il film mette in scena anche il mondo di fuori - il padre lavora in una azienda. Ben lontano dall'essere violento e infido, come forse viene descritto ai figli, il mondo esterno è di una ordinarietà e grigiore sconfortanti. Queste caratteristiche del mondo esterno, lasciato sullo sfondo e a margine della narrazione, rappresentano, credo, un punto centrale - che è anche cifra stilistica del film, laddove in molte inquadrature compaiono porzioni di spazio disabitate, assolutamente anonime, della casa. Il meccanismo della perversione paterna è reso qui più estremo e paradossale proprio perché all'esterno non c'è alcun pericolo o minaccia - se non quello, forse, di assuefarsi a una vita insignificante e di morire, un giorno alla volta.

Dunque, il regista e lo sceneggiatore lavorano sulle singole scene nello stesso modo in cui lavorano con la struttura drammaturgica in generale, seguendo il principio secondo cui ciò che è inquadrato e ritenuto importante potrebbe non esserlo quanto ciò che non è inquadrato e reso periferico.

Credo che questo rappresenti un potente spunto di riflessione sulla contemporaneità, un invito politico a continuare a tenere lo sguardo anche e soprattutto sui/ai margini, laddove potrebbero accadere rivoluzioni o involuzioni senza che ce ne accorgiamo, accecati da ciò che, nella sua luminosa vacuità, si impone al centro della scena e ci distrae da ciò che conta davvero.

E ciò mi porta a una ultima considerazione - qui, ripeto, risiede forse

un messaggio politico più nascosto del film: il compito degli adulti di oggi per le future generazioni non può più consistere nel creare spazi esclusivi, immunizzati e difesi - se mai ciò ha avuto senso -, ma deve articolare tutti gli sforzi possibili per rendere il mondo un posto più bello e giusto da abitare per una vita più degna da vivere.

Non-commercial use only

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: 8 dicembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 24 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:500

doi:10.4081/rp.2021.500

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

Valentina Albertini*

The therapist's gambit - Riflessioni psicoterapeutiche e didattiche sulla serie 'La regina degli scacchi'

*'Non sono mai riuscito a capire gli scacchi.
C'è troppa scienza per essere gioco, e c'è troppo gioco per essere scienza'*
E. Lasker

Da 23 Ottobre 2020 *Netflix* ha distribuito in streaming la miniserie statunitense *'La regina degli scacchi (The queen's gambit)'* creata da Scott Frank e Allan Scott. La serie è basata sull'omonimo romanzo del 1983 di Walter Tevis.

Molti colleghi hanno pubblicato recensioni di questa produzione, che effettivamente ha molto da dire al mondo psicologico.

È una serie, infatti, che parla molto di relazioni di traumi relazionali, e la suggestione fra un possibile parallelismo fra le mosse degli scacchi e la psicoterapia mi ha colpito e fatto nascere in me queste riflessioni.

La storia più o meno la stanno conoscendo tutti, nei social il tam tam è forte: la ragazza incredibilmente talentuosa che entra e sfida il mondo, tutto al maschile, degli scacchi. Un 'piccolo mondo ossessivo' che nella serie emerge bene in tutta la sua concentrata alienazione.

Un ambiente fatto di miti, regole, studi, pratiche e pure stranezze, che mi ha ricordato molto il nostro mondo terapeutico.

A scacchi, ogni giocatore ha il suo stile.

Ci sono giocatori famosi e conosciuti, che gli altri giocatori studiano. I giocatori famosi scrivono libri, che gli altri leggono. Esistono mosse conosciute ed emulate, come *'The queen's gambit'* che dà il nome alla serie, oppure la supercitata Difesa Siciliana.

Le partite si dividono in 3 parti: apertura, mediogioco, finale. E ogni parte ha le sue tecniche, i suoi stili, i suoi campioni.

*Psicologa, Psicoterapeuta, didatta e membro del comitato di coordinamento del CSAPR Prato; Socia SIPPR e membro eletto della Commissione Ricerca SIPPR; Consigliera della Fondazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione Toscana.
E-mail: v.albertini@gmail.com

Io ho pensato al nostro lavoro, perché noi terapeuti siamo un po' come gli anziani russi che nella serie passano le giornate a giocare a scacchi sul viale di Mosca.

Parliamo spesso di psicoterapia, la vediamo un po' da tutte le parti, creiamo i nostri strani club, leggiamo le nostre riviste dove pubblichiamo i nostri lavori. Abbiamo dei miti indiscussi, nomi ai quali siamo devoti, che quando li citiamo nel mondo là fuori la gente ci dice 'e chi è?' (Freud no, lui è come Kasparov: lo conoscono tutti).

Noi psicoterapeuti siamo, a modo nostro, accettabilmente 'ossessionati' dal nostro lavoro, in una maniera diciamo socialmente non disturbante.

E una delle nostre 'ossessioni', che però assume una qualità diversa nel corso del tempo (da molto intensa ad inizio carriera fino a filosoficamente relativa con la maturità) è quella delle mosse giuste in terapia. Dove, ovviamente, il terapeuta gioca sempre con il bianco e non esiste lo scacco.. neanche il matto; e dove lo scopo non è vincere, ma co-costruire con il nostro paziente una partita che può dare un senso di completezza, coerenza e ordine ad una vita intera o ad una esperienza singola.

Obiettivo di ogni scacchista è, invece, vincere. Essere in grado, cioè, di fare buone mosse e di prevedere efficacemente le mosse che farà l'avversario. Soprattutto, cercare di contenere gli errori. Non sbagliare appare nelle relazioni fra giocatori di scacchi come un sadico imperativo: sadico perché, come diceva lo scacchista Tartakower, 'Gli errori sono tutti là sulla scacchiera in attesa di essere fatti'.

Giocare a scacchi significa entrare in una relazione che ha delle regole predefinite, un setting, alcune tecniche e qualche strategia, ma tanta, tanta probabilità.

Gli scacchi possono rappresentare una affascinante metafora con la nostra professione; ed esattamente come nella serie emerge l'importanza di imparare a sbagliare, di come fallire sia un momento di crescita fondamentale per l'apprendimento, lo stesso messaggio vale per tutti noi psicoterapeuti.

