

pISSN: 1827-4625
eISSN: 2037-7851


2023 | Vol. XXXIV | 2

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis



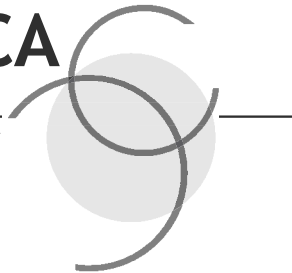
 open access journals

 pagepress

RICERCA PSICOANALITICA

Rivista della Relazione in Psicoanalisi

Journal of the Relationship in Psychoanalysis



RICERCA PSICOANALITICA

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

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

Membro del *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*.

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

Member of the *Council of Editors of Psychoanalytic Journals*

Direttore scientifico | *Editor-in-Chief*

Fabio Vanni

Comitato di Redazione | *Assistant Editors*

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

Precedenti Direttori | *Former Editors-in-Chief*

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

Comitato Scientifico | *Editorial Board*

Neil Altman (New York); Beatrice Beebe (New York); Wilma Bucci (New York); Mauro Ceruti (Italy); Gustavo Pietropolli Charmet (Italy); Christopher Christian (New York); Steven Cooper (Boston); Margaret Crastnopol (Seattle); Elisabeth Fivaz-Depeursinge (Switzerland); Peter Fonagy (London); Pier Francesco Galli (Italy); Francesco Gazzillo (Italy); Leon Hoffman (New York); Elliot Jurist (New York); Vittorio Lingiardi (Italy); Gianluca Lo Coco (Italy); Sergio Manghi (Italy); Giuseppe Martini (Italy); Paolo Migone (Italy); Rosario 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 Spezzano (San Francisco); Donnel B. Stern (New York); Edward Tronick (Boston).

Redazione | *Editorial Staff*

Alice Fiorani, *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

info@pagepress.org – www.pagepress.org

Abbonamento stampa cartacea per il 2023 (3 numeri) | *Subscription printed edition for 2023 (3 issues)*

Italy € 70,00

Other countries € 105,00

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

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

Banca Popolare di Sondrio, Agenzia 1, Pavia, Italy

IBAN: IT85Y0569611301000005086X83 - BIC: POSOIT22

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

pISSN: 1827-4625 | eISSN: 2037-7851

Stampa | *Printed by*

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

Finito di stampare nel mese di agosto 2023 | *Printed in August 2023*

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.

Licenze ©2023 PAGEPress Srl, Pavia

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL		DIALOGUES ABOUT CARE RELATIONSHIPS	
Editorial	237	La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	353
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Giuliana Nico</i>	
Focus 1: The anxiety and depression consensus conference: a critical look		Commento al caso clinico: La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	363
Commentary on the Consensus Conference's final document on psychological therapies for anxiety and depression. What is the scientific evidence?	241	▪ <i>Valentina Argento</i>	
▪ <i>Gianluca Lo Coco</i>		Commento al caso clinico: La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	369
A storm in a teacup: a commentary on the 'Consensus conference on psychological therapies for anxiety and depression'	249	▪ <i>Cristina Sempio</i>	
▪ <i>Silvia Paola Papini, Fabio Vanni</i>		La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita: risposta ai commenti al caso	375
Italian guidelines on psychological therapies for anxiety and depression: innovation or missed opportunity?	277	▪ <i>Giuliana Nico</i>	
▪ <i>Simone Cheli</i>		MEETINGS	
'Anxiety and depression': document of 2022 Ministry of Health Consensus Conference. What is the purpose? The question is a good one and needs an answer	289	Ciclo di incontri 'Giovani: forme dello stare nel mondo'. 30 marzo, 13 e 27 aprile 2023, Parma	379
▪ <i>Miriam Gandolfi</i>		▪ <i>Manuela Di Fabio</i>	
Anxiety, depression and psychotherapy	305	GLANCES	
▪ <i>Luigi Cancrini, Francesca Romana De Gregorio</i>		Commento al film: <i>Vicini di casa</i>	385
Focus 2: Psychoanalytic supervision		DI PAOLO COSTELLA, 2022	
Becoming a psychoanalyst: supervision as a central moment of training	317	▪ <i>Fabio Vanni</i>	
▪ <i>Maria Luisa Tricoli</i>		LECTURES	
Supervisory relationships	337	Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi	389
▪ <i>Sandra Buechler</i>		DI MASSIMO RECALCATI	
		▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>	
		TRANSFORMATIONS	
		La magia del doppiaggio. Un'esperienza didattica innovativa presso un liceo e uno strumento terapeutico di gruppo per gli adolescenti di Parma	395
		▪ <i>Emanuele Arletti</i>	

INDICE

EDITORIALE		DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA	
Editoriale	239	La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	353
▪ <i>Fabio Vanni</i>		▪ <i>Giuliana Nico</i>	
Focus 1: La Consensus Conference su ansia e depressione: uno sguardo critico		Commento al caso clinico: La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	363
Commento al documento finale della Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Quali evidenze scientifiche?	245	▪ <i>Valentina Argento</i>	
▪ <i>Gianluca Lo Coco</i>		Commento al caso clinico: La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita	369
Dalla montagna al topolino: commento a ‘Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione’	263	▪ <i>Cristina Sempio</i>	
▪ <i>Silvia Paola Papini, Fabio Vanni</i>		La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita: risposta ai commenti al caso	375
Le linee guida italiane sulle terapie psicologiche di ansia e depressione: un’innovazione o un’occasione persa?	283	▪ <i>Giuliana Nico</i>	
▪ <i>Simone Cheli</i>		INCONTRI	
‘Ansia e depressione’: documento Consensus Conference 2022 del Ministero della Salute. Quale lo scopo? La domanda è buona e necessita di una risposta	297	Ciclo di incontri ‘Giovani: forme dello stare nel mondo’. 30 marzo, 13 e 27 aprile 2023, Parma	379
▪ <i>Miriam Gandolfi</i>		▪ <i>Manuela Di Fabio</i>	
Ansia, depressione e psicoterapia	311	SGUARDI	
▪ <i>Luigi Cancrini, Francesca Romana De Gregorio</i>		Commento al film: <i>Vicini di casa</i>	385
Focus 2: La supervisione psicoanalitica		DI PAOLO COSTELLA, 2022	
Divenire psicoanalisti: la supervisione come momento centrale della formazione	327	▪ <i>Fabio Vanni</i>	
▪ <i>Maria Luisa Tricoli</i>		LETTURE	
Relazioni di supervisione	345	<i>Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi</i>	389
▪ <i>Sandra Buechler</i>		DI MASSIMO RECALCATI	
		▪ <i>Gianfranco Bruschi</i>	
		TRASFORMAZIONI	
		La magia del doppiaggio. Un’esperienza didattica innovativa presso un liceo e uno strumento terapeutico di gruppo per gli adolescenti di Parma	395
		▪ <i>Emanuele Arletti</i>	

Editorial

*Fabio Vanni**

This *Ricerca Psicoanalitica* (Psychoanalytic Research) issue sees as its first thematic focus the ‘Consensus Conference on psychological therapies for anxiety and depression’, a document put together last year by a workgroup promoted by the University of Padua and endorsed by the Istituto Superiore di Sanità (Higher Health Institute).

It is therefore an institutionally official text which was created through a scientifically proven procedure. It should therefore have concrete effects on treatment and prevention in Italy for both public services and private organizations and professionals, as well as for Third Sector associations and organizations.

The so-called ‘common mental disorders’ are the syndromes that affect the largest number of people with psychopathology, although not the most serious, and therefore the document covers a wide diagnostic area.

If we add to this two more considerations, namely the low number of people with these diagnoses being treated in public services, as these services are more oriented toward the more serious psychoses or severe personality disorders, and the prevalence of psychopharmacological treatments despite them being notoriously less effective in treating these compared to psychological therapies – both of which are highlighted in the paper – you can understand how important it is for a journal that wants to develop a culture of care to analyze the Consensus document in depth.

The significance concerns the content and process of the Consensus – the latter is an element highlighted in several proposed studies – and, in particular, its final recommendations which concern clinical practice directly, but also prevention and training choices for operators, in particular psychotherapists, who are involved in the treatment itself and who are the main recipients of this document.

We have therefore asked several healthcare professionals and researchers to write an independent comment regarding the document, taking care of selecting colleagues of proven competence and belonging to different cultural areas – I would say more broadly than the document itself has done.

The outcome, which will be clear from reading the texts, is critical to the

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

quality of the proposed guidelines. The remarks concern all levels of the document, although the first part certainly seems less defensible than the second – specifically the final recommendations – which is the most important part.

I will not go into the individual observations that operate on different levels – epistemic, theoretical, methodological, institutional, political, and educational – and that make it important for the authors of the document, the most important public scientific body in the health sector, also use these contributions to guide the next steps regarding the revision of the document, which, as a custom in this type of program, will begin soon.

It would be a pity if this was not the case, given the unanimous agreement on the good intentions behind the ethical as well as scientific need to direct treatment practices where research shows they are most effective.

Ignoring the findings that have been made would condemn the work to irrelevance at best, or worse, to orient operational practices toward unacceptable forms.

In the second part of the issue, we present an ideal dialog between two highly experienced psychoanalysts on one of the main pillars of psychoanalytic training: supervision. Sandra Buechler and Maria Luisa Tricoli propose the essence of their experience, enlightened by the way they think about the subject, psychological care, and training. North American and Italian relational psychoanalysis are expressed via the two therapists, making it possible to glimpse the similarities and differences concerning this topic between the two worlds.

Giuliana Nico will then narrate a clinical story that will be commented on by Valentina Argento and Cristina Sempio, and will then be followed by her own reflections. Comments by Manuela Di Fabio on the cycle of conversations ‘Young people: ways of being in the world’ and Gianfranco Bruschi’s comments on the book ‘Clinical practice of the vacuum’ by Massimo Recalcati, and then Vanni’s comment on the film ‘Vicini di casa’ as well as Emanuele Arletti’s contribution to the feature ‘Transformations’, complete the issue worthily and we hope these will arouse your interest as always.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 18 July 2023.

Accepted: 25 July 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:841

doi:10.4081/rp.2023.841

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

Editoriale

*Fabio Vanni**

Questo numero di Ricerca Psicoanalitica vede come suo primo focus tematico la ‘Consensus Conference sulla terapie psicologiche per ansia e depressione’, documento prodotto lo scorso anno da un gruppo di lavoro promosso dall’Università di Padova e fatto proprio dall’Istituto Superiore di Sanità.

Si tratta quindi di un testo istituzionalmente ufficiale che nasce attraverso una procedura scientificamente collaudata. Dovrebbe quindi produrre effetti concreti sul trattamento e sulla prevenzione operati sul territorio italiano sia dai servizi pubblici che dai professionisti e organizzazioni private nonché da enti e organizzazioni del Terzo Settore.

I cosiddetti ‘disturbi emotivi comuni’ costituiscono le sindromi che riguardano il maggior numero di persone fra quelle portatrici di una psicopatologia, benché non quelle di maggiore gravità, e dunque il documento copre un’area diagnostica di grande diffusione.

Se aggiungiamo a questa altre due considerazioni, ovvero la scarsa presenza di persone con queste diagnosi in trattamento presso i servizi pubblici, più orientati verso la gravità delle psicosi o dei disturbi gravi di personalità, e la prevalenza di trattamenti psicofarmacologici a fronte di una nota minor efficacia degli stessi rispetto alle terapie psicologiche – entrambi ben evidenziati nel documento – si può capire come sia importante per una rivista che vuol fare cultura della cura approfondire la Consensus.

La significatività è per i contenuti ed il processo della Consensus – elemento quest’ultimo evidenziato in diversi lavori proposti – ed in maniera particolare le sue raccomandazioni finali che riguardano la clinica in modo diretto, ma anche la prevenzione e le scelte formative verso gli operatori, in particolare verso gli psicoterapeuti, che sono coinvolti nella cura stessa e che sono i principali destinatari del documento.

Abbiamo chiesto quindi ad alcuni professionisti e ricercatori di scrivere un commento indipendente sul documento avendo cura sia di scegliere colleghi di comprovata competenza che appartenenti a vertici culturali differenti – direi più ampiamente di quanto faccia il documento stesso.

L’esito, che emergerà con chiarezza dalla lettura dei testi, è critico sulla qualità delle indicazioni proposte. I rilievi riguardano tutti i livelli del docu-

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

mento anche se la prima parte appare certamente meno difendibile della seconda – le raccomandazioni finali appunto – che è quella che conta di più.

Non entro qui nel merito dei singoli rilievi che si muovono su diversi piani – epistemici, teorici, metodologici, istituzionali, politici, formativi – e che rendono davvero importante che gli estensori del documento, il massimo organismo scientifico pubblico in ambito sanitario, utilizzino anche questi contributi per orientare gli step successivi di revisione del documento che, come avviene abitualmente in questo tipo di percorsi, prenderà avvio nei prossimi tempi.

Sarebbe un peccato se ciò non avvenisse stante la condivisione unanime delle buone intenzioni di partenza relative alla necessità etica, oltre che scientifica, di orientare le pratiche di cura dove le ricerche indicano che esse hanno maggiore efficacia.

Non tener conto dei rilievi che da più parte sono emersi condannerebbe il lavoro fatto all'irrelevanza, nella migliore delle ipotesi, o peggio ad orientare le pratiche operative in forme poco accettabili.

Nella seconda parte del numero presentiamo un dialogo ideale fra due psicoanaliste di grande esperienza su uno dei principali pilastri della formazione psicoanalitica: la supervisione. Sandra Buechler e Maria Luisa Tricoli propongono il distillato della loro esperienza illuminato dal modo che hanno di pensare al soggetto, alla cura psicologica e alla formazione. La *relational psychoanalysis* nordamericana e la psicoanalisi della relazione italiana si esprimono attraverso le due terapeute rendendo possibile intravedere anche su questo tema le somiglianze e le differenze fra i due mondi.

Giuliana Nico ci racconterà poi una sua vicenda clinica che verrà commentata da Valentina Argento e Cristina Sempio e a seguire da lei stessa ripensata. Alcuni commenti di Manuela Di Fabio sul ciclo di conversazioni 'Giovani: forme dello stare nel mondo' e di Gianfranco Bruschi sul libro di Massimo Recalcati 'Clinica del vuoto', e poi il commento di Vanni sul film 'Vicini di casa', per finire con il contributo di Emanuele Arletti per la rubrica 'Trasformazioni' completano assai degnamente il numero che ci auguriamo susciti come sempre il vostro interesse.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 18 luglio 2023.

Accettato: 25 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:841

doi:10.4081/rp.2023.841

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

Commentary on the Consensus Conference's final document on psychological therapies for anxiety and depression. What is the scientific evidence?

Gianluca Lo Coco*

ABSTRACT. – This commentary aims to highlight pros and cons of the evidence-based approach to psychotherapy research. Although the relevance of scientific evidence to the development of guidelines for psychological treatments, there are still some barriers to translate research results into routine clinical practice. The challenges are especially linked to the adoption of randomized controlled trials (RCT), which are not well suited to examine non-manualized psychotherapies and to test the effectiveness of treatments for patients with complex psychopathologies. Moreover, meta-analytic studies on the treatment for anxiety and depression showed that the quality of evidence of RCTs is limited, and recommending firm conclusions is still challenging. It is suggested that both psychotherapy research and evidence-based guidelines to psychological therapies should move towards personalizing treatments for anxiety and depression.

Key words: psychotherapy, consensus conference, anxiety, depression, RCT.

The Consensus Conference's final document on psychological therapies for anxiety and depression has, since its inception (Research Group for Treatment for Anxiety and Depression, 2017), sparked an important debate in the scientific and professional community on the usefulness of *stepped-care*, on psychotherapeutic interventions purported as effective and on the recommendations proposed by the jury (Dazzi, 2017). Many of these comments pointed out that the recommendations of the main treatment guidelines (e.g., the Anglo-Saxon *National Institute for Health and Care Excellence* guidelines or the American Psychological Association (APA) Empirically Supported Treatments (EST) guidelines) only take into account efficacy tests of randomized controlled trial (RCT) studies, even though the limitations of this methodological approach to the scientific study of the

*University of Palermo, Italy. E-mail: gianluca.lococo@unipa.it

effects of psychotherapy are widely recognized (Wampold *et al.*, 2015; Westen *et al.*, 2004). I consider it useful to highlight that there is increasing recognition of how the RCT study is suitable for assessing the effectiveness of short-term therapies for patients with circumstantial and non-serious psychological disorders. While in the case of therapies for patients with complex psychopathological conditions, who have major comorbidities between disorders and often undergo long-term therapeutic treatments, this research methodology appears inappropriate, and should potentially be combined with cohort studies of repeated measurements over time (Lo Coco, 2021).

Another widely debated point is the recommendations of treatment guidelines, which focus almost exclusively on CBT, cognitive-behavioral therapies. These indications do not fully take into account the meta-analytical evidence from recent studies, which has shown: i) the efficacy of 15 types of psychotherapy for the treatment of depressive disorders, including short-term, psychodynamic therapy and third-wave cognitive interventions (Abbass *et al.*, 2014; Cuijpers *et al.*, 2020; Driessen *et al.*, 2013); ii) that the quality of evidence provided by the RCT studies so far published is very limited and the effects of CBT treatments for major depression, social anxiety disorder, generalized anxiety disorder, and panic disorder are still uncertain (Cuijpers *et al.*, 2016).

It is therefore important to point out that the jury's recommendations underline that 'since there are no clinically relevant differences in effectiveness between individual interventions,' one should consider offering 'a variety of structured (and evidence-based) psychotherapies', provided that the outcome is systematically monitored.

In conclusion, the document highlights the importance of promoting the use of evidence-based psychological therapies in the national context, but the recommendations of the jury stress the importance of promoting the development of a treatment monitoring system to study the complexity of treatment for anxiety and depressive disorders from a multidisciplinary and translational perspective, in order to promote an ever greater personalization of treatment, which is a real challenge (for clinical practice and research) in the near future.

REFERENCES

- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7:CD004687.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D.D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30:279-293.
- Dazzi, N. (2017). Some critical considerations about the document Psychotherapies for Anxiety and Depression: benefits and costs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20:156-157.
- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W.R., Dekker, J.J.M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170:1041-1050.
- Lo Coco G. (2021). Efficacy of Psychotherapeutic Treatments: Research Based on Clinical Practice. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXII, n. 2.
- Research Group for Treatment for Anxiety and Depression (2017). Psychotherapies for Anxiety and Depression: benefits and costs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20:131-135.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Taylor & Francis.
- Westen, D., Novotny, C.M., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130:631-63.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 10 June 2023.

Accepted: 13 June 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023
 Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:797
 doi:10.4081/rp.2023.797

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

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

Commento al documento finale della Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Quali evidenze scientifiche?

Gianluca Lo Coco*

SOMMARIO. – Il presente commento ha l’obiettivo di evidenziare vantaggi e limiti dell’approccio scientifico basato sulle evidenze nel campo del trattamento psicoterapeutico. Pur riconoscendo l’importanza che le linee-guida ai trattamenti psicologici siano basate su solide evidenze scientifiche, permane la difficoltà relativa alla loro applicazione nei contesti di cura. Tali limiti sono ascrivibili soprattutto all’utilizzo dei disegni di ricerca sperimentali controllati (Randomized Controlled Trials, RCT), che si adattano parzialmente a trattamenti terapeutici non manualizzati rivolti a pazienti con condizioni psicopatologiche complesse. Gli studi metanalitici sul trattamento dell’ansia e della depressione inoltre sottolineano come la qualità metodologica degli studi di efficacia con RCT abbiano un livello di evidenza limitato. La ricerca in psicoterapia e le linee-guida ai trattamenti per ansia e depressione deve muoversi maggiormente verso la prospettiva della personalizzazione dell’intervento clinico.

Parole chiave: psicoterapia, consensus conference, ansia, depressione, RCT.

Il documento finale della Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione ha acceso, sin dalle sue origini (*Research Group for treatment for Anxiety and Depression*, 2017) un importante dibattito nella comunità scientifica e professionale sull’utilità dell’approccio *stepped-care*, sugli interventi psicoterapeutici supportati come efficaci e sulle raccomandazioni proposte dalla giuria (Dazzi, 2017). Molti di questi commenti si sono soffermati a puntualizzare come le raccomandazioni proposte dalle principali linee-guida di trattamento (ad es., le guide del *National Institute for Health and Care Excellence* anglosassone o quelle *Empirically Supported Treatments* (EST) dell’*American Psychological Association* (APA)) tengano in considerazione esclusivamente le prove di efficacia degli studi clinici controllati randomizzati (RCT), anche se i limiti di tale im-

*Università degli Studi di Palermo, Italia. E-mail: gianluca.lococo@unipa.it

stazione metodologica allo studio scientifico degli effetti della psicoterapia siano ampiamente riconosciuti (Wampold *et al.*, 2015; Westen *et al.*, 2004). Ritengo utile sottolineare come vi sia un crescente riconoscimento di come lo studio RCT sia indicato per valutare l'efficacia di terapie di breve durata rivolte a pazienti con disturbi psicologici circostanziati e non di grave entità, mentre nel caso di terapie rivolte a pazienti con condizioni psicopatologiche complesse con elevata comorbidità tra disturbi, spesso sottoposti a trattamenti terapeutici di lunga durata, questa metodologia di ricerca appaia poco appropriata, e potenzialmente da affiancare con studi di coorte con rilevazioni ripetute nel corso del tempo (Lo Coco, 2021).

Un altro punto ampiamente dibattuto è relativo alle raccomandazioni delle linee-guida per il trattamento, che si focalizzano quasi esclusivamente sulle terapie cognitivo-comportamentali (CBT). Tali indicazioni non tengono pienamente in considerazione le evidenze meta-analitiche emerse negli ultimi anni, che hanno evidenziato: i) l'efficacia di 15 tipi di psicoterapia per il trattamento dei disturbi depressivi, che includono la terapia psicodinamica breve, interpersonale e gli interventi cognitivi di terza ondata (Abbass *et al.*, 2014; Cuijpers *et al.*, 2020; Driessen *et al.*, 2013); ii) che il livello di qualità dell'evidenza fornita dagli studi RCT finora pubblicati è molto limitata e gli effetti dei trattamenti CBT per la depressione maggiore, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo da panico siano ancora incerti (Cuijpers *et al.*, 2016).

Appare quindi importante sottolineare come nelle raccomandazioni della Giuria si sottolinei che 'non essendo rilevabili differenze di efficacia clinicamente rilevanti tra singoli interventi', si debba considerare l'offerta di 'una varietà di psicoterapie strutturate' ed *evidence-based*, a condizione di monitorarne sistematicamente l'esito.

Per concludere, dal documento emerge da un lato l'importanza di promuovere nel contesto nazionale l'utilizzo di terapie psicologiche basate sulle prove di efficacia, ma si sottolinea, nelle raccomandazioni della giuria, lo sviluppo di un sistema di monitoraggio dei trattamenti che consenta di studiare la complessità del trattamento per i disturbi ansiosi e depressivi in un'ottica multidisciplinare e traslazionale, per favorire una sempre maggiore personalizzazione del trattamento terapeutico, vera sfida (per la clinica e la ricerca) per il prossimo futuro.

BIBLIOGRAFIA

- Abbass, A.A., Kisely, S.R., Town, J.M., Leichsenring, F., Driessen, E., De Maat, S., Gerber, A., Dekker, J., Rabung, S., Rusalovska, S., Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7:CD004687.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D.D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30:279-293.
- Dazzi, N. (2017). Some critical considerations about the document Psychotherapies for Anxiety and Depression: benefits and costs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20:156-157.
- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W.R., Dekker, J.J.M. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: A randomized clinical trial. *The American Journal of Psychiatry*, 170:1041-1050.
- Lo Coco G. (2021). Efficacy of Psychotherapeutic Treatments: Research Based on Clinical Practice. *Ricerca Psicoanalitica*, XXXII, n. 2.
- Research Group for Treatment for Anxiety and Depression (2017). Psychotherapies for Anxiety and Depression: benefits and costs. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 20:131-135.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Taylor & Francis.
- Westen, D., Novotny, C.M., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130:631-63.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 10 giugno 2023.

Accettato: 13 giugno 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:797

doi:10.4081/rp.2023.797

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

FOCUS 1: THE ANXIETY AND DEPRESSION CONSENSUS CONFERENCE: A CRITICAL LOOK

A storm in a teacup: a commentary on the ‘Consensus conference on psychological therapies for anxiety and depression’

Silvia Paola Papini, Fabio Vanni***

ABSTRACT. – This work is intended as a critical interpretation of the Consensus conference on psychological therapies for anxiety and depression which today comprises a document that is officially adopted by the Ministry of Health and is therefore the reference for operators in the sector. This formal authority makes it advisable for the document to be understood and assessed in depth. The main areas covered in the document are analyzed here, distinguishing between the report for the jury and the recommendations made by the jury itself. As we will see, there is a great difference between the two aspects and, therefore, the document itself contains some issues which the members of the jury themselves have already mentioned. However, others deserve attention: the insufficient examination of childhood and adolescence, the narrow perspective held on the types of studies considered useful, and the recommendations regarding training. These are serious limitations, which make the document in appearance anyway (albeit with the best intentions), an unconvincing text which needs extensive revision in order to reach acceptable standards.

Key words: psychotherapy, anxiety and depression, scientific research, public-private, efficacy.

Introduction

In 2022, at the end of a process started a few years earlier, the document ‘Consensus conference on psychological therapies for anxiety and depression’ was published by the Italian Higher Health Institute (*Istituto Superiore di Sanità*). Originating from the initiative of the University of Padua – The Department of General Psychology – with the aim of ‘promoting knowledge and application of psychological therapies of proven efficacy for anxiety and depression and facilitating the accessibility of the population to

*Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile scientifico ‘Gruppo Zoe. Per lo studio e la formazione sulla qualità e l’efficacia delle cure psichiche’, Coordinatore Italiano OPD-3, Socio Ordinario SIPRe. E-mail: sppapini@yahoo.it

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

appropriate care, particularly psychological care, in order to reduce the current treatment gap' (Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione" - di seguito "Gruppo di lavoro Consensus", 2022, p. 3). The intention, in our opinion is acceptable and commendable and arises from the finding that, among other things, in the National Health Service the therapies that are most frequently provided are mainly pharmacological, often not taking into consideration the person that requires them, the impact that discomfort can have on his/her life and the personal and psychosocial resources he/she has. At present, we have sufficient data, which is also well described within the Consensus Conference (Bandelow *et al.*, 2017; Barkowski *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2020; Fava, 2002; Furukawa *et al.*, 2017, 2021), to say that in many cases these are not the treatment of choice, despite national and international data showing that over 80% of people seeking care receive prescriptions for antidepressant drugs. A reasoned review of studies for the treatment of depression is also found in Chapter IV of 'The Competence to Cure. The contribution of empirical research' (Fava & Gruppo Zoe, 2016).

Specifically, the objective of promoting psychological therapies is articulated in a number of areas in which the state of the art, strengths, and challenges can be identified, and actions to make real changes in favor of this promotion can be taken. Brusaferrò, President of the Higher Health Institute, describes them well in his premise to the Consensus:

1. Recognition of disorders and treatment plans;
2. Access to services and more generally to treatment;
3. Academic training and graduate schools;
4. Promotion of research.