Eppure, negli ultimi anni, assistiamo sempre di più alla moda crescente della creazione di protocolli standard, ricette terapeutiche preconfezionate, schemi ripetibili milioni di volte indipendentemente dalla specificità della storia del paziente. Se ci guardiamo intorno vediamo una pericolosa tendenza a vendere soluzioni rapide, terapie brevi o addirittura a singola seduta miracolosa. Stiamo perdendo la capacità di stare in relazione? E i nostri allievi, stano perdendo la capacità di mettersi in gioco? Stiamo trasformando l'arte degli scacchi terapeutici in una più semplice e prevedibile dama, o un banale filetto?

Per essere *evidence based*, si rischia di diventare evidentemente banali e di rinunciare alla specificità della relazione terapeutica, alla sua difficoltà e alla necessità che ogni terapeuta lavori su di sé e sulla sua capacità di essere e stare in relazione.

In un articolo dal suggestivo titolo '*L'Artusi, la nouvelle cousine e la psicoterapia: conservazione, innovazione e mode in terapia relazionale*'

Gianmarco Manfreda (2009) mette in guardia dalle mode che sempre più spesso si profilano nel panorama teorico e formativo psicoterapeutico:

'Quanto al rischio che vedo profilarsi, è la ricerca di una cucina fondata su ricette semplificate e ingredienti surgelati o precotti: sempre più giovani allievi chiedono indicazioni spicchiole, tecnicuzze, per condurre la seduta, pressati da un mercato competitivo e angosciati dall'ansia di fare qualcosa che rassicuri loro e i pazienti che stanno facendo terapia... Mi capita di leggere tesine, resoconti e articoli in cui il processo terapeutico viene ignorato, con una rinuncia al senso della storia presentata e alla sua ricostruzione, sostituito da un programma che prevede tre incontri di joining, tre di genogramma, quattro di sculture, tre di presentazione di fotografie... e così via finché si può. L'eccesso di pragmatismo e di attenzione sul sintomo e sul qui ed ora probabilmente non è stato estraneo all'esito deludente a cui sono andate incontro le terapie familiari negli U.S.A.; è possibile che ne veniamo contagiati anche in Europa?'

Ora, credo che la metafora de *'La regina degli scacchi'* e più in generale del gioco degli scacchi in sé, può essere utile per chiarire a noi stessi e alle nuove generazioni quanto sia complicato il nostro mestiere e il percorso potenzialmente infinito per riuscire ad essere terapeuti efficaci. Ciascuno di noi riconoscerà che la nostra è una professione per la quale non basta conoscere le regole del setting o della burocrazia, ma è necessario tanto studio e tanta pratica per garantire a noi stessi prima, e ai pazienti poi, una sempre maggior capacità di entrare in una relazione veramente terapeutica.

Esattamente come i grandi scacchisti, noi terapeuti studiamo tantissimo, con certissima dedizione.

Abbiamo studiato bene delle aperture: come Haley (1967) per esempio e il suo stile di Joining; o il *'non ne sia così sicuro'* di Minuchin (1977) detto al paziente designato che si è appena seduto dicendo di essere il problema.

Studiamo le chiusure: come le restituzioni di Manfreda (1998), forti ed emozionanti; oppure i paradossi di Caillé, con i suoi *'meglio che non cambiate mai, restate così come siete'*.

Studiamo i mezzogioco, quelli raccontati nelle sedute riportate nei libri; quelli folli di Withaker (1989), quelli caldi e profondi di Cancrini (2012), quelli chirurgici e freddi della Smith Benjamin (2003).

Un caso clinico è un po' come il resoconto di una partita. Leggiamo i virgolettati di terapeuti e pazienti con la stessa voracità con cui gli scacchisti rigiocano le partite famose sulle loro scacchiere. Per imparare e per pensare.

Domanda, risposta, intervento.

P-R4, C-AR3, A-C5

Però tanto studio non basta. Le mosse possibili negli scacchi sono nell'ordine di 10^{120} ¹. Ci sono più mosse in una partita a scacchi che atomi nell'universo.

¹Stima conosciuta come il *'Numero di Shannon'*. Per la spiegazione matematica, si può consultare questo link https://it.wikipedia.org/wiki/Numero_di_Shannon

È vero che le partite si dividono in 3 parti: apertura, mediogioco, finale.
Ma dopo che ciascun giocatore ha giocato 3 mosse, ci sono oltre 9 milioni di possibili partite giocabili.

Nessuna partita si ripete: ogni gioco è unico, dovuto allo scambio e alla relazione fra due persone che si incontrano per un tempo scandito dal ticchettare dell'orologio.

Credo che per la psicoterapia valga lo stesso.

Dopo le prime due domande e risposte, le combinazioni di psicoterapie possibili sono miliardi.

Dobbiamo conoscere le aperture, avere le tattiche apprese del mediogioco di qualche maestro, dobbiamo esercitarci bene con le chiusure.

Dobbiamo studiare le nostre partite e quelle degli altri, continuamente, per capire come migliorarci e come crescere.

Ma nei libri non troveremo la soluzione. Non ci sono protocolli per gli scacchi, non ci sono protocolli validi per la terapia. Ce la dobbiamo giocare.

La terapia sarà sempre un incontro unico fra noi e i nostri pazienti, sarà il nostro stile di conduzione e il loro stile di relazione, la nostra storia con la loro storia: quell'unico incontro fra le 10^{120} combinazioni di incontri possibili.

BIBLIOGRAFIA

- Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici*. Milano: Raffaello Cortina.
- Haley, J. (1967). *Tecniche e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Editore.
- Manfrida, G. (1998). *La narrazione psicoterapeutica. Invenzione, persuasione e tecniche retoriche in terapia familiare*. Milano: FrancoAngeli.
- Manfrida, G. (2009). *L'Artusi, la nouvelle cousine e la psicoterapia: conservazione, innovazione e mode in terapia relazionale. Ecologia della Mente, 32*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Minuchin, S. (1977). *Famiglia e terapia della famiglia*. Roma: Astrolabio Editore.
- Smith Benjamin, L. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy*. New York, NY: Guilford Press. [trad. it. *Terapia ricostruttiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina, 2019].
- Whitaker, C.A. (1989). *Considerazioni notturne di un terapeuta della famiglia (Midnight musings of a family therapist, 1989)*. Roma: Astrolabio Editore.