For us, in more detail, this means:

1. Knowing how to identify that this type of suffering is involved, understanding its severity and impact on the life of the individual, understanding the milder forms, and catching them early – in short, knowing more about what is being discussed. It is estimated that people with different forms of anxiety and depression which become debilitating and impacting to them, where suffering does not become an opportunity for growth and self-appropriation, but a trap that limits and confines the person in dysfunctional spirals are about 7% of the population in a year, and up to about 20% of the population experiences this malaise within their lifetime;
2. It is estimated that people with these types of symptoms, which are called 'common emotional disorders' or 'common mental disorders', account for about 50% of the demand for the Italian national health service (NHS) and that there is a shortcoming in the corresponding services offered. This is probably due to the fact that over the years, given the limited resources available, the NHS has concentrated more on taking

care of serious disorders (personality or psychotic disorders) and has neglected all the requests that are the subject of this document. Meanwhile, this problem has been oriented towards the private sector with problems of accessibility for a large part of the population (linked primarily to the economic aspect), and therefore of the risk of being undiscovered and becoming chronic for those who do not find adequate and timely answers;

3. Giving psychotherapists (but not only) more tools in the training phase to learn about these issues, to know how to identify critical situations, to have the skills on how to accompany people in a treatment course, but also giving them tools to understand the results of scientific research and to be guided by them;
4. Supporting research, taking a greater interest in it, increasing studies on the evaluation of treatment outcomes, on the process, making them an integral part of the service we provide to patients.

The document was divided into two parts. In the first part, a group of experts asks questions and puts forward topics and data to support them. In this case, we are dealing with twelve questions organized into four areas. The second part of the document was formulated by a jury that answers the questions and makes the actual recommendations.

Firstly, what is clear is that there is a large gap between the first and second parts, that is, between what is proposed and what is accepted, and for us, too, certain aspects of the proposed document appear to be very ambiguous, as we will try to demonstrate below.

The final report for the jury

Let us now explain and comment on some aspects of the first part of the document.

In this section, they refer to and consider some of the most important international guidelines [such as the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidelines and the American Psychological Association (APA) guidelines] and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) model. This model has been active in the United Kingdom since 2006 and was developed by David Clark to increase the offering of psychotherapy and facilitate access to treatment. This model is contemplated in detail, and one of its main points is the importance of a stepped care approach, that is, to provide different levels of care depending on the outcome of the initial assessment, to collect outcome variables, and to provide therapists with regular supervision. Important aspects and services on which we believe it is essential to improve in our country as well.

However, it should be noted here that the initial assessment should be

made by expert staff who understand the problems that arise, the opportunities for treatment, the outcomes, and not by gatekeepers – usually due to a lack of resources – with economically oriented selection functions. The appropriateness of the treatment is the guide to be inspired by and requires competence, the ability to coordinate with professionals who have other skills, which must also be identified, *etc.* Otherwise, *stepped care* is an economic selection that also opens up other opportunities for those who can afford it and leaves those who cannot in the dark.

However, there are other points that are critical in our opinion, such as the choice of the type of psychotherapy offered, which is based on efficacy studies according to the Randomized Controlled Trials (RCT) methodology, and also the training of therapists on specific protocols, which refer to therapy manuals. It is also striking that these points are highlighted in the experts' report for the jury, as standards to follow rather than partial aspects to be taken into account together alongside others.

Furthermore, while the recommendations of the jury highlight important deficiencies in research related to childhood and adolescence (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91), it is not possible to refrain from including subjects of this age group among the subjects of these recommendations.

Among the criticalities, we cannot fail to mention that Silvio Garattini, Founder and President of the Mario Negri Institute and President of the Jury, in the presentation of the final report of the Consensus Conference to the jury itself declared that 'The variety of forms of psychotherapy must be evaluated in relation to the effectiveness of cognitive psychotherapy, the most studied therapy from a scientific point of view' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. ix). A statement that deserves to be commented on.

It seems that we are still paying the price of an ancient legacy, the one for which psychotherapy has made its way to find itself a legitimate place alongside the longest and most consolidated form of care, medicine. It also seems that this path to legitimacy has been found by trying to highlight what might be closer to medicine itself at the expense of what could be differentiated, and not through integrating common aspects to build a shared project. In short, starting from the first objections (Eysenck, 1952, 1961, 1966; Rachman, 1971 vs. Bergin, 1971; Luborsky *et al.*, 1975; Rosenzweig, 1954; *etc.*) in the 1950s, 'The great psychotherapy debate,' as it was called by Wampold and Imel in their contributions on this subject (Wampold & Imel, 2015), has not ended despite the birth and development of research in psychotherapy, and has brought with it, along with opportunities for growth and greater legitimacy, also this disruptive aspect so that in order to assert itself it is necessary to discredit others [*mors tua vita mea (their loss is our gain)*]. However, as the two authors point out quite dramatically, the same debates are being held where over the years some empirical evidence has been gathered to support different points of view.

As for the scientific aspects, Garattini's sentence refers to the fact that the whole document refers to 'effective' treatments, where efficacy is understood as statistical efficacy since the studies used to evaluate efficacy are those that follow the RCT model.

'RCTs are the gold standards for research into the effectiveness of psychotherapy', which are not limited to randomly assigning patients to different groups but have a differing sophisticated methodological apparatus. Regarding psychotherapies in our country, no randomized controlled clinical trials have been conducted so far that have been replicated by independent teams. Nor are they expected to be replicated in the near future, as size, complexity, and costs go beyond the scientific resources of the country's system. Based on the quality and quantity of research, a hierarchy of 'efficacy tests' is established for a certain psychotherapeutic treatment for different disorders [...] the highest level is that of 'well-established treatments' (among the requirements are at least two RCTs, carried out by two separate research groups, attesting superiority over placebo or an alternative treatment that is superior to the placebo' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 44).

This line of study is the one historically carried out by the APA Division 12– Society of Clinical Psychology and is called Empirically Supported Treatments. On their website, you can find a regularly updated list of treatments, divided into treatments of proven efficacy, probable efficacy, *etc.* First of all, it is important to note that even within Division 12, proof of efficacy has been added through single-case experimental designs (at least 9) as a criterion of proven efficacy. Not all forms of psychotherapy can be studied through the RCT methodology, which requires defined times and criteria that do not correspond to some forms of treatment, for which different research methodologies, such as that of single cases, must be used.

In addition, the scientific community is very well aware of the limitations that RCT studies entail:

- the very strict selection of patients, which must be homogeneous in terms of diagnosis, for example, excluding all situations where there is a co-morbidity, which is in fact the reality for most people who come to ask for help; let us remember that diagnostic systems serve to give us elements to describe aspects of human complexity and not to create objective realities or truths, since every person is a unique and unrepeatable expression of biological-genetic, experiential, relational, social and life aspects; it goes without saying that co-morbidity is expected, and even the more classic categorical diagnostic systems are increasingly moving towards a dimensional perspective;
- the demand to follow therapy manuals, where literature has shown that following a manual pedantically leads to less effective results than therapies where the clinician takes on the aspect of care first-hand and per-

sonalizes the treatment flexibly and ‘self-corrects’ it during the process; in fact, we know that the rigidity of interventions is a detrimental factor in the success of therapies, particularly at a time when breaks in the therapeutic alliance are taking place (Henry, 1994; Rennie, 1994; Rhodes *et al.*, 1994; Safran *et al.*, 2001);

- real treatments do not have a fixed duration, but it is often variable because it is closely linked to each specific situation;
- limiting the choice of therapy and therapist harms the alliance, which is the primary outcome factor; while there is little awareness on behalf of users of differences in theories and techniques in the psychotherapy field, every patient has his or her own theory of his or her suffering and the ways one can get out of it; patient preferences are related to successful treatment; the Consensus Conference states this aspect to support the choice of psychotherapy treatment over medication: ‘Many people (about half) prefer psychotherapy to drug treatments: if this preference is met there is greater availability and adherence to treatment (Deacon & Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon *et al.*, 2008; Vocks *et al.*, 2010)’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 27);
- efficacy studies do not identify the characteristics for which treatment is effective. It is assumed that there are specific aspects that make it effective, but non-specific aspects of treatment that may be transversal to the type of treatment are not taken into account, such as building a relationship of trust with the therapist; the conclusions of the APA Group working on therapeutic Relations (Norcross, 2001) state that: ‘Attempts to develop practical guidelines based on evidence of effective psychotherapy while neglecting the therapeutic relationship are entirely incomplete and potentially unsatisfactory in both clinical and experimental settings.’

Stressing the limitations of RCTs does not mean discrediting their value, which remains important in terms of internal validity, but describing their partiality in terms of external validity means the strict criteria necessary to carry out these studies make the results less generalizable. This is the idea of understanding research in a broader perspective, especially regarding respect for clinical practice.

In the text of the Consensus Conference this is only ‘hinted at’ in some points of the text leaving the reader rather lacking in depth with respect to what can be understood: ‘For completeness, it is necessary to mention the fact that over the last decade studies, editorials and meta-analyses have been published which call into question the principle of the efficacy of a psychotherapy based on the traditional RCT approach and the resulting effect sizes (see Shedler, 2018; Wachtel, 2010)’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 15).

And further on: ‘Additional caution stems from studies, editorials, and

meta-analytic revisions, published over the last decade, that cast doubt on the principle of the efficacy of psychotherapy based on the traditional RCT approach and the resulting effect sizes. Despite the different methodologies employed, these studies have highlighted some methodological limitations of RCTs in psychotherapy on which the guidelines are based and the substantial non-superiority of some psychotherapies over others in relation to the disorders studied, the follow-up methodologies used, and the outcomes considered. Please refer to the following bibliography: American Psychological Association, 2012; Chambless & Ollendick, 2001; Clark, 2017; Cuijpers *et al.*, 2016, 2020; Flückiger *et al.*, 2014; Guidi *et al.*, 2018; Keefe *et al.*, 2014; Shedler, 2018; Thornton, 2018; Tolin *et al.*, 2015; Watchel, 2010; Westen *et al.*, 2004 (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 53).

In fact, shortly after talking about experimental efficacy, we find this written: 'What has been said so far constitutes only one side of the coin. It concerns a relatively abstract meaning of the term 'efficacy', as it is obtained under optimal conditions of advanced research: this type of efficacy is usually called 'theoretical efficacy'. The other side of the coin is occupied by questions of practical effectiveness and efficiency (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 45).

We believe it makes sense to talk about the other side too, in a text that aims to promote culture and the provision of psychological treatments alongside or as an elective treatment to pharmacological therapies, but also independently of them.

Therefore, we will go into some more detail.

It is certainly important to mention the entire area of studies carried out by APA's Division 29, Society for the Advancement of Psychotherapy, which focuses on so-called non-specific factors, those factors that are transversal to the type of orientation but that are linked to its efficacy. Examples of this are the therapeutic alliance (which has proven to be the strongest predictor of outcomes in studies in recent decades, for both individual, couple, family, and group therapies), consensus on objectives, empathy, positive consideration, and the collection of feedback from the patient are just some of the proven efficacy factors, and there are others that are likely to be effective, such as authenticity, a real relationship, and repair of breakdowns. The group coordinated by Norcross publishes an update of the results of these studies approximately every 10 years (Norcross, 2002, 2011; Norcross & Lambert, 2019; Norcross e Wampold 2019). Lambert and colleagues (Asay & Lambert, 1999; Lambert 2013; Wampold, 2001) estimated that the influence of common or non-specific factors on a variance of treatment results is 30% (compared to 15% for specific techniques).

This outlook could already lead to a broadening of the view, in a more integrative perspective, towards different forms of psychotherapies. The importance of finding treatments, and forms of psychotherapy that are

based on efficacy is not in pursuit of the illusory idea that there is a single form of therapy that is effective and resolute for all but consists in the possibility of offering various serious and solid courses of treatment, given the fact that each person can find correspondence in different courses. ‘No treatment has come close to being effective in 100% of cases treated. The demonstration of efficacy of treatment does not tell us whether that treatment will be effective in the case we are treating, even if the patient belongs to a diagnostic category for which that type of therapy has been proven effective’ (Fava & Gruppo Zoe, 2016, pg. 21).

Other examples are mentioned in the same report in certain paragraphs or footnotes:

- ‘It should be noted that many guidelines favor cognitive behavioral therapy (CBT) over psychodynamic therapy (PDT) because of the greater number of studies that have historically been conducted on CBT, but in recent times, several research and meta-analyses have shown that PDT is often not inferior to CBT (see, among others, Cuijpers *et al.*, 2014; Gerber *et al.*, 2011; Keefe *et al.*, 2014; Leichsenring & Steinert, 2017; Shedler, 2010; Steinert *et al.*, 2017; Steinert & Leichsenring, 2017; Thoma *et al.*, 2012; Tolin, 2015)’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 54);
- ‘In partial contradiction with some of the guidelines that have just been reviewed, in particular the NICE guidelines, a recent meta-analysis has shown the substantial equivalence of effectiveness of CBT and psychodynamic therapies in the treatment of anxiety disorders considered so far (Keefe *et al.*, 2014)’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 62).

Jury recommendations

These additional elements are considered further in the part of the jury’s recommendations that points to quite a different scenario compared to the proposals, as we have mentioned:

‘It is advisable to promote the development of a system for monitoring the outcomes of interventions carried out in public and private structures, even those that are non-affiliated with the healthcare system. This recommendation [...] also allows for the assessment of subjective acceptance, from the therapeutic alliance and satisfaction of psychological treatment that is so strongly related to the patient’s consent and reciprocity, in order to observe and manage, including in terms of psychological options, the difference between theoretical efficacy and practical efficacy which are also observed in this field’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

Let us clarify that when we talk about treatments based on efficacy tests, we talk about clinical efficacy too. In fact, it goes on to say:

'Within psychotherapies supported by efficacy evidence, as there are no clinically relevant differences in efficacy between individual interventions, it is recommended that careful consideration be given to the offer of a variety of structured psychotherapies, provided that their outcome is systematically assessed and monitored' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 92).

It is also noted that 'The Consensus Conference expert group's extensive and laborious work of analyzing evidence in the literature has however only partially touched on the field of developmental psychology' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 90), and that it is, therefore, necessary to 'further analyze the specific aspects related to childhood and adolescence' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

However, the subject of training is also particularly critical in the second part of the document where:

- a. no clear distinction is made between post-graduate schools in psychotherapy and post-graduate schools in psychiatry, child and adolescent neuropsychiatry, and clinical psychology when 'an increase in the number of public post-graduate schools is recommended, which should be present in all universities' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95);
- b. 'it is advisable to increase the hours of traineeship in private schools of specialization (so too, one imagines, in psychotherapy, ed.), so as to equate them to public ones' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95);
- c. a part of the text which, together with the next point that calls for 'a greater availability of public and affiliated facilities in psychiatry, child neuropsychiatry and clinical psychology to host traineeships for trainees' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95) foreshadows a scenario that seems to take no account of the quality of training (would taking the psychotherapy traineeships to thirty-eight hours per week compared to the current 4-5 be functional to the training of the trainees and the quality of the response to patients or would it create a second-class workforce?) nor of the costs (psychotherapy training today is not paid: is it imaginable to think that it could be paid if we increase training to that number of hours?) nor of a reality of a few hundred private psychotherapy schools (and no public ones) whose fate does not seem to worry us particularly.

But it is even more worrying that the notorious unpreparedness for psychotherapy provided by the medical schools is overlooked, which also qualifies trainees for psychotherapy due to a political-professional compromise which, if it was necessary at the time of Law 56/89, would be more appropriate today in being unmasked and amended, treating them as if they were comparable to private schools in terms of the quality of the training they provide. Moreover, the recommendation to increase public schools seems antiquated (of psychiatry? of child and adolescent neuropsychiatry? of psychotherapy?) when it becomes clear that it is not a question of making what is private public, but of working at other levels

on the quality of psychotherapy training (while the path chosen, we know, is that of bureaucracy).

On the other hand, when talking about training doctors, the indications of ‘understanding and knowing how to apply empathy as a relational construct, which is fundamental for adherence to treatment, communication of a diagnosis and the outcome of treatment (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 97)’ and, speaking of training for psychologists ‘having relevant skills regarding the therapeutic alliance’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 98).

One point which is affected by a prejudicial and questionable approach relates to the public-private relationship. In the first part of the document, it is explicitly stated that ‘even in the absence of reliable data, experts believe that at least two-thirds of the demand for psychotherapeutic treatments is fulfilled in professional private practice’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 30), and then it recommends ‘strengthening the offer of psychological therapies in public services and possibly introducing forms of affiliation and accreditation of private professionals’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 32).

Beyond the forcing of a dichotomy thus formulated that does not take into account the whole world of psychological care operating in the third sector, and therefore in organizations with ‘third sector’ characteristics between public and private, the implicit idea that seems to slither through the document is that only public service is ‘governable’ and ‘universally accessible’. It seems unfounded when it becomes apparent that private professionals, including for-profit ones, do not operate in a regulatory and cultural vacuum and could well be included in clinical and training networks if they so wished and that accessibility for the less well-off can be ensured, in addition to the work of third sector organizations, through forms of affiliation, accreditation, corporate welfare, bonuses, *etc.*, and that not including these social actors in care systems means pursuing unachievable pan-public utopias.

Conclusions

If we were to sum up our thoughts, it seems to us that the initial good intentions of the document seem to have been translated into a form that is very much objectionable and that the final recommendations can be accepted only partially. A storm in a teacup. Certainly, the orientation to promote better accessibility and appropriateness (the right treatment for the specific problem and subject) for the entire population is an objective to be pursued, and what often, for not very noble reasons, prevails in the ‘care market’ should be stigmatized and contained. But of course, the process of develop-

ing a treatment with human subjects that focuses on quality is still long and perhaps the contribution of this document provides more mediocre help than would have been desirable.

It does not seem easy to trace the training and organizational paths of services to a set of rules, however valid and empirically well-founded they may be, particularly when one considers the difficulties and complexities of the journey leading to becoming an 'effective' therapist. Fava writes in the introduction to *The competence to cure*: 'On the other hand only a fool could think of winning a tennis match by having memorized a manual on the subject. In the same way, no one could face the same match without knowing the rules of the game or using incomplete or poor materials' (Fava & Gruppo Zoe, 2016, pg. 6).

Because the human being is wonderfully complex, so is our job, and we are therefore convinced that the more we manage to take on as people and as a community by moving away from adherence/contrast logic, the more we will be able to provide effective political and health responses as well.

However, a close critical debate is absolutely necessary if the ideas proposed are not entirely convincing.

REFERENCES

- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 2013;50:102-109. Available from: www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy
- Asay, T.P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, *American Psychological Association*, pp. 33-56.
- Bandelow, B., Michaelis, S. Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:93-107.
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G.M., Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30:1-18.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of psychotherapeutic outcomes. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139-190). New York: Wiley.
- Chambless, D.L., Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52:685-716 (trad. it.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001;35:5-46).
- Clark, D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:529-550.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D., van Straten, A. (2014).

- The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159:118-126.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D.D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression. A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30:279-293.
- Deacon, B.J. Abramowitz, J.S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36:139-145.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16:319-324.
- Eysenck, H.J. (1961). The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 697-725). New York: Basic Books.
- Eysenck, H.J. (1966). The effects of psychotherapy. New York: International Science Press.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica. Milano: Mimesis.
- Fava, G.A. (2002). Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71:127-132.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Munder, T., Heer, S., Wampold, B.E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up. A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34:367-375.
- Furukawa, T.A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C.L.H., Breedvelt, J.J.F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E.G. Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S.D., Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20:387-396.
- Furukawa, T.A., Weitz, E.S., Tanaka, S., Hollon, S.D., Hofmann, S.G., Andersson, G., Twisk, J., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S. Hegerl, U., Mergl, E., Jarrett, R.B., Vittengl, J.R., Watanabe, N., Cuijpers, P. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210:190-196.
- Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., Perkins, P., Leon, A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 168:19-28.
- Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione". *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Consensus ISS 1/2022). Available from: www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_EN.pdf
- Guidi, J., Brakemeier, E., Bockting, C.L.H., Cosci, F., Cuijpers, P., Jarrett, R.B., Linden, M., Marks, I., Peretti, C.S., Rafanelli, C., Rief, W., Schneider, S., Schnyder, U., Sensky, T., Tomba, E., Vazquez, C., Vieta, E., Zipfel, S., Wright, J.H., Fava, G.A. (2018). Methodological recommendations for trials of psychological intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87:276-284.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, in A.O. Horvath, L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, New York, Wiley, pp. 259-287.
- Keefe, K.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34:309-323.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.) 'Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change', 6th ed., Hoboken, NJ, Wiley, 169-218.

- Leichsenring, F. Steinert, C. (2017). La terapia comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:551-558. Anche in Migone, P. (a cura di), La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche. Milano: Franco Angeli, 2021;3:74-82.
- Luborsky, L., Singer, B. Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: 'Is it true that everyone has won and all must have a prize?', *Archives of General Psychiatry*, 32:995-1008.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:345-356.
- Norcross, J.C. (a cura di) (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients, Oxford University Press, New York.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.). Oxford University Press. Available from: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001>
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31:517-viii.
- Patterson, T.L., Leeuwenkamp, O.R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100:108-119.
- Rachman, S. (1971). The effects of psychotherapy (Vol. 15). Oxford: Pergamon.
- Rennie, D.L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41:427-437.
- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41:473-483.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49:298-304.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:406-412.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65:98-109.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for 'Evidence-Based' Therapy? *The Psychiatric Clinics of North America*, 41:319-329.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Kelley, J. Miller, I.W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10:798-805.
- Steinert, C. Leichsenring, F. (2017). No psychotherapy monoculture for anxiety disorders. *Lancet*, 389:1882-1883.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American journal of psychiatry*, 174:943-953.
- Thoma, N.C., McKay, D., Gerber, A.J., Milrod, B.L., Edwards, A.R. Kocsis, J.H. (2012). A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: An assessment and metaregression. *American Journal of Psychiatry*, 169:22-30.
- Thornton, J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *British Medical Journal (BMJ)*, 361:k2681.
- Tolin, D.F. (2015). Corrigendum to 'Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in

- cognitivebehavioral therapy for anxiety disorders'. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:315-316.
- Tolin, D.F., McKay, D., Forman, E.M., Klonsky, E.D., Thombs, B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:317-338.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A. & Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43:205-217.
- Wachtel, P.L. (2010). Beyond 'ESTs'. Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27:251-272. (Trad. It. Al di là degli 'EST'. Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45:153-180).
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group (Trad. It. Il Grande dibattito in psicoterapia: L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica, Sovera editore, Roma, 2017).
- Westen, D., Morrison Novotny, K., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130:631-663.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 11 May 2023.

Accepted: 30 May 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:793

doi:10.4081/rp.2023.793

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

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

**Dalla montagna al topolino:
commento a ‘Consensus conference sulle terapie psicologiche
per ansia e depressione’**

Silvia Paola Papini, Fabio Vanni***

SOMMARIO. – Il presente lavoro vuole costituire una lettura critica della Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione che è oggi un documento ufficialmente assunto dal Ministero della Salute e dunque fa da riferimento per gli operatori del settore. Questa autorevolezza formale rende opportuno che il documento venga conosciuto e valutato in modo approfondito. Vengono qui analizzati i principali ambiti trattati distinguendo fra la relazione per la giuria e le raccomandazioni assunte dalla giuria stessa. Come vedremo vi è grande distanza fra le due parti come i giudici stessi hanno colto. Ma altri aspetti riteniamo meritino attenzione: l’insufficiente approfondimento sull’infanzia e l’adolescenza, la prospettiva ristretta assunta rispetto al tipo di studi ritenuti utili, le raccomandazioni sulla formazione. Limiti che definiamo gravi e che rendono il documento, pur animato dalle migliori intenzioni, almeno in apparenza, un testo scarsamente convincente che necessita di ampie revisioni per raggiungere standard accettabili.

Parole chiave: psicoterapia, ansia e depressione, ricerca scientifica, pubblico-privato, efficacia.

Introduzione

Nel 2022, a conclusione di un iter avviato alcuni anni prima, è stato pubblicato dall’Istituto Superiore di Sanità il documento ‘Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione’, nato su iniziativa dell’Università di Padova – Dipartimento di Psicologia Generale – con l’obiettivo di ‘promuovere la conoscenza e l’applicazione delle terapie psicologiche di efficacia dimostrata per ansia e depressione e favorire l’accessibilità della popolazione a cure appropriate, in particolare psicologiche, in modo da ridurre l’attuale gap di trattamento’ (Gruppo di lavoro “*Consensus*

*Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile scientifico ‘Gruppo Zoe. Per lo studio e la formazione sulla qualità e l’efficacia delle cure psichiche’, Coordinatore Italiano OPD-3, Socio Ordinario SIPRe. E-mail: sppapini@yahoo.it

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

sulle terapie psicologiche per ansia e depressione” - di seguito “Gruppo di lavoro Consensus”, 2022, p. 3). L’intento, a nostro parere condivisibile e meritorio, nasce dalla constatazione, fra l’altro, che nel Servizio Sanitario Nazionale le terapie che più frequentemente vengono erogate, spesso a prescindere dalla persona che si ha di fronte, dall’impatto che il disagio può avere nella sua vita, dalle risorse personali e psicosociali di cui dispone, sono prevalentemente quelle farmacologiche. Oggi abbiamo dati sufficienti, descritti bene anche all’interno della Consensus Conference (Bandelow *et al.*, 2017; Barkowski *et al.*, 2020; Cuijpers *et al.*, 2020; Fava, 2002; Furukawa *et al.*, 2017, 2021), per dire che in molti casi queste ultime non siano il trattamento di elezione, nonostante i dati nazionali e internazionali mostrino come nell’80% dei casi e oltre i richiedenti aiuto ricevano prescrizioni a farmaci antidepressivi. Una *review* ragionata degli studi per il trattamento della depressione si trova anche nel IV capitolo de ‘La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica’ (Fava & Gruppo Zoe, 2016).

Nello specifico del documento, l’obiettivo di promuovere le terapie psicologiche si articola in una serie di ambiti dentro i quali poter individuare lo stato dell’arte, i punti di forza e le criticità e poter agire per apportare modifiche reali a favore di questa promozione. Brusaferrò, Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità, li descrive bene nella sua premessa alla Consensus:

1. Riconoscimento dei disturbi e piani di trattamento;
2. Accesso ai servizi e più in generale al trattamento;
3. Formazione accademica e scuole di specializzazione;
4. Promozione della ricerca.

Per noi questo, più dettagliatamente, significa:

1. Saper individuare che si tratta di questo tipo di sofferenza, comprenderne gravità e impatto nella vita dell’individuo, cogliere le forme più lievi e coglierle precocemente – insomma conoscere meglio quello di cui si sta parlando. Si stima che le persone con diverse forme di ansia e depressione che diventano disturbanti e impattanti per loro, dove insomma la sofferenza non diventa occasione di crescita e appropriazione di sé, ma trappola che limita e inchioda in spirali disfunzionali per la persona, siano circa il 7% della popolazione in un anno e che fino al 20% circa della popolazione sperimenti questo malessere all’interno del percorso di vita;
2. Si stima che le persone con questo tipo di sintomi, che vengono chiamati ‘disturbi emotivi comuni’ o ‘disturbi mentali comuni’, rappresentino il 50% circa della richiesta al servizio sanitario nazionale (SSN) e che manchi una corrispondenza nell’offerta di servizi. Questo probabilmente è dovuto al fatto che nel corso degli anni, data la limitatezza delle risorse a disposizione, nel SSN ci si è concentrati maggiormente sulla presa in carico dei disturbi gravi (di personalità o psicotici) trascurando tutta la richiesta che è oggetto di questo documento. Nel frattempo, questa

domanda si è rivolta al privato con problemi di accessibilità per una buona fetta della popolazione (legata in primis all'aspetto economico) e dunque di rischio di scopertura e di cronicizzazione per chi non trova risposte adeguate e tempestive;

3. Dare maggiori strumenti in fase formativa agli psicoterapeuti (ma non solo) per conoscere questi temi, saper individuare situazioni critiche, avere competenze su come accompagnare le persone in un percorso di cura, ma anche dare strumenti per conoscere i risultati della ricerca scientifica e farsi orientare da essi;
4. Sostenere la ricerca, interessarci maggiormente ad essa, aumentare gli studi sulla valutazione degli esiti dei trattamenti, del processo, rendendoli parte integrante del servizio che mettiamo a disposizione dei pazienti.