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: 29 gennaio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 6 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:527

doi:10.4081/rp.2021.527

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

*Carmine Parrella**

Al cinema con lo psicoanalista

di Vittorio Lingiardi

RAFFAELLO CORTINA EDITORE, MILANO, 2020

Il rapporto tra cinema e psicoanalisi è un rapporto naturale, immediato e per certi versi scontato nella sua ineluttabilità. Non si tratta solo della relazione tra un fenomeno, il cinema, e una teoria un punto di vista che è in grado di comprendere quel fenomeno, ma di due esperienze che sono al tempo stesso codici narrativi che hanno una sfida e un compito comune e cioè quello di rendere rappresentabile e quindi dicibile e condivisibile ciò che non può essere rappresentato. Il percorso esistenziale umano attinge e si forma all'interno di dimensioni profondamente intime ed interne, e allo stesso tempo attraverso dimensioni esterne e sociali. Qui il nostro sé incontra la piccola storia della nostra famiglia, della comunità a cui apparteniamo, fino a includere la grande storia degli accadimenti dell'intera umanità. Questo intreccio è un universo variegato e affascinante di destini, tutti accomunati dalla necessità di realizzare un 'compiersi', di permettere ai protagonisti di 'individuarsi', di dotare la propria esistenza di un progetto, di un significato pieno e di riconoscere se stessi nella storia che si è vissuto e che in parte si è determinato attraverso le proprie scelte. Il linguaggio cinematografico ha come nessun altro mezzo espressivo la capacità di immergersi in questo universo di destini, restituendoci una percezione di essi non come qualcosa di esterno allo spettatore, ma come qualcosa che lo riguarda direttamente. Questa immersione che fino a poco tempo fa avveniva solo nel buio di una sala e che saturava il sistema percettivo, sospendeva il senso di realtà attivando profondi e intensi meccanismi di proiezione, ha trasportato intere generazioni all'interno del 'Sogno'. È in questa dimensione individuale e collettiva del sogno, in parte come rappresentazione ma anche come

*Psicologo, Psicoterapeuta, presso L'Usl Toscana Nordovest, si occupa da anni dell'uso del video e della fotografia nei contesti terapeutici preventivi e riabilitativi.
E-mail: carmine.parrella@uslnordovest.toscana.it

forma iconica e simbolica attraverso cui si esprime e funziona la mente che il cinema e la psicoanalisi si incontrano e si ‘scambiano’ qualcosa creando una relazione che nel tempo è stata declinata in molte forme. Penso che il libro di Vittorio Lingiardi sia un fortunato contributo a questo ‘scambio’. Si ‘scambia’ naturalmente ciò di cui si ha bisogno e sia il cinema che la psicoanalisi, hanno bisogno, di una ‘guida’ per orientare lo spettatore in quell’universo di sogni e destini. Una guida la cui funzione è paradossale perché si tratta di una guida che permetta allo spettatore di ‘svegliarsi’ senza al tempo stesso rinunciare al godimento profondo della dimensione del sogno. In questo senso l’esperienza del rapporto tra cinema e psicoanalisi è simile a quella della vita, un po’ la passiamo a dormire e a sognare e un po’ dobbiamo svegliarci. In tal modo travasiamo continuamente nel sogno aspetti complessi della nostra vita quotidiana e nella nostra vita quotidiana gli elementi del sogno. Per ‘svegliarsi’ in termini psicodinamici si intende diventare consapevoli del ‘sogno’ in cui il nostro destino nella vita reale è rimasto intrappolato, quel circuito di emozioni, autonarrazioni e scelte che ci riporta sempre e dolorosamente al punto di partenza. Questo ‘svegliarsi’ ci permetterà allora di costruire ed elaborare un nuovo ‘sogno’ che sosterrà nuove scelte e orienterà in modo diverso il nostro destino. Naturalmente il cinema non è in grado di per sé di curare attraverso la sua esperienza patologie specifiche, anche se ci sono una serie di interessanti esperienze e tecniche applicate nei contesti terapeutici che vanno in quella direzione. Il cinema però è in grado di aiutare lo spettatore di avvicinarsi in vario modo a quella parte della propria esperienza che è ‘conosciuta ma non pensata’ e che prende la forma dell’esperienza dei protagonisti sullo schermo. Le storie che vediamo sullo schermo possono essere lontane dalla nostra realtà quotidiana, ma non lo sono dalla nostra realtà emozionale perché ogni storia attinge allo stesso bagaglio di aspirazioni, incubi e passioni che lega in un continuum gli uomini e le donne di ogni tempo e luogo. In questo senso ‘quando un uomo incontra una storia non è più lo stesso’, ma anche la storia non è più la stessa, perché grazie alle risonanze dello spettatore si è arricchita di ulteriori significati. Naturalmente questo si applica difficilmente al cinema di intrattenimento o di evasione, anche se a volte film apparentemente leggeri sono capolavori nel ritrarre esistenze e personaggi che sono lo specchio di una intera società come nel caso di *Fantozzi*. Il libro di Lingiardi raccoglie le recensioni di film apparsi negli ultimi cinque anni in una rubrica da lui curata sul *‘Venerdì di Repubblica’* e suddivisi in cinque stanze tematiche di ispirazione ariostesca: *Le donne, I cavalieri, l’arme, gli amori e le audaci imprese*. È il carattere di queste recensioni a renderle una guida preziosa nell’universo dei destini e nell’incontro con quella parte dello spettatore che ha bisogno di storie altrui per continuare ad alimentare il rapporto con la propria storia. Lingiardi non siede dietro lo schermo per spiegarci il film da una ottica psicoanalitica ma si siede accanto allo spettatore per presentare

l'universo emozionale che abita quel film/sogno. Tra le righe, le sue godibili recensioni ci invitano e al tempo stesso ci ammoniscono ad entrare nella sala, ci intrigano e involontariamente ci atterriscono. Le recensioni di Lingiardi sono una piccola sfida ad abbandonare, senza muoverci di un centimetro dalla poltrona o dal divano, la nostra zona di comfort emozionale e a scontrarci con l'alterità, il cui effetto nella psiche dello spettatore è sempre drammatico perché lo obbliga a 'sentire' e inevitabilmente in modo implicito o esplicito a interrogarsi.