Il documento si articola in due parti. Nella prima parte un gruppo di esperti formula alcuni quesiti e propone argomentazioni e dati a sostegno di essi. In questo caso si tratta di dodici quesiti organizzati in quattro aree. La seconda parte del documento è formulata da una giuria che dà risposta ai quesiti e formula le raccomandazioni vere e proprie.

Un primo elemento che appare evidente è la forte distanza fra la prima e la seconda parte ovvero fra ciò che viene proposto e ciò che viene accolto, e anche per noi alcuni aspetti del documento di proposta appaiono assai dubbi, come proveremo ad argomentare.

Relazione finale per la giuria

Proviamo ad illustrare e a commentare adesso alcuni aspetti della prima parte del documento.

In esso vengono segnalate e prese a riferimento alcune delle più importanti Linee Guida Internazionali (come, ad esempio, quelle del *National Institute for Health and Care Excellence* – NICE – e dell'*American Psychological Association* – APA) e il modello *improving access to psychological therapies*, attivo in Inghilterra dal 2006 e messo a punto da David Clark per aumentare l'offerta di psicoterapia e facilitare l'accesso alle cure. Questo modello viene preso particolarmente in considerazione e tra i suoi punti principali viene segnalata l'importanza di un approccio *stepped care*, volto cioè a fornire diversi livelli di cura a seconda dell'esito dell'*assessment* iniziale, di raccogliere variabili di esito, di fornire ai terapeuti supervisioni regolari. Aspetti importanti sui quali crediamo possa essere importante migliorare anche nei servizi erogati nel nostro paese.

Va qui però messo in evidenza che la valutazione iniziale andrebbe compiuta da personale con alta competenza nella comprensione dei problemi portati, delle opportunità di trattamento, degli esiti, e non già da *gatekeeper* con funzioni di selezione orientata economicamente – per carenza di risorse

di solito. L'appropriatezza del trattamento è la stella polare a cui ispirarsi e richiede competenza, capacità di coordinamento con professionisti con altre competenze, che vanno peraltro individuati, *etc.* Altrimenti la *stepped care* è una selezione economica che apre anch'essa ad altre vie per chi può e lascia nei pasticci chi non può.

Vi sono altri punti però che risultano critici a nostro avviso, come la scelta della tipologia di psicoterapia offerta che si basa sugli studi di efficacia secondo la metodologia *randomized controlled trials* (RCT) e anche la formazione dei terapeuti su specifici protocolli, che rimandano a terapie manualizzate. Colpisce anche che questi punti siano sottolineati, all'interno della relazione degli esperti per la giuria, come standard da seguire piuttosto che aspetti parziali da tenere in considerazione insieme ad altri.

Inoltre, pur rilevando nelle raccomandazioni della giuria carenze importanti nella ricerca relativa all'infanzia e all'adolescenza (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91), non ci si astiene dall'includere i soggetti in questa età fra i destinatari delle indicazioni.

Fra le criticità non possiamo poi non segnalare che Silvio Garattini, fondatore e Presidente dell'Istituto Mario Negri e Presidente della Giuria, nella presentazione della relazione finale della Consensus Conference alla giuria stessa dichiara 'La varietà delle forme di intervento psicoterapico va valutata in rapporto all'efficacia della psicoterapia cognitiva, la più studiata dal punto di vista scientifico' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. ix). Un'affermazione che merita qualche commento ulteriore.

Sembra che ancora si paghi lo scotto di un antico retaggio, quello per cui la psicoterapia si è fatta strada per annoverarsi un posto legittimo al fianco della più longeva e consolidata forma di cura, la medicina. E sembra che questa strada verso la legittimazione sia passata attraverso il tentativo di far risaltare ciò che più poteva avvicinarsi alla medicina stessa a discapito di ciò che si poteva differenziare e non attraverso un'integrazione di aspetti comuni per costruire un progetto condiviso. Insomma, a partire dalle prime contestazioni (Eysenck, 1952, 1961, 1966; Rachman, 1971 vs. Bergin, 1971; Luborsky *et al.*, 1975; Rosenzweig, 1954; ecc.) negli anni '50, 'Il grande dibattito in psicoterapia', così come chiamato da Wampold e Imel nel loro contributo su questo tema (Wampold & Imel, 2015), non si è mai esaurito nonostante la nascita e gli sviluppi della ricerca in psicoterapia, e ha portato con sé, insieme a occasioni di crescita e sicuramente di maggiore legittimazione, anche questo aspetto disgregativo per cui per poter affermarsi è necessario screditare l'altro (*mors tua vita mea*). Ma, come i due autori sottolineano in modo piuttosto drammatico, si stanno affrontando gli stessi dibattiti laddove negli anni si è raccolta qualche evidenza empirica per supportare punti di vista differenti.

Per quanto riguarda la scientificità, la frase di Garattini rimanda al fatto che in tutto il documento si parla di trattamenti 'efficaci', dove per efficacia

si intende efficacia statistica, in quanto gli studi utilizzati per valutare l'efficacia sono quelli che seguono il modello degli RCT.

'Gold standard per la ricerca sull'efficacia della psicoterapia sono i RCT', che in realtà non si limitano all'assegnazione randomizzata dei pazienti ai vari gruppi, ma presentano un apparato metodologico variamente sofisticato. Sulle psicoterapie, nel nostro Paese, non sono stati condotti fino ad ora studi clinici controllati randomizzati che siano stati replicati da *équipe* indipendenti, né sono attesi nel futuro prossimo, giacché dimensioni, complessità e costi vanno oltre le risorse scientifiche del sistema Paese. In base a qualità e quantità delle ricerche si usa stilare una gerarchia di 'prove d'efficacia', di questo o quel trattamento psicoterapeutico, per questa o quella classe di disturbi. [...] Il più alto livello è quello dei 'trattamenti ben consolidati' (tra i requisiti almeno due RCT, condotti da due distinti gruppi di ricerca, che attestino la superiorità rispetto a placebo o trattamento alternativo superiore a placebo)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 44).

Questo filone di studi è quello storicamente portato avanti dalla *Division 12- Society of Clinical Psychology* dell'APA e viene chiamato *Empirically Supported Treatments*. Nel loro sito si può trovare una lista regolarmente aggiornata di trattamenti, divisi appunto in trattamenti di comprovata efficacia, probabile efficacia, ecc. Innanzitutto è importante sottolineare che anche dentro la *Division 12* è stato aggiunto come criterio di comprovata efficacia la dimostrazione di efficacia attraverso disegni sperimentali *single-case* (almeno 9), in quanto non tutte le forme di psicoterapia riescono ad essere studiate attraverso la metodologia RCT che richiede tempi circoscritti e criteri che non corrispondono ad alcune forme di trattamento, per le quali vanno utilizzate metodologie di ricerca diverse, come quella dei *single case* appunto.

Inoltre, la comunità scientifica conosce molto bene i limiti che gli studi RCT comportano:

- la selezione molto stringente dei pazienti, che devono essere omogenei per diagnosi ad esempio, escludendo tutte le situazioni dove sia presente una comorbilità, cioè la realtà della maggior parte delle persone che arrivano a chiedere aiuto; ricordiamoci che i sistemi diagnostici servono a darci elementi per descrivere degli aspetti della complessità umana e non a creare realtà o verità oggettive, in quanto ogni persona è espressione unica ed irripetibile di aspetti biologico-genetici, esperienziali, relazionali, sociali e di vita; ne va da sé che la comorbilità sia quanto aspettarsi più facilmente, non per altro anche i più classici sistemi diagnostici categoriali stanno sempre più muovendosi in un'ottica dimensionale;
- la richiesta di seguire terapie manualizzate, dove la letteratura ha mostrato che seguire in modo pedissequo un manuale porta a risultati meno efficaci rispetto a terapie dove il clinico si assume l'aspetto della cura in prima persona e personalizza il trattamento con flessibilità e 'autocorreggendolo' durante il processo; sappiamo infatti che la rigidità degli

- interventi è un fattore nocivo per la riuscita delle terapie, in particolare nel momento in cui si realizzano rotture dell'alleanza terapeutica (Henry, 1994; Rennie, 1994; Rhodes *et al.*, 1994; Safran *et al.*, 2001);
- i trattamenti reali non hanno una durata stabilita ma questa è variabile, perché strettamente legata alla situazione specifica;
 - limitare la scelta di terapia e terapeuta danneggia l'alleanza, fattore primario di esito; seppure ci sia poca consapevolezza da parte degli utenti delle differenze di teorie e tecniche in ambito psicoterapico, ogni persona ha una propria teoria della sua sofferenza e delle strade per uscirne; le preferenze del paziente sono correlate ad un buon esito del trattamento; nella Consensus Conference viene affermato questo aspetto per sostenere la scelta di un trattamento psicoterapico rispetto al farmaco: 'Molte persone (circa la metà) preferiscono la psicoterapia ai trattamenti farmacologici: se si viene incontro a questa preferenza vi è una maggiore disponibilità e aderenza al trattamento (Deacon & Abramowitz, 2005; Paris, 2008; Patterson, 2008; Solomon *et al.*, 2008; Vocks *et al.*, 2010)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 27);
 - negli studi di efficacia non si individuano le caratteristiche per cui quel trattamento è efficace, si assume che siano aspetti specifici a renderlo tale, ma non vengono presi in considerazione gli aspetti aspecifici del trattamento che possono essere trasversali al tipo di terapia, come ad esempio la costruzione di un rapporto di fiducia con il terapeuta; nelle conclusioni del gruppo di lavoro sulle relazioni terapeutiche dell'APA (Norcross, 2001) viene affermato che: 'I tentativi di elaborare linee guida pratiche basate sull'evidenza di psicoterapie efficienti trascurando la relazione terapeutica sono del tutto incompleti e potenzialmente insoddisfacenti sia in ambito clinico che sperimentale'.

Sottolineare i limiti degli RCT non significa screditare il valore, che in termini di validità interna rimane importante, ma descriverne la parzialità in termini di validità esterna per cui gli stringenti criteri necessari per portare avanti questi studi rendono i risultati meno generalizzabili. Questo con l'idea di intendere la ricerca in un'ottica più allargata, soprattutto in riferimento al rispetto della pratica clinica.

Nel testo della Consensus Conference questo viene solo 'accennato' in alcuni punti del testo lasciando il lettore però piuttosto privo di approfondimento rispetto a quanto si possa intendere: 'Per completezza, è necessario accennare al fatto che nell'ultimo decennio sono stati pubblicati studi, editoriali e meta-analisi che mettono in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect size* che ne derivano (cfr. Shedler, 2018; Wachtel, 2010)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 15).

E viene poi ripreso più avanti 'Una ulteriore cautela deriva da studi, editoriali e revisioni meta-analitiche, pubblicati nell'ultimo decennio, che metto-

no in dubbio il principio di efficacia di una psicoterapia basata sugli RCT di impianto tradizionale e sugli *effect sizes* che ne derivano. Nonostante le differenti metodologie impiegate, questi studi hanno evidenziato alcuni limiti metodologici degli RCT in psicoterapia su cui si basano le linee guida e la sostanziale non-superiorità di alcune psicoterapie sulle altre in relazione ai disturbi studiati, alle metodologie di follow-up utilizzate e agli *outcome* considerati. Si consulti al riguardo la seguente bibliografia: American Psychological Association, 2012; Chambless & Ollendick, 2001; Clark, 2017; Cuijpers *et al.*, 2016, 2020; Flückiger *et al.*, 2014; Guidi *et al.*, 2018; Keefe *et al.*, 2014; Shedler, 2018; Thornton, 2018; Tolin *et al.*, 2015; Watchel, 2010; Westen *et al.*, 2004 (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 53).

Infatti, poco dopo aver parlato dell'efficacia sperimentale si scrive questo: 'Quanto detto fin qui non costituisce che metà del cielo'. Riguarda difatti un'accezione del termine 'efficacia' relativamente astratta, quale si ricava in condizioni ottimali di ricerca avanzata: questo tipo di efficacia (*efficacy*) è abitualmente denominato 'efficacia teorica'. L'altra metà del cielo è occupata da questioni di efficacia pratica (*effectiveness*) ed efficienza (*efficiency*). (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 45)

Crediamo possa avere senso parlare anche dell'altra metà del cielo, in un testo che vuole avere come obiettivo la promozione della cultura e dell'offerta di trattamenti di natura psicologica al fianco o come elettivi rispetto a trattamenti farmacologici, ma anche a prescindere da essi.

Quindi facciamo qualche approfondimento ulteriore.

Sicuramente è importante citare tutto il filone di studi portato avanti dalla *Division 29* dell'APA, *Society for the Advancement of Psychotherapy*, che pone la sua attenzione sui cosiddetti fattori aspecifici, cioè quei fattori che sono trasversali al tipo di orientamento ma che risultano collegati alla sua efficacia. Rispetto alla relazione ne sono esempio: l'alleanza terapeutica, che si è mostrato essere come il più forte predittore di esito negli studi degli ultimi decenni, sia per le terapie individuali, che per quelle di coppia, familiari e di gruppo, il consenso sugli obiettivi, l'empatia, la considerazione positiva, la raccolta di feedback da parte del paziente sono alcuni dei fattori di comprovata efficacia, a cui si aggiungono altri di probabile efficacia, quali l'autenticità, la relazione reale e la riparazione delle rotture. Il gruppo coordinato da Norcross pubblica all'incirca ogni 10 anni un aggiornamento dei risultati di questi studi (Norcross, 2002, 2011; Norcross & Lambert, 2019; Norcross e Wampold 2019). Lambert e colleghi (Asay & Lambert, 1999; Lambert 2013; Wampold, 2001) hanno stimato che l'influenza dei fattori comuni o aspecifici sulla varianza dei risultati dei trattamenti sia del 30% (a fronte di un 15% delle tecniche specifiche).

Questo sguardo potrebbe già portare ad un allargamento della visuale, in un'ottica più integrativa rispetto a forme di psicoterapia di differente tipo. L'importanza infatti di individuare trattamenti, forme di psicoterapia, che si

fondino su una base di efficacia, non è per inseguire l'illusoria idea che esista un'unica forma di terapia che sia efficace e risolutiva per tutti, ma consiste nella possibilità di offrire varie strade serie e solide, proprio considerato il fatto che ogni persona può trovare corrispondenza in percorsi differenti. 'Nessun trattamento è risultato avvicinarsi ad essere efficace nel 100% dei casi trattati. La dimostrazione di efficacia di un trattamento non ci dice se quel trattamento sarà efficace nel caso che stiamo trattando, anche se il paziente appartiene ad una categoria diagnostica per cui quel tipo di terapia si è dimostrata efficace' (Fava & Gruppo Zoe, 2016, p. 21).

Altri esempi sono citati nella stessa relazione in alcuni punti o note a fondo pagina:

- 'Va sottolineato che molte linee guida privilegiano la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) rispetto alla terapia psicodinamica (PDT) a causa del maggior numero di studi che storicamente sono stati condotti sulla CBT, però nei tempi recenti diverse ricerche e meta-analisi hanno mostrato che la PDT spesso non è inferiore alla CBT (si vedano, tra gli altri, Cuijpers *et al.*, 2014; Gerber *et al.*, 2011; Keefe *et al.*, 2014; Leichsenring & Steinert, 2017; Shedler, 2010; Steinert *et al.*, 2017; Steinert & Leichsenring, 2017; Thoma *et al.*, 2012; Tolin, 2015) (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 54);
- 'In parziale contraddizione con alcune linee guida appena passate in rassegna, in particolare quelle NICE, una recente meta-analisi ha dimostrato la sostanziale equivalenza di efficacia delle terapie CBT e di quelle psicodinamiche nel trattamento dei disturbi d'ansia presi finora in considerazione (Keefe *et al.*, 2014)' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 62).

Raccomandazioni della giuria

Questi elementi integrativi sono maggiormente considerati nella parte delle raccomandazioni della giuria che indica uno scenario alquanto differente, come dicevamo, rispetto alle proposte:

'Si raccomanda di promuovere lo sviluppo di un sistema di monitoraggio degli esiti degli interventi realizzati in strutture pubbliche e private anche non convenzionate. Questa raccomandazione [...] inoltre permette la valutazione dell'accettazione soggettiva, dall'alleanza terapeutica e della soddisfazione del trattamento psicologico così fortemente correlato al consenso e alla reciprocità del paziente, per osservare e gestire, anche in termini di offerta psicologica, le differenze che anche in questo campo si apprezzano tra efficacia teorica ed efficacia pratica' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

Si chiarisce che poi quando si parla di trattamenti basati su prove di efficacia si parla di efficacia anche clinica. E infatti in seguito si dice:

‘Nell’ambito delle psicoterapie supportate da prove di efficacia, non essendo rilevabili differenze di efficacia clinicamente rilevanti tra singoli interventi, si raccomanda di considerare con attenzione l’offerta di una varietà di psicoterapie strutturate, a condizione di valutarne e monitorarne sistematicamente l’esito’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 92).

Si segnala poi che ‘L’esteso e impegnativo lavoro di analisi delle evidenze presenti in letteratura fatto dal gruppo di esperti della Consensus Conference ha però toccato solo parzialmente l’ambito dell’età evolutiva’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 90) e che quindi è necessario ‘approfondire ulteriormente gli aspetti specifici relativi a infanzia e adolescenza’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 91).

Il tema della formazione appare tuttavia particolarmente critico anche nella seconda parte del documento laddove:

- a. non si fa una chiara distinzione fra scuole di specializzazione in psicoterapia e scuole di specializzazione in psichiatria, neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, psicologia clinica quando ‘si raccomanda un incremento del numero delle scuole di specializzazione pubbliche, che tendenzialmente dovrebbero essere presenti in tutte le università’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95);
- b. ‘si raccomanda un incremento delle ore di tirocinio nelle scuole di specializzazione private (dunque, s’immagina, in psicoterapia, ndr), in modo da equipararle a quelle pubbliche’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95).

Questo passaggio, unitamente al punto successivo, che invita ad ‘una maggiore disponibilità delle strutture pubbliche e convenzionate di psichiatria, neuropsichiatria infantile e psicologia clinica ad ospitare i tirocini degli specializzandi’ (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 95), prefigura uno scenario che sembra non tener conto né della qualità formativa (portare i tirocini in psicoterapia a trentotto ore settimanali contro le attuali 4-5 sarebbe funzionale alla formazione degli specializzandi e alla qualità della risposta ai pazienti o a creare una forza lavoro di serie B?) né dei costi (i tirocini in psicoterapia oggi non sono retribuiti, è immaginabile pensare che lo possano diventare portandoli a quel monte ore?) né di una realtà costituita da alcune centinaia di scuole di psicoterapia private (e nessuna pubblica) del cui destino non sembra ci si preoccupi particolarmente.

Ma ancor più preoccupa che si soprasseda alla nota impreparazione alla psicoterapia fornita dalle scuole di specializzazione di area medica, che pure abilitano alla stessa psicoterapia per un compromesso politico-professionale che, se è stato necessario ai tempi della legge 56/89, sarebbe oggi opportuno smascherare ed emendare, trattandole come se fossero equiparabili a quelle private quanto alla qualità della formazione che erogano. Di più, appare vetusta e genera sospetti in ordine alla convenienza accademica la raccomandazione di incremento delle scuole pubbliche (di psichiatria? di

neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza? di psicoterapia?) quando appare evidente che non si tratta certo di rendere pubblico ciò che è privato ma di operare a ben altri livelli sulla qualità della formazione in psicoterapia (mentre la strada scelta, lo sappiamo, è quella del burocratismo).

Appaiono poi ovvie ma condivisibili invece, parlando di formazione dei medici, le indicazioni di 'conoscere e saper applicare l'empatia come costrutto relazionale, fondamentale per l'adesione al trattamento, la comunicazione della diagnosi e l'esito della cura' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 97) e, parlando di formazioni agli psicologi 'avere competenze relative circa l'alleanza terapeutica' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 98).

Un punto che risente di una impostazione pregiudizialmente discutibile riguarda poi il rapporto pubblico-privato. Nella prima parte del documento si dice esplicitamente che 'pur in assenza di dati attendibili, gli esperti ritengono che almeno due terzi della domanda di trattamenti psicoterapeutici trovi risposta nella pratica professionale privata' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 30) e poi si raccomanda di 'potenziare l'offerta di terapie psicologiche nei servizi pubblici ed eventualmente introdurre forme di convenzione e accreditamento dei professionisti privati' (Gruppo di lavoro Consensus, 2022, p. 32).

Al di là della forzatura costituita da una dicotomia così formulata che non tiene quindi conto di tutto un mondo della cura psicologica che opera nel terzo settore, e dunque in organizzazioni con caratteristiche 'terze' fra pubblico e privato, appare infondata l'idea implicita che sembra serpeggiare nel documento che solo il servizio pubblico sia 'governabile' e 'universalisticamente accessibile' quando appare evidente che i professionisti privati, anche profit, non operano nel vuoto normativo e culturale e potrebbero ben essere inclusi in reti cliniche e formative qualora lo si volesse e che l'accessibilità per le fasce meno abbienti può essere garantita, oltre che attraverso il lavoro delle organizzazioni del terzo settore, attraverso forme di convenzionamento, accreditamento, *welfare* aziendale, bonus, ecc., e che rinunciare ad includere questi attori sociali nei sistemi di cura significa inseguire irrealizzabili utopie panpubbliche.

Conclusioni

Se dovessimo riassumere le nostre riflessioni, ci pare che le buone intenzioni iniziali siano state tradotte in una forma spesso molto criticabile e che solo parzialmente le raccomandazioni finali possano risultare pienamente accoglibili. Dalla montagna al topolino appunto. Certamente l'orientamento a favorire una migliore accessibilità e appropriatezza (il trattamento giusto per lo specifico problema e soggetto) per tutta la popolazione è un obiettivo da perseguire ed è da stigmatizzare e contenere ciò che, spesso per ragioni

anche non nobilissime, prevale nel ‘mercato della cura’, ma certo il processo di sviluppo di una cura con i soggetti umani che metta al centro la qualità è ancora lungo e forse il contributo di questo documento fornisce un aiuto più modesto di quanto sarebbe stato auspicabile.

Non sembra semplice ricondurre i percorsi formativi e organizzativi dei servizi ad un insieme di norme, per quanto valide ed empiricamente fondate, in particolare se si considerano le difficoltà e la complessità dei percorsi che portano ad essere un terapeuta ‘efficace’. Fava scrive nell’introduzione a *La competenza a curare*: ‘D’altra parte solo uno sciocco potrebbe pensare di vincere una partita di tennis avendo imparato a memoria un eccellente manuale sull’argomento. Nello stesso senso nessuno potrebbe affrontare la stessa partita senza conoscere le regole codificate del gioco o utilizzando materiali incompleti e scadenti’ (Fava & Gruppo Zoe, 2016, p. 6).

Poiché l’essere umano è meravigliosamente complesso, lo è anche il nostro mestiere, e per questo siamo convinti che più riusciremo ad assumerci come persone e come comunità uscendo da logiche di adesione/contrasto, più riusciremo a fornire efficaci risposte anche sul piano politico e sanitario.

Tuttavia, appare assolutamente necessario un confronto critico serrato qualora le idee proposte appaiano non del tutto convincenti.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychological Association (2012). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 2013;50:102-109. Disponibile da: www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy
- Asay, T.P., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M.A. Hubble, B.L. Duncan, S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC, *American Psychological Association*, pp. 33-56.
- Bandelow, B., Michaelis, S. Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19:93-107.
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G.M., Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30:1-18.
- Bergin, A.E. (1971). The evaluation of psychotherapeutic outcomes. In S.L. Garfield, A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis* (2nd ed., pp. 139-190). New York: Wiley.
- Chambless, D.L., Ollendick T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52:685-716 (trad. it.: Gli interventi psicologici validati empiricamente: controversie ed evidenze empiriche. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2001;35:5-46).
- Clark, D.M. (2017). Il programma inglese *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:529-550.
- Cuijpers, P., Cristea, I.A., Karyotaki, E., Reijnders, M., Huibers, M.J.H. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15:245-258.

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S.D., van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159:118-126.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., de Wit, L., Ebert, D.D. (2020). The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression. A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 30:279-293.
- Deacon, B.J. Abramowitz, J.S. (2005). Patients' perceptions of pharmacological and cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 36:139-145.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16:319-324.
- Eysenck, H.J. (1961). The effects of psychotherapy. In H.J. Eysenck (Ed.), *Handbook of Abnormal Psychology* (pp. 697-725). New York: Basic Books.
- Eysenck, H.J. (1966). The effects of psychotherapy. New York: International Science Press.
- Fava, E., Gruppo Zoe (2016). La competenza a curare. Il contributo della ricerca empirica. Milano: Mimesis.
- Fava, G.A. (2002). Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71:127-132.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Munder, T., Heer, S., Wampold, B.E. (2014). Enduring effects of evidence-based psychotherapies in acute depression and anxiety disorders versus treatment as usual at follow-up. A longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34:367-375.
- Furukawa, T.A., Shinohara, K., Sahker, E., Karyotaki, E., Miguel, C., Ciharova, M., Bockting, C.L.H., Breedvelt, J.J.F., Tajika, A., Imai, H., Ostinelli, E.G. Sakata, M., Toyomoto, R., Kishimoto, S., Ito, M., Furukawa, Y., Cipriani, A., Hollon, S.D., Cuijpers, P. (2021). Initial treatment choices to achieve sustained response in major depression: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 20:387-396.
- Furukawa, T.A., Weitz, E.S., Tanaka, S., Hollon, S.D., Hofmann, S.G., Andersson, G., Twisk, J., DeRubeis, R.J., Dimidjian, S. Hegerl, U., Mergl, E., Jarrett, R.B., Vittengl, J.R., Watanabe, N., Cuijpers, P. (2017). Initial severity of depression and efficacy of cognitive-behavioural therapy: individual-participant data meta-analysis of pill-placebo-controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 210:190-196.
- Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., Perkins, P., Leon, A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 168:19-28.
- Gruppo di lavoro "Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione". *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022 (Consensus ISS 1/2022). Available from: http://www.iss.it/documents/20126/0/Consensus_1_2022_IT.pdf
- Guidi, J., Brakemeier, E., Bockting, C.L.H., Cosci, F., Cuijpers, P., Jarrett, R.B., Linden, M., Marks, I., Peretti, C.S., Rafanelli, C., Rief, W., Schneider, S., Schnyder, U., Sensky, T., Tomba, E., Vazquez, C., Vieta, E., Zipfel, S., Wright, J.H., Fava, G.A. (2018). Methodological recommendations for trials of psychological intervention. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87:276-284.
- Henry, W.P., Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process, in A.O. Horvath, L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*, New York, Wiley, pp. 259-287.
- Keefe, K.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34:309-323.
- Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.) 'Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change', 6th ed., Hoboken, NJ, Wiley, 169-218.