Molti anni fa al museo della guerra di Londra era stata allestita una sala sull'olocausto. In una parte erano state collocate una montagna di scarpine di cuoio grigio e marrone consunte dal tempo e dal dolore, appartenute, a giudicare dalla taglia, ai bambini della stessa età di mia figlia e mandati nelle camere a gas. Di fronte a quella terribile testimonianza, la mia mente ha incominciato a produrre l'immagine e a cercare delle scarpine rosse, quelle della bambina del film *'Schlinder list'*. *'Schlinder list'* ha raccontato l'orrore ma anche la speranza, la resistenza, la possibilità di rimanere umani davanti all'inumano. Così quel film visto tanti anni prima è riemerso come una fantasia dentro di me per aiutare la mia mente a contenere l'angoscia psichica di fronte all'orrore che mi si presentava davanti. Le recensioni di Lingiardi ci guidano quindi a scegliere un film da vedere o rivedere non in base a un criterio estetico/cinematografico ma in base a una necessità emozionale. Credo che in qualche modo ci spingano e ci diano la possibilità a vedere i film di cui abbiamo bisogno. Attenzione però, non si tratta di un elenco statico, del tipo hai questo problema guarda questo film, cosa che il suo ruolo da psicoterapeuta potrebbe superficialmente far credere. Lingiardi si muove in modo rispettoso sia della storia che dello spettatore, poiché propone un punto di osservazione e non una critica sul film. È quel punto di osservazione che mi ha genuinamente sorpreso e affascinato, soprattutto perché ha stimolato la voglia di vedere film che avevo accantonato perché stroncati dalla critica specializzata o altri che avevo rigettato perché visti attraverso un vertice di osservazione che aveva escluso aspetti che, leggendo la recensione di Lingiardi, mi apparivano ora nuovi, interessanti e promettenti. È in questo, anche se non solo, che l'esperienza della seduta psicoanalitica e l'esperienza della visione del film hanno un punto di profondo contatto. Nella stanza dell'analista così come al cinema si dipanano le storie, ma quello che ci interessa è quello che verrà fatto alle storie e cioè come verranno rielaborate e quindi quante possibilità l'analista e il paziente si offriranno l'uno all'altro per ri-raccontare quella storia. Se postuliamo un livello di collegamento diretto tra la storia che una persona fa della propria esperienza e il senso di sé, scopriamo che tutto ciò che viene fatto e tutte le trasformazioni operate alla 'storia' come oggetto si applicheranno alla persona stessa. Prima che però questo accada è necessario che la persona si appropri di quella storia la faccia sua attraverso il pieno coinvolgimento e

la piena partecipazione personale. Le recensioni di Lingiardi ci aiutano ad abbassare le nostre difese e ci preparano a un coinvolgimento emozionale, preparano la nostra psiche a una cornice di osservazione più profonda, un po' come quando si entra nella stanza dello psicoanalista e si sa che tutto ciò che avverrà al suo interno non sarà casuale e che tutto ciò che il paziente porterà dentro dovrà uscire in parte trasformato pena l'inutilità del costoso processo che si è intrapreso. Attraverso il libro di Lingiardi e senza la necessità di operare complesse letture psicoanalitiche chiunque avrà la possibilità di andare 'al di là del principio del piacere cinematografico' e di operare una personale evoluzione come 'spettAttore'.

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 febbraio 2021.

Accettato per la pubblicazione: 6 febbraio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:528

doi:10.4081/rp.2021.528

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

Giuliana Nico*

Istituzioni e pandemia: elementi di analisi istituzionale e gruppo operativo

WEBINAR, 22 OTTOBRE, 2020

Il 22 Ottobre 2020 si è tenuta su piattaforma online una assemblea internazionale che aveva come compito quello di effettuare una ricerca su pandemia e istituzione all'interno di un approccio psicoanalitico. È stato organizzato da tre diverse associazioni: il Consorzio Sol.Co Mantova, la Scuola di Prevenzione 'José Bleger', il Gruppo di Ricerca Internazionale sulla Concezione Operativa di Gruppo; ha avuto più di 100 partecipanti e si è svolta in spagnolo, francese ed italiano.

L'Assemblea è stata aperta da Leonardo Montecchi (psichiatra, psicoanalista e direttore della Scuola 'José Bleger' Rimini - Italia); con interventi di Patrick Boumard (docente di Antropologia dell'Educazione all'Université de la Bretagne Occidentale e presidente dell'Associazione Società Europea di Etnografia dell'Educazione Saint-Senoux - Francia); Remi Hess, (scrittore e sociologo francese, docente di Scienze dell'Educazione all'Università Paris 8 Reims - Francia); Salvatore Inglese (etnopsichiatra e ricercatore in ambito antropologico Catanzaro - Italia); Osvaldo Saidon (psichiatra, psicoanalista, istituzionalista Buenos Aires - Argentina); Thomas Von Salis (neuropsichiatra e psicoanalista, studioso di analisi istituzionale Zurigo - Svizzera); Gladys Adamson (psicologa sociale, direttrice della 'Escuela de Psicología Social del Sur' di Buenos Aires - Argentina); Franco 'Bifo' Berardi (filosofo e saggista, autore di un diario sul periodo della pandemia dal titolo 'Cronaca della psico-deflazione' Bologna - Italia); Paolo Pagliai (rettore della 'Alta Escuela para la Justicia' di Città del Messico - Messico); Loredana Boscolo (psicologa, psicoterapeuta, formata alla psicoanalisi gruppale - Venezia), Margarita Baz (psicoanalista, formata alla concezione operativa di gruppo - Messico). Con loro sono intervenuti Luciana Bianchera (psicopedagogista, formatrice,

*Psicologa Psicoterapeuta.

docente universitario di Psicologia del lavoro e metodi e tecniche dell'intervento educativo, responsabile scientifica di Sol.Co Mantova), Lorenzo Sartini (psicologo, psicoterapeuta, formatore, supervisore e traduttore per l'Italia del testo *'Psicologia de la conducta'* di José Bleger), Giorgio Cavicchioli (psicologo, psicoterapeuta, formatore e supervisore) e Simona Di Marco (psichiatra, esperta in etnopsichiatria).

Vorrei descrivere questo evento esplicitando alcuni emergenti per come ho potuto osservarli dal mio punto di vista. Le lingue parlate sono state tante: per la difficoltà di formulare un riassunto preferisco rimandare ad altra sede l'esposizione dei temi trattati (si veda "Nel tempo capovolto della pandemia", Quaderni della Formazione, in www.solcomantova.it). Qui vorrei invece comunicare alcuni spunti sull'innovativo processo gruppale che si è sviluppato, consapevole che questo taglio è singolare e decisamente mancante di uno degli argini che garantisce di solito il buono scorrimento di una comunicazione. Manca qualcosa, ma non manca tutto, perché ciò a cui ho partecipato ha rappresentato un ri-inizio prezioso (quanti ri-inizi può promuovere questa assemblea non lo so, quanti inizi stiano accadendo in varie parti del mondo non lo so). Vorrei quindi esporre ciò che ho potuto percepire e ciò che intendo, nell'intento di condividere con il lettore le principali idee emerse (segnalerò con asterisco i vocaboli tecnici di questo approccio per successivi approfondimenti).