- Leichsenring, F. Steinert, C. (2017). La terapia comportamentale è veramente la più efficace? *Psicoterapia e Scienze Umane*, 51:551-558. Anche in Migone, P. (a cura di), La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche. Milano: Franco Angeli, 2021;3:74-82.
- Luborsky, L., Singer, B. Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: ‘Is it true that everyone has won and all must have a prize?’, *Archives of General Psychiatry*, 32:995-1008.
- Norcross, J.C. (2001). Purposes, Processes, and Products of the Task Force on Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:345-356.
- Norcross, J.C. (a cura di) (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients, Oxford University Press, New York.
- Norcross, J.C. (Ed.) (2011). Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness (2nd ed.). Oxford University Press. Available from: [https://doi.org/ 10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.001.0001)
- Norcross, J.C., Lambert, M.J. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 1: Evidence-based therapist contributions (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., Wampold, B.E. (2019). Psychotherapy relationships that work. Volume 2: Evidence-based responsiveness (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2008). Clinical trials of treatment for personality disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 31:517-viii.
- Patterson, T.L., Leeuwenkamp, O.R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 100:108-119.
- Rachman, S. (1971). The effects of psychotherapy (Vol. 15). Oxford: Pergamon.
- Rennie, D.L. (1994). Clients’ deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41:427-437.
- Rhodes, R.H., Hill, C.E., Thompson, B.J., Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41:473-483.
- Rosenzweig, S. (1954). A transvaluation of psychotherapy: a reply to Hans Eysenck. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 49:298-304.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38:406-412.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65:98-109.
- Shedler, J. (2018). Where Is the Evidence for ‘Evidence-Based’ Therapy? *The Psychiatric Clinics of North America*, 41:319-329.
- Solomon, D.A., Keitner, G.I., Ryan, C.E., Kelley, J. Miller, I.W. (2008). Preventing recurrence of bipolar I mood episodes and hospitalizations: Family psychotherapy plus pharmacotherapy versus pharmacotherapy alone. *Bipolar Disorders*, 10:798-805.
- Steinert, C. Leichsenring, F. (2017). No psychotherapy monoculture for anxiety disorders. *Lancet*, 389:1882-1883.
- Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *The American journal of psychiatry*, 174:943-953.
- Thoma, N.C., McKay, D., Gerber, A.J., Milrod, B.L., Edwards, A.R. Kocsis, J.H. (2012). A quality-based review of randomized controlled trials of cognitive-behavioral therapy for depression: An assessment and metaregression. *American Journal of Psychiatry*, 169:22-30.
- Thornton, J. (2018). Depression in adults: campaigners and doctors demand full revision of NICE guidance. *British Medical Journal (BMJ)*, 361:k2681.
- Tolin, D.F. (2015). Corrigendum to ‘Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in

- cognitivebehavioral therapy for anxiety disorders'. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:315-316.
- Tolin, D.F., McKay, D., Forman, E.M., Klonsky, E.D., Thombs, B.D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22:317-338.
- Vocks, S., Tuschen-Caffier, B., Pietrowsky, R., Rustenbach, S.J., Kersting, A. & Hertpertz, S. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of psychological and pharmacological treatments for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 43:205-217.
- Wachtel, P.L. (2010). Beyond 'ESTs'. Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27:251-272. (Trad. It. Al di là degli 'EST'. Problemi di una pratica psicoterapeutica basata sulle evidenze. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2011, 45:153-180).
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B.E., Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge/Taylor & Francis Group (Trad. It. Il Grande dibattito in psicoterapia: L'evidenza della ricerca scientifica avanzata applicata alla clinica, Sovera editore, Roma, 2017).
- Westen, D., Morrison Novotny, K., Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130:631-663.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 11 maggio 2023.

Accettato: 29 maggio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:793

doi:10.4081/rp.2023.793

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

Italian guidelines on psychological therapies for anxiety and depression: innovation or missed opportunity?¹

Simone Cheli*

ABSTRACT. – The aim of this work is to contribute to the ongoing debate on the Consensus Conference on Psychological Therapies for Anxiety and Depression. Taking a scientific approach to implement the guidelines of the *Istituto Superiore di Sanità*, I will frame my reflections in a peer-review format identifying five areas that might benefit from the review. Obviously, the opinions I express here may be faulty opinions that I will attempt to justify from the standpoint of existing scientific literature.

Key words: psychotherapy, consensus conference, evidence-based practice, common factors, specific factors.

Existing guidelines and reference literature

The first element that deserves evaluation is the almost exclusive focus on the guidelines of the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The general structure of the document seems oriented toward implementing these guidelines in the Italian context. In my opinion, there are some problematic elements to consider in this approach. The first is that NICE was formulated nearly 20 years ago, and although there have been numerous updates up to the last one cited by the Consensus Conference, the initial perspective remains unchanged. It is surprising that Italy has failed to produce a critical review that could have benefitted from the advantages and disadvantages of what has been done by NICE and its implementation program in psychotherapy called ‘Improving Access to Psychological Therapies’ (IAPT). First of all, the Italian document presumes a categorical perspective to diagnoses which renders the psychopathological and psychotherapeutic debate of

*Centre for Psychology and Psychotherapy, Tages Onlus, Florence; School of Human Health Sciences, University of Florence. E-mail: simone.cheli@unifi.it

¹ Translation edited by the journal.

the last 20 years almost totally irrelevant. Indeed, this debate has increasingly focused attention on the clinical utility of interventions focused on processes, mechanisms, and dimensions.

Data (Clark, 2018) suggest that the English healthcare system is highly effective in its adherence to IAPT practices (89% started treatment within 6 weeks of the initial assessment; 99% of patients with anxiety or depression received an initial and final intervention assessment), whereas the responses in terms of clinical efficacy are less clear. Diagnosis remission rates are 51% and drop-out rates are nearly 60% (only 40.3% completed more than one session). These metrics are hardly in line with the meta-analyses on Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for anxiety (Springer *et al.*, 2018) and depression (Cuijpers *et al.*, 2013) which in NICE is indicated as the first choice in second-level interventions. However, numerous are non-responders in cognitive therapies, and IAPT does not match the efficacy of CBT.

While on the one hand, our national health system would greatly benefit from clear guidelines, on the other I should point out that the same meta-analytical data that lead to the implementation of therapeutic protocols and have, for example, brought CBT to the so-called Third Wave, are not taken into consideration in the Italian document. It is as if all the studies (strictly CBT based) on Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), Acceptance and Commitment Therapy, or Metacognitive Therapy count for nothing. The IAPT was and is a commendable initiative, but it is unsatisfactory that only 1 out of 5 patients go into remission (40.3% complete the course and of these, only 51% no longer meet the diagnostic criteria at the end).

Comorbidity and specificity of the constructs of depression and anxiety

Let us imagine a person who accesses the first level of assessment and reports feelings of emotional flattening, reduced activity, and feelings of self-devaluation. The Italian guidelines require an ‘operator’ to make an initial assessment in a primary care setting using standard testing tools and then start guided self-help. If the operators are psychotherapists with experience in differential diagnoses, they would consider the reported depressive symptoms as non-specific and would conduct a broad-spectrum examination which would hopefully include the patient’s symptomatology as a whole and personality functioning. In the case of operators with limited experience in differential diagnoses (NICE also includes nurses – in the Consensus Conference, as we will see, terminological confusion leaves room for multiple interpretations) there is the risk of limiting the assessment to depressive symptomatology.

The distinction I make is not an academic one, but a studied case based on

data that have emerged in the last 20 years. First, since 1990, Harvard Medical School has been conducting comorbidity studies that show the limited specificity of categorical diagnoses. In fact, in psychodiagnostics, it is an exception to receive only one diagnosis. Specifically, the comorbidity of anxiety with depressive symptoms was estimated at between 80% and 95% (Gorman, 1996), and, the comorbidity of the latter with personality disorders was at least equal to 62% (Hirschfeld, 1999). Therefore, the depressive symptoms reported above could refer to very different functioning mechanisms, and an accurate differential diagnosis would allow the setting up of treatment able to target these mechanisms. The patient could present a flat affect that is the result of a perfectionistic dynamic typical of obsessive-compulsive personality disorder, an experience of emptiness that may be associated with a form of pathological narcissism, or an onset of major depression following the end of a relationship.

Furthermore, the idea that a psychometric test (however validated) recognizes the same depressive symptomatology investigated by another test is illusory (Chavence *et al.*, 2020). The terms depression or anxiety encompass diversified psychopathological experiences and clusters which can lead to specific psychosocial problems. From a clinical viewpoint, it is easy to see how 4 out of 5 patients fail to achieve remission from their diagnosis. This is not to say that therapists in the English health system are incompetent, but it may be that they treat very different problems in the same way. In addition to the obvious critical clinical challenge, a critical organizational challenge emerges. An efficient stepped-care system is one that allows a person access to a specific intervention. Alternatively, a 'Fordist' healthcare organizational model is used where healthcare is strengthened and supplied but is not aligned to demand as implied by the so-called 'lean' models (D'Andreamatteo *et al.*, 2015). This fundamental distinction is necessary to evaluate the economic sustainability of the guidelines.

Processes, mechanisms, and dimensions in psychopathology

The response of psychopathology and psychotherapy to the problems described so far corresponds to three lines of research that have dominated the international debate for over 15 years: i) the role of transdiagnostic processes and mechanisms in the onset and maintenance of disorders; ii) a review of the diathesis-stress model in the light of dimensional perspectives on psychopathology; iii) the development of psychotherapeutic protocols informed by processes, mechanisms, and dimensions in an increasingly integrated perspective. It is regrettable that there is no trace of all this in the document proposed by the Consensus Conference. While a policy of maintaining a conservative position to avoid academic disputes may be under-

standable, we are baffled that there is no reference to the thousands of scientific articles that address these three issues. For example, the comorbidity of strong anxiety and depressive disorders is associated with a series of transdiagnostic processes primarily referable to forms of persevering thought which are the basis of some of the protocols with the most scientific evidence, such as MBCT for chronic depression (McEvoy *et al.*, 2013). In parallel, this spectrum of internalizing manifestations has been associated with a personality trait called neuroticism whose clinical manifestations are best understood in the light of specific maintenance mechanisms such as experiential avoidance (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Finally, the so-called common factors are indeed transdiagnostic but are specific to each patient's functioning. We know that patients with a high level of neuroticism expose the setting to some risk: therapists (especially if inexperienced) tend to give a low assessment of the therapeutic alliance level while patients give high ones, generating some discrepancy in the shared experience of therapy (Chapman *et al.*, 2009). The Consensus Conference document refers to the therapeutic alliance construct only once in one of the annexes and never mentions either the constructs of transdiagnostic processes and mechanisms or those of personality dimensions or traits.

Distinction between psychotherapy and psychological therapy

Consistent with the British model where first-level interventions can be provided by nurses and social workers, IAPT generically refers to psychological therapies. In the Italian context, where very different legislation exists, the authors of the Consensus Conference document should perhaps have paid more attention to the use of terms, or – as I mentioned in the first paragraph – they should have integrated IAPT with other perspectives. The reader will notice how the term ‘psychotherapy’ is used in three contexts: the initial declarations on the importance of evidence-based approaches, the sentences in which this evidence is reviewed, and the references to graduate schools recognized by the *Ministero dell'Istruzione e del Merito*. The expression ‘psychological therapies’ is used in the titles or phrases that refer to an overview of the document's implications. The glossary specifies that psychological therapies include psychotherapy as a primary focus and that other interventions would be mentioned but not covered in the document. The reader is further confused in the next line which states that for low-intensity interventions there are self-help manuals (discussed in the document) and physical activity. The last two forms of intervention ‘do not qualify as psychological and/or as therapies’ (ISS, 2022). In short, my comment on the lack of terminological clarity is not unfounded and results in significant regulatory and applicative chaos.

In Italy, psychotherapy practice is carefully regulated and requires specific training and qualifying courses. On an initial reading, given that the glossary clearly states that the text is not concerned with ‘non-psychotherapeutic’ psychological therapies we are led to believe that the guidelines refer to the work of psychotherapists. Unfortunately, excessive use of IAPT (where, as you will recall, the rules are different and certain activities are assigned to nurses and social workers) generates a bug that may or may not be intentional. The existence of non-psychological or therapeutic interventions (such as manuals and physical activities) means involving other figures. It remains to be seen whether these figures, without the skills to understand the functioning of patients (beyond the symptom) and to treat them effectively, can adequately manage the first level of assessment and treatment. As mentioned above, this and other doubts are related less to irrelevant intellectual or academic distinctions and more to aspects that inform hopefully effective, sustainable intervention.

Conclusions on economic sustainability

Efficient and effective therapeutic protocols must be supported by organizational models consistent with this aim. It implies developing sustainable interventions for the delivery system and for users. The approach proposed by the Consensus Conference seems to be aimed at maximizing the number of services provided in a generalist way (focus on diagnostic macro-categories with limited attention to the subjective functioning of the patient and the professional’s skills) at the risk of increasing costs instead of effectiveness (IAPT brings only 1 in 5 patients to remission). The document drafted may well be a missed opportunity to consider specific interventions which are able to tailor the healthcare offered to demand, maximizing existing skills and resulting in better use of resources.