Primo emergente*: il compito* del gruppo è operativo*

L'evento è stato rappresentato da una assemblea di psicologi sociali, psicoanalisti, psichiatri, saggi, ricercatori, nell'ambito della psicoanalisi dei gruppi e delle istituzioni*, che si sono trovati con l'obiettivo di attivare una funzione di pensiero sulla pandemia, all'interno della matrice interpretativa della psicoanalisi operativa*. Gli organizzatori avevano come obiettivo quello di aprire uno spazio per stimolare apprendimenti all'interno di un contenitore* istituzionale internazionale. Hanno partecipato persone provenienti da 9 diversi paesi: Cile, Brasile, Uruguay, Messico, Argentina, Spagna, Italia, Svizzera, Francia.

Il vettore che ha guidato il lavoro dei professionisti partecipanti è stato la riflessione sulla propria situazione di appartenenza, in un continuo lavoro di manipolazione della propria realtà di vita e di proposta di idee. Il gruppo stava affrontando un problema, non stava cercando di esporlo/capirlo solo in un senso intellettuale. I temi trattati (le restrizioni di contrasto alla pandemia; il racconto delle strategie di insegnamento di alcuni insegnanti di una scuola latinoamericana; l'imminente referendum per il cambiamento della Costituzione cilena; ecc.) hanno mostrato come il compito latente* fosse più ampio rispetto a quello manifesto* esplicitato inizialmente, e sembrava

riguardare i cambiamenti che i partecipanti potevano stimolare dall'interno delle istituzioni dei diversi paesi. Nei discorsi dei membri dell'Assemblea, che potevano intervenire liberamente, la pandemia è stata esplorata in qualità di sintomo di una malattia più profonda che coinvolge l'organizzazione della struttura sociale* e del rapporto uomo-natura. I partecipanti hanno iniziato ad attivare uno spazio di ascolto e dialogo di questo livello del problema, utilizzando la rottura creata dalla pandemia come occasione per uno spazio di riflessione sul contesto sociale di volta in volta considerato. La pandemia è stata come una ferita-feritoia, attraverso la quale accedere ad una realtà futura diversa. Questo modo di procedere mi ha rievocato la descrizione della relazione che esiste tra nuova idea e gruppo offerta da Bion ('Lecture Bioniane', pag. 352): *'Se l'Istituzione assume il ruolo di tramite, tra il mistico e il gruppo si instaura una relazione simbiotica nella quale il mistico riesce a svolgere la sua funzione rivitalizzante nei confronti del gruppo al quale è mutualmente legato [...]'*. Viceversa si instaura *'una relazione parassitaria, un legame distruttivo tra il mistico e il gruppo [...] che determina la distruzione e l'impoverimento sia dell'ospite che del parassita'*. In questa sede può stupire l'associazione che viene fatta tra il termine 'mistico' e il termine 'parassita', ma bisogna considerare che essi vengono considerati simili rispetto alla distruttività che possono esercitare all'interno del gruppo/istituzione in cui si sviluppano, se questi contenitori non riescono a rielaborare l'esigenza profonda che il loro presentarsi esprime. Da qui si evince l'importanza di favorire un rapporto conviviale tra ciò che si presenta come 'nuovo' e l'Istituzione che lo accoglie, affinché possa prodursi arricchimento. Nel ripercorrere l'evento del 22 ottobre, ho immaginato l'Assemblea come uno 'scudo' volto ad attutire sia la violenza della pandemia sia la violenza della risposta istituzionale, al fine di ritagliare un tempo di riflessione su come l'Istituzione possa utilizzare il virus per rinnovarsi. Parlo di 'Istituzione' per riferirmi ad alcune idee generali sviluppate da molti autori, idee come 'contenitore', 'gruppo di gruppi', 'soggetto plurale vivente*'. Se interpretiamo il virus come segnale di una comunicazione inconscia*, abbiamo bisogno di spazi mentali di elaborazione delle dinamiche tra la pandemia e i vari contenitori istituzionali nei quali essa si sta esprimendo, sperando che questi ultimi riescano a modificarsi e adattarsi a sufficienza per gestirne l'impatto in modo costruttivo.

Secondo emergente: l'Assemblea* come contenitore flessibile e includente

L'intenzione che gli organizzatori hanno comunicato esplicitamente è stata quella di favorire la sperimentazione all'interno di un contenitore vivo e relazionale che rendesse possibile un processo destrutturato*. Non si è voluto utilizzare contenitori noti: convegni, lezioni, gruppi esperienziali o di terapia. Si

è trattato di un *large group** online all'interno del quale sperimentare una conduzione libera, senza suddivisione statica tra relatori e pubblico, con interventi preordinati ma senza la più tradizionale conduzione di tipo gruppale, senza l'ausilio di una teoria della tecnica consolidata, con l'incognita dell'incontro tramite dispositivi tecnologici. Il nome 'Assemblea' è evocativo di finalità politiche, di un gruppo composto da delegati della società civile, di un gruppo di portavoce* d'elezione. Fa pensare all'Assemblea degli Stati Generali della Rivoluzione francese, le assemblee del '68, le assemblee terapeutiche settimanali che avvenivano nell'Ospedale Psichiatrico di Basaglia. Nell'incontro, mentre emergeva il radicamento dei membri del gruppo nella propria realtà, l'Assemblea ha mantenuto una sorta di extra territorialità, non essendo di fatto collocabile in nessuno specifico Stato, come uno sguardo da fuori-mondo (in effetti, tecnicamente l'incontro si è svolto su una nuvola).

Nel lavoro con le istituzioni interpretate come soggetti sociali, alcuni autori teorizzano la necessità che il consulente che le analizza non abbia un ruolo strutturato all'interno dell'istituzione stessa (Bleger). Tuttavia, trovandosi di fronte a fenomeni di portata globale come la pandemia o il cambiamento climatico, lo psicoanalista è chiamato ad utilizzare i propri strumenti, applicati ad aree culturali che condivide con tutti. Alcuni teorici hanno descritto una parte intrapsichica definita 'nucleo glichrocarico' (Pichon Riviere) o del 'trans-oggettivo' (Amati Sas), che è stata ritenuta analizzabile attraverso il 'controtransfert istituzionale' del consulente/psicosocioanalista (Ariele Psicoterapia e Ariele Psicosocioanalisi). Questa parte testimonia l'esistenza di un legame originario tra il soggetto e il contesto a cui appartiene. Questo rapporto individuo-mondo è stato indagato da Elliot Jacques, il quale ha sancito l'importanza delle Istituzioni per la salute mentale dell'individuo, per la garanzia che offrono di poterle utilizzare come depositario* di angosce psicotiche*, troppo intense per essere sostenute dal soggetto singolo.

Tornando all'Assemblea, all'interno di questo tipo di contenitore si sono resi evidenti i legami interpersonali pre-esistenti tra le persone appartenenti ai diversi paesi. Le persone si riconoscevano, salutavano, citavano terzi, citavano episodi avvenuti in altri momenti, subito zittendosi per lasciare spazio ad altri intrecci dello stesso tipo. Era come se alla estrema flessibilità del contenitore corrispondesse una densa tessitura della trama dei legami* tra i partecipanti, legami caldi che continuamente portavano i singoli alla ribalta del gruppo come una onda dal mare alla spiaggia. Il gruppo si manifestava agli occhi dei partecipanti come un continuo cambio di schermata alla ricerca della persona che in quel momento stava salutando, in un continuo gioco di spostamento di griglie, di visi, di voci, di paesi, di lingue. Un andirivieni del dito sullo schermo come la navetta tra i fili. Le conoscenze intrecciate, lo stupore e il piacere che i partecipanti mostravano nel vedersi, sembravano riempire l'ordito dell'Assemblea tenendolo insieme e colmandolo di immagini, senza le quali l'esperienza sarebbe risultata frammentata o assurda.

Terzo emergente: la sfida radicale della pluralità delle lingue e delle visioni

Come detto, l'evento si è svolto nelle lingue madri dei partecipanti, tradotte di volta in volta dai partecipanti stessi o con brevi pause di spiegazione proposte dagli organizzatori. L'ascolto di tante lingue ha moltiplicato l'effetto caleidoscopico già tipico del gruppo, la percezione della molteplicità dei punti di vista, il continuo proporsi di scostamenti e connessioni tra i vari interventi, comunicazioni stimolanti anche quando l'immaginazione dell'ascoltatore doveva colmare i vuoti di comprensione. La sfida è stata quella di creare una situazione in cui l'Assemblea lavorasse senza un metodo preordinato e si impegnasse contemporaneamente, nell'affrontare il compito di comunicazione, alla creazione di un codice comune. La richiesta di impegno è stata bidirezionale: verso l'esterno e verso l'interno; mentre scolpisco la materia, metto a punto lo scalpello. Si trattava di lavorare sulla comunicazione, ciò che Pichon Riviere definisce E.C.R.O.*, lo schema concettuale di riferimento operativo del gruppo.

Per effetto di questa scelta il mondo è apparso di nuovo grande. Le comunicazioni in lingua madre suonavano particolarmente contestualizzate e personali. Ad esempio, chi parlava dal Cile raccontava di un appuntamento storico imminente, ovvero il primo referendum istituzionale per l'abrogazione della costituzione voluta da Pinochet, evocava negli altri ricordi, storie, eventi, percorsi, che venivano percepiti in tutta la loro estensione spazio-temporale. Il mondo è apparso nuovamente percorribile, ma con la fatica di uno sforzo fisico. Fare l'esperienza di poter approdare, anche se via video, in un nuovo paese, in cui incontrare il viso conosciuto del partecipante, impegnarsi in un compito comune, nella sua casa, nel suo quartiere, nella sua città, è stata una esperienza sorprendente. Durante il lockdown abbiamo appreso che gli incontri interpersonali non sono scontati. L'incommensurabilità delle lingue ha potenziato l'impressione che il mondo sia di nuovo esteso, ma questa volta, grazie al progetto di riflessione comune sostenuto da legami accoglienti, è risultato anche più percorribile e meno ostile.

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: 25 novembre 2020.

Accettato per la pubblicazione: 24 gennaio 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:498

doi:10.4081/rp.2021.498

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

Katia Provantini*

Le Officine del Minotauro

Diventare adulti oggi è un processo intrapsichico che porta il singolo a riflettere sulle proprie caratteristiche personali così come sulla complessa e precaria realtà sociale in cui viviamo, sviluppando competenze e abilità specifiche. La diffusione della tecnologia, inoltre, sta portando a una profonda e radicale rivoluzione culturale e cognitiva tanto da creare una difficile sincronia tra contesti istituzionali di apprendimento e mondo del lavoro. Infine, i dati statistici dichiarano un aumento di giovani in ritiro scolastico e sociale accompagnati da sentimenti di inutilità, vergogna e solitudine.

Alla luce del panorama socioeconomico contemporaneo, che come ambiente di crescita nella Comunità incide direttamente sulle coordinate di funzionamento psicologico degli individui, l'équipe *Apprendimento del Minotauro* ha avviato il progetto *Officine*, riunendo una serie di dispositivi di cura sperimentati negli ultimi venti anni e finalizzati a supportare la costruzione identitaria dei giovani come individui e come persone inserite nel proprio ambiente di vita. Officine, in questa prospettiva, ha l'obiettivo di accompagnare e sostenere il giovane nella ripresa e nella creazione di un futuro pensabile, sia personale che lavorativo.

Nello scenario attuale, i giovani che faticano a crescere e occupare un ruolo nel complesso mondo odierno vengono chiamati *NEET*: '*giovani che rifiutano qualsiasi forma di educazione, di inserimento sociale e di lavoro*'. All'interno di questo gruppo troviamo adolescenti e giovani adulti in una situazione di blocco più o meno severo, disorientati fra le possibili scelte, preoccupati e demotivati dal possibile fallimento, sofferenti per la situazione di stallo. Questa dinamica si manifesta attraverso la rinuncia ad apprendere, nella problematicità della scelta scolastica o universitaria e, in generale nel ritiro degli investimenti: il bisogno di fermarsi per costruire percorsi

*Psicologa psicoterapeuta; Vicepresidente della *Cooperativa Minotauro* e referente della sede *Minotauro* di Padova; Ideatrice del progetto *Officine*, responsabile dell'équipe *Apprendimento e Laboratori*, direttrice del master '*Adolescenti in crisi*'.

E-mail: kprovantini@gmail.com ; sito: www.katiaprovantini.com

significativi è percepito come una necessità imprescindibile, rischiando tuttavia di bloccarsi nella percezione di non aver nulla da sviluppare, nessuna qualità su cui appoggiarsi e alcun valore da difendere. Secondo quanto segnalano Istat e Unicef, i Neet in Italia hanno superato i 2 milioni (dati del 2018 in continuo aumento) e, tra i 15 e i 29 anni, i giovani che non studiano e non lavorano sono stati il 23,4%: fenomeno allarmante, molto presente sia tra i maschi che tra le femmine, oltre ad essere in aumento per entrambi. Secondo quanto osservato dall'Istituto Minotauro, questi ragazzi faticano a progettare il proprio futuro per un'impossibilità di pensarlo in termini positivi. Il futuro, che si rappresenta oggi precario e minaccioso, ha la capacità di interferire a più livelli nella vita degli individui, dai piani di sviluppo individuale fino ai miti culturali che influenzano le logiche educative, la relazione tra generazioni e l'intero impianto su cui fondare Comunità educante e Comunità sociale.

Dal punto di vista clinico è sempre più evidente come un futuro difficoltoso vada ad intaccare la capacità di investire in progetti del presente. I ragazzi hanno sviluppato un linguaggio che racconta il 'non senso' di certi impegni, certe logiche e certe richieste. Per quel che riguarda il rapporto tra generazioni, il futuro interpretato positivamente o negativamente è in grado di modificare la relazione tra generazioni: le richieste e le indicazioni che gli adulti rivolgono ai giovani variano a seconda che il futuro si percepisca lineare e raggiungibile facilmente, oppure, minaccioso e incerto.

Parallelamente, in un'epoca complessa l'identità adulta si ricerca quando si è in grado di porsi domande giuste, di senso, sulla propria esistenza, ma anche quando si sviluppano capacità progettuali, decisionali, narrative, riflessive, per cercare di aprire prospettive di senso possibili.

La tematica, vista da questo punto di vista, ci aiuta a mettere a fuoco che i ragazzi, nel rapporto con gli adulti, hanno bisogno di dialoghi di senso e di valore. Non dobbiamo dimenticarci che gli adolescenti di oggi sono figli di un modello educativo profondamente centrato e alimentato dalla relazione, nella quale la famiglia affettiva ha alimentato un continuo dialogo intergenerazionale. Allo stesso tempo purtroppo la famiglia relazionale, funzionale per i compiti evolutivi dell'infanzia, trova la sua maggiore difficoltà nel supportare lo sviluppo adolescenziale centrato sui compiti di separazione, individuazione e differenziazione. La difficoltà aumenta se, come dicevamo, il futuro è minaccioso e la Società è percepita come problematica.

Le Officine del Minotauro si collocano in uno spazio al contempo psichico e sociale; sono un progetto a sostegno della crescita dei giovani, propongono loro nuove sperimentazioni per la costruzione dell'identità adulta e fornisce agli adulti di riferimento gli strumenti necessari per aiutare i ragazzi nella costruzione del proprio futuro. Officine è inoltre un movimento di condivisione per costruire e diffondere un nuovo paradigma culturale. Il progetto è strutturato intorno al fare: un *fare* dotato di senso, in grado di

riavviare la speranza e supportare la ripresa dei processi di mentalizzazione. Lontano tanto dalle teorie occupazionali quanto dalla semplice espressività solitaria e narcisistica, il fare diviene opportunità di costruzione identitaria: esperienza trasformativa in grado di riabilitare l'immagine di sé mortificata e di sperimentare processi creativi condivisi e radicati nell'incontro con l'altro e nella realtà sociale.

Il progetto Officine, con supervisione scientifica di Katia Provantini e coordinamento di Alessia Lanzi, si rivolge principalmente a ragazze e ragazzi (16-27 anni) che, superato il periodo di obbligo formativo scolastico, vivono una fase di stallo: fatica nella frequenza scolastica, disorientamento nella scelta della scuola o dell'università, blocco in preparazione della maturità o di sessioni universitarie, difficoltà nella ricerca di lavoro; oppure situazioni stazionarie senza scuola, né lavoro, né altre formazioni in corso. Per permettere ai ragazzi di *ri-accedere* al proprio progetto di vita e rendere pensabili nuovi percorsi oltre la crisi, Officine propone a ciascuno percorsi personalizzati costruiti grazie all'ausilio di un *tutor* individuale.

Il dispositivo maggiormente proposto è il *Laboratorio* (Mittino & Provantini, 2017): strumento di presa in carico finalizzato al superamento dei blocchi del pensiero e al riavvio dei processi di crescita sul piano emotivo, affettivo, relazionale e cognitivo; si struttura attorno al fare, che diventa mezzo per accedere a nuove rappresentazioni di sé, riattivare i processi di pensiero bloccati e sperimentare esperienze emotivamente valorizzanti.

I laboratori possono essere individuali o di gruppo, e uniscono aspetti espressivo-creativi, di apprendimento e di supporto alla crescita. Accanto agli incontri individuali, sono previsti i laboratori gruppalì (di cinema, identità e ruolo professionale, patente di guida, competenze trasversali o soft skills, scelta universitaria, costruzione curriculum, preparazione agli esami, *etc.*) e i Laboratori del cambiamento (*mentoring*) che prevedono la collaborazione tra generazioni di professionisti e l'integrazione di approcci nel superamento delle difficoltà.

Al fine di proporre interventi che non siano limitati alle difficoltà di crescita dei singoli ragazzi, Officine si rivolge alla Comunità Educante proponendo un nuovo paradigma di supporto alla crescita che coinvolge numerosi interlocutori. Azioni specifiche (formazione, sensibilizzazione, laboratori dedicati, progettazione di tirocini) coinvolgono genitori, operatori psico-socio-sanitari, docenti e referenti delle aziende.

La necessità è di sviluppare un movimento condiviso di trasformazione delle logiche lineari in logiche complesse e interconnesse. Tutto ruota intorno ai nuovi paradigmi generati dai cambiamenti repentini del mondo sociale e dalle trasformazioni tecnologiche: dalla conoscenza, che da contenuto diviene processo, alla funzione dell'adulto che, da saggio e detentore di risposte, si trasforma in colui che sostiene la speranza e il valore intrinseco della domanda e del cambiamento. Officine da questo punto di vista vuole

dare testimonianza del ruolo fondamentale assunto dal *fare condiviso*: in un'epoca di forte destabilizzazioni, in cui un certo modo di stare al mondo sembra chiudersi e i nuovi riferimenti non risultano ancora radicati, gli adulti devono poter sostenere nel cambiamento e acquisire tutte quelle competenze necessarie al buon esito del viaggio. Un viaggio che per molti aspetti nessuno di noi ha precedentemente sperimentato e di cui non esistono mappe o diari di viaggiatori rientrati in porto. Potremmo dichiarare l'impossibilità di partire, non avendo mete né strumenti. Oppure possiamo immaginare di sfruttare le esperienze e le competenze acquisite per far emergere un nuovo modo di essere adulto, maggiormente generativo, più consapevole dei propri funzionamenti, più interessato e responsabile delle differenze che non delle somiglianze, meno soggiogato dalla paura e dalle abitudini. Dal punto di vista di Officine, tutto ciò consentirebbe di creare, insieme, quei ponti necessari tra l'immobilità della crisi attuale e il futuro che i giovani e la Società sono chiamati ad immaginare prima ancora di costruire.

Tutte le informazioni e i contatti sono disponibili al sito: <https://officine.minotauro.it/>

BIBLIOGRAFIA

Mittino, F., & Provantini, K. (a cura di) (2017). *Apprendere: un processo complesso. Psichiatria e Psicoterapia*, XXXVII(1), marzo 2017. Disponibile: <https://www.fioritieditore.com/prodotto/psichiatria-e-psicoterapia-no-1-marzo-2017/>

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: 20 marzo 2021.

Accettato per la pubblicazione: 22 marzo 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:537

doi:10.4081/rp.2021.537

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

Focus: There are no longer the children (but above all the parents) of the past: a psychoanalytical look at parenthood and perinatal psychology

EDITORIAL 1

▪ *Marcello Florita*

ARTICLES

One Cannot Touch Without Being Touched: Why Psychoanalysis Needs to Draw from the Perinatal, and Vice Versa 9

▪ *Marcello Florita*

Psychopathology in the Perinatal Period: Beyond Postpartum Depression 41

▪ *Greta Petrilli*

Technological Storks: Parents and Children Born Thanks to Science! 73

▪ *Alessandra Merisio*

Migration, Interculturality and Parenthood 93

▪ *Valentina Stirone, Jolanda Spoto, Martina Trinchieri*

We, the Children of COVID. Pregnancy in the Pandemic, as a Pandemic 113

▪ *Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero, Valeria Pirro, Marcello Florita*

WRITINGS

Psychoanalysis in Form and Action 135

▪ *Veronica Di Donato, Chiara Di Nunzio, Beatrice Dionisi, Martina Ferrari, Maria Guglielmo, Alessia Laudati, Camilla Raccosta, Arianna Ranauro, Alessia Scano*

Commentary to the Paper: Psychoanalysis in Form and Action 171

▪ *Romina Coin*

Commentary to the Paper: Psychoanalysis in Form and Action 179

▪ *Alfio Maggiolini*

Commentary to the Paper: Psychoanalysis in Form and Action 187

▪ *Nicola Artico*

The Diagnostic and Relational Process in Psychiatry. The Epistemological Validity of Normality and Pathology 195

▪ *Alfio Allò*

SGUARDI

Il muro improbabile. Alcune considerazioni sul film Dogtooth 237

▪ *Alessandro Ciardi*

The therapist's gambit - Riflessioni psicoterapeutiche e didattiche sulla serie 'La regina degli scacchi' 243

▪ *Valentina Albertini*

LETTURE

Al cinema con lo psicoanalista 247

VITTORIO LINGIARDI

▪ *Carmine Parrella*

INCONTRI

Istituzioni e pandemia: elementi di analisi istituzionale e gruppo operativo

WEBINAR, 22 OTTOBRE, 2020 251

▪ *Giuliana Nico*

TRASFORMAZIONI

Le Officine del Minotauro 257

▪ *Katia Provantini*

Focus: Non esistono più i figli (ma soprattutto i genitori) di una volta: uno sguardo psicoanalitico al diventare genitori e alla psicologia perinatale

EDITORIALE 5

▪ *Marcello Florita*

ARTICOLI

Non si può toccare, senza essere toccati: perché la psicoanalisi deve attingere dal perinatale e viceversa 25

▪ *Marcello Florita*

La psicopatologia in epoca perinatale: oltre la depressione postpartum 57

▪ *Greta Petrilli*

Cicogne tecnologiche: genitori e figli nati dalla scienza! 83

▪ *Alessandra Merisio*

Migrazione, interculturalità e genitorialità 103

▪ *Valentina Stirone, Jolanda Spoto, Martina Trinchieri*

Noi, figli del COVID. La gravidanza nella pandemia, come una pandemia 123

▪ *Licia Lietti, Greta Petrilli, Claudia Maspero, Valeria Pirro, Marcello Florita*

SCRITTI

Psicoanalisi in forma e azione 153

▪ *Veronica Di Donato, Chiara Di Nunzio, Beatrice Dionisi, Martina Ferrari, Maria Guglielmo, Alessia Laudati, Camilla Raccosta, Arianna Ranauro, Alessia Scano*

Commento all'articolo: Psicoanalisi in forma e azione 175

▪ *Romina Coin*

Commento all'articolo: Psicoanalisi in forma e azione 183

▪ *Alfio Maggiolini*

Commento all'articolo: Psicoanalisi in forma e azione 191

▪ *Nicola Artico*

Il processo diagnostico e relazionale in psichiatria. Validità epistemologica tra normalità e patologia 215

▪ *Alfio Allò*

SGUARDI

Il muro improbabile. Alcune considerazioni sul film Dogtooth 237

▪ *Alessandro Ciardi*

The therapist's gambit - Riflessioni psicoterapeutiche e didattiche sulla serie 'La regina degli scacchi' 243

▪ *Valentina Albertini*

LETTURE

Al cinema con lo psicoanalista 247

VITTORIO LINGIARDI

▪ *Carmine Parrella*

INCONTRI

Istituzioni e pandemia: elementi di analisi istituzionale e gruppo operativo

WEBINAR, 22 OTTOBRE, 2020 251

▪ *Giuliana Nico*

TRASFORMAZIONI

Le Officine del Minotauro 257

▪ *Katia Provantini*