REFERENCES

- Chapman, B.P., Talbot, N., Tatman, A.W., Britton, P.C. (2009). Personality Traits and the Working Alliance in Psychotherapy Trainees: An Organizing Role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28.
- Chavance, A., Ravaud, P., Tomlinson, A., Le Berre, C., Teufer, B., Touboul, S., Fried, E.I., Gartlehner, G., Cipriani, A., Tran, V.T. (2020). Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *The Lancet. Psychiatry*, 7:692-702.
- Clark, D.M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14:159-183.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in compar-

- ison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58:376-385.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119:1197-1209.
- Gorman, J.M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4:160-168.
- Hirschfeld, R.M. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10:142-146.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2022). Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione, p. 8.
- McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E.R., Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151:313-320.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D. (2018). What Lies Beyond Neuroticism? An Examination of the Unique Contributions of Social-Cognitive Vulnerabilities to Internalizing Disorders. *Assessment*, 25:143-158.
- Springer, K.S., Levy, H.C., Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61:1-8.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 5 November 2022.

Accepted: 16 June 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:734

doi:10.4081/rp.2023.734

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

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

Le linee guida italiane sulle terapie psicologiche di ansia e depressione: un'innovazione o un'occasione persa?

*Simone Cheli**

SOMMARIO. – In questo contributo mi propongo di riassumere i miei commenti al dibattito in corso sulla Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione. Nell'ottica scientifica di implementazione delle linee guida avviate dall'Istituto Superiore di Sanità, ho scelto di impostare le mie riflessioni nel formato di una peer-review, andando dunque ad individuare cinque aree che potrebbero beneficiare di una revisione. Ovviamente quelle che qui esprimo sono opinioni fallibili che cerco di motivare a partire dalla letteratura scientifica esistente.

Parole chiave: psicoterapia, consensus conference, *evidence based practice*, fattori comuni, fattori specifici.

Linee guida esistenti e letteratura di riferimento

Il primo elemento che forse meriterebbe una valutazione è il focus quasi esclusivo sulle linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). L'impianto generale del documento sembra infatti orientato per lo più a declinare tali linee guida nel contesto italiano. In questa operazione vi sono alcuni elementi a mio avviso assai problematici. Il primo è che il NICE è stato formulato quasi 20 anni fa. Per quanto siano stati prodotti numerosi aggiornamenti sino agli ultimi citati dalla Consensus Conference, questi non hanno modificato la prospettiva iniziale. In sede italiana stupisce che non sia stata formulata una revisione critica, potendo usufruire di vantaggi e svantaggi di quanto fatto dal NICE e dal suo programma attuativo in psicoterapia denominato *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). Innanzitutto, il documento italiano dà per scontata una prospettiva categoriale alla diagnosi da cui consegue una quasi assoluta irrilevanza del dibattito psi-

*Centro di Psicologia e Psicoterapia, Tages Onlus, Firenze; Scuola di Scienze della Salute Umana, Università di Firenze. E-mail: simone.cheli@unifi.it

copatologico e psicoterapeutico degli ultimi 20 anni. Tale dibattito ha infatti posto sempre più l'attenzione sull'utilità clinica di interventi focalizzati su processi, meccanismi e dimensioni.

I dati (Clark, 2018) suggeriscono una notevole efficacia da parte del sistema sanitario inglese nell'aderire alle pratiche dello IAPT (89% hanno iniziato il trattamento entro 6 settimane dalla valutazione iniziale; 99% dei pazienti con ansia o depressione hanno ricevuto una valutazione iniziale e finale dell'intervento), le risposte in termini di efficacia clinica sono invece più contenute. I tassi di remissione dalla diagnosi sono del 51% e i tassi di drop-out sono quasi del 60% (solo il 40.3% ha completato più di una seduta). Tali metriche non sono certo in linea con le meta-analisi sulla *Cognitive-Behavioral Therapy* (CBT) per ansia (Springer *et al.*, 2018) e depressione (Cuijpers *et al.*, 2013) che nel NICE viene indicata come prima scelta negli interventi di secondo livello. Per quanto numerosi siano i non-rispondenti nelle terapie cognitive, lo IAPT non ha raggiunto l'efficacia della CBT.

Se da un lato il nostro sistema sanitario nazionale beneficerebbe fortemente di linee guida chiare, dall'altro non posso non rilevare che gli stessi dati meta-analitici che spingono ad implementare i protocolli terapeutici e hanno ad esempio portato la CBT alla cosiddetta Terza Onda non vengono presi in considerazione nel documento italiano. Come se tutti gli studi (rigorosamente di impianto CBT) su *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), *Acceptance and Commitment Therapy*, o *Metacognitive Therapy* niente contassero. Lo IAPT è stata ed è un'iniziativa lodevole, ma non sembra sufficiente che solo 1 paziente su 5 giunga ad una remissione della diagnosi (40.3% completano il percorso e di questi solo il 51% non soddisfa più i criteri diagnostici al termine).

Comorbilità e specificità dei costrutti di depressione e ansia

Immaginiamo una persona che acceda ad un primo livello di valutazione riportando sentimenti di appiattimento emotivo, ridotta attività e sentimenti di autosvalutazione. Le linee guida italiane prevederebbero che un 'operatore' faccia una prima valutazione in un setting di cure primarie avvalendosi di strumenti testistici standard e poi avvii un auto-aiuto guidato. Nel caso l'operatore sia uno psicoterapeuta con esperienza nella diagnosi differenziale, questi considererebbe i sintomi depressivi riportati come aspecifici e condurrebbe un esame ad ampio spettro che auspicabilmente includerebbe la sintomatologia nel suo insieme e il funzionamento di personalità. Nel caso di un operatore con limitata esperienza nella diagnosi differenziale (nel NICE sono previsti anche infermieri, nella Consensus Conference come vedremo la confusione terminologica lascia spazio a molteplici interpretazioni) si rischia di fermarsi ad una valutazione di sintomatologia depressiva.

Questa che propongo non è una distinzione accademica, quanto piuttosto un caso di studio che sta alla luce di due importanti dati emersi negli ultimi 20 anni. Innanzitutto, sin dal 1990 la *Harvard Medical School* conduce studi sulla comorbidità che mostrano l'assai limitata specificità delle diagnosi categoriali. In psicodiagnostica è infatti un'eccezione ricevere una sola diagnosi. Nello specifico, la comorbidità tra sintomi ansiosi e depressivi fu stimata tra l'80% e il 95% (Gorman, 1996) e tra questi ultimi e i disturbi di personalità almeno pari al 62% (Hirschfeld, 1999). Dunque, il paziente con quei sintomi depressivi sopra riportati potrebbe riferirsi a meccanismi di funzionamento assai diversi ed un'accurata diagnosi differenziale permetterebbe di impostare un trattamento in grado di targetizzare tali meccanismi. Il paziente potrebbe mostrare un appiattimento depressivo come conseguenza di una dinamica perfezionistica tipica di un disturbo ossessivo compulsivo di personalità, un'esperienza di vuoto associata ad una forma di narcisismo patologico o un esordio di depressione maggiore conseguente alla fine di una relazione.

Inoltre, l'idea che un test psicometrico (per quanto validato) inquadri la stessa sintomatologia depressiva indagata da un altro test è assai illusoria (Chevance *et al.*, 2020). Quel che chiamiamo depressione o ansia include esperienze e cluster psicopatologici assai diversificati che dunque portano a problematiche psicosociali specifiche. Da un punto di vista clinico è facile comprendere come 4 pazienti su 5 non raggiungano una remissione dalla diagnosi. Non perché i terapeuti del sistema sanitario inglese siano inadeguati, ma probabilmente perché stanno trattando allo stesso modo problematiche assai diverse. Oltre che una ovvia criticità clinica ne emerge anche una organizzativa. Uno *stepped-care* efficiente deve permettere alla persona di accedere ad un intervento specifico. Altrimenti si utilizza un modello organizzativo di sanità 'fordista' in cui si potenzia l'offerta sanitaria senza favorire un'adesione di questa alla domanda come suggerito dai cosiddetti modelli 'lean' (D'Andreamatteo *et al.*, 2015). Tale distinzione è fondamentale per la valutazione di sostenibilità economica delle linee guida.

Processi, meccanismi e dimensioni in psicopatologia

La risposta della psicopatologia e della psicoterapia ai problemi finora descritti è corrisposta a tre filoni di ricerca che ormai da oltre 15 anni dominano il dibattito internazionale: i) il ruolo di processi e meccanismi transdiagnostici nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi; ii) una revisione del modello di diatesi-stress alla luce delle prospettive dimensionali alla psicopatologia; iii) lo sviluppo di protocolli psicoterapeutici informati da processi, meccanismi e dimensioni in un'ottica sempre più integrata. Duole constatare che di tutto questo non vi è traccia nel documento proposto dalla Consensus Conference. È forse comprensibile una posizione conservativa finalizzata a

non esporsi a contestazioni accademiche, lascia invece perplessi non vedere alcun riferimento alle migliaia di articoli scientifici che affrontano questi tre temi. Ad esempio, la fortissima comorbidità tra disturbi ansiosi e depressivi viene associata ad una serie di processi transdiagnostici primariamente riferibili a forme di pensiero perseverante che stanno alla base di alcuni dei protocolli con le maggiori evidenze scientifiche, si pensi alla MBCT per la depressione cronica (McEvoy *et al.*, 2013). Parallelamente, questo spettro di manifestazioni internalizzanti è stato associato ad un tratto di personalità denominato nevroticismo le cui manifestazioni cliniche sono meglio comprese alla luce di specifici meccanismi di mantenimento come l'evitamento esperienziale (Naragon-Gainey & Watson, 2018). Infine, i cosiddetti fattori comuni sono sì transdiagnostici, ma hanno loro specifiche declinazioni in base al funzionamento del paziente. Sappiamo che pazienti con alti livelli di nevroticismo espongono il setting ad un rischio peculiare: i terapeuti (soprattutto se inesperti) tendono a dare valutazioni basse del livello di alleanza mentre i pazienti alte, generando una discrepanza nell'esperienza condivisa della terapia (Chapman *et al.*, 2009). Il documento della Consensus Conference riporta solo una volta il costrutto di alleanza terapeutica in uno degli allegati e non menziona mai né i costrutti di processi e meccanismi transdiagnostici né quelli di dimensioni o tratti di personalità.

Distinzione tra psicoterapia e terapia psicologica

Coerentemente con il modello britannico dove gli interventi di primo livello possono essere erogati anche da infermieri e social worker, lo IAPT si riferisce genericamente a terapie psicologiche. Nel contesto italiano, dove esiste una legislazione ben diversa, gli autori del documento della Consensus Conference avrebbero forse dovuto porre maggiore attenzione all'uso dei termini o meglio, come anticipavo nel primo paragrafo, avrebbero dovuto integrare lo IAPT con altre prospettive. Il lettore potrà notare come il termine 'psicoterapia' viene utilizzato in tre ambiti: le dichiarazioni iniziali sull'importanza di approcci basati sulle evidenze, le frasi in cui si fa una rassegna di tali evidenze, i riferimenti alle scuole di specializzazione riconosciute dal Ministero dell'Istruzione e del Merito. L'espressione 'terapie psicologiche' viene utilizzata in tutti quei titoli o frasi che vogliono rimandare ad una visione d'insieme delle implicazioni del documento. Nel glossario si specifica che le terapie psicologiche includono la psicoterapia in quanto focus primario, gli altri interventi sarebbero citati ma non trattati nel documento. Salvo poi confondere ulteriormente il lettore nella riga successiva dove si dice che negli interventi a bassa intensità troviamo i manuali di auto-aiuto (trattati nel documento) e l'attività fisica. Queste ultime due forme di interventi 'non sono qualificabili come psicologici e/o come terapie' (ISS, 2022). In breve, credo non

sia insensata la mia critica di una limitata chiarezza terminologica. E da tale limitata chiarezza terminologica ne consegue un discreto caos normativo e applicativo.

In Italia l'esercizio della psicoterapia segue specifiche normative che impongono specifici percorsi formativi e abilitanti. Ad una lettura iniziale verrebbe da pensare che visto il glossario ci chiarisce che nel testo non si trattano terapie psicologiche 'non-psicoterapeutiche' tutte le linee guida si dovrebbero riferire all'operato di psicoterapeuti. Purtroppo, l'eccessivo uso dello IAPT (dove ricordiamolo le norme sono diverse e certe attività sono in carico a infermieri e social worker) genera un bug non sappiamo se voluto o no. Perché la presenza di interventi non psicologici o terapeutici (come i manuali e le attività fisiche) aprirebbe al coinvolgimento di figure altre dallo psicoterapeuta. Resta da capire se una figura sprovvista di competenze atte a comprendere il funzionamento del paziente (al di là del sintomo) e trattarlo efficacemente sia in grado di gestire adeguatamente un primo livello di valutazione e attivazione del trattamento. E come anticipato questo ed altri dubbi non sono dotte e inutili distinzioni accademiche, quanto piuttosto elementi che informano un intervento auspicabilmente efficace e sostenibile.

Conclusioni sulla sostenibilità economica

Protocolli terapeutici efficienti ed efficaci devono poter essere sostenuti da modelli organizzativi coerenti con tale ambizione. Questo implica sviluppare interventi sostenibili per il sistema erogante e per l'utenza. Quello proposto dalla Consensus Conference sembra un approccio mirante a massimizzare il numero di servizi erogati in maniera generalista (focus su macro-categorie diagnostiche e limitata attenzione al funzionamento soggettivo del paziente e alle competenze del professionista) e a rischio di aumentare i costi invece che l'efficacia (lo IAPT porta solo 1 paziente su 5 alla remissione). Il documento che è stato redatto appare forse un'occasione persa in cui si sarebbe potuto considerare interventi specifici in grado di sartorializzare l'offerta sanitaria sulla domanda massimizzando le competenze esistenti e riducendo dunque gli sprechi.

BIBLIOGRAFIA

- Chapman, B.P., Talbot, N., Tatman, A.W., Britton, P.C. (2009). Personality Traits and the Working Alliance in Psychotherapy Trainees: An Organizing Role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 28.
- Chevance, A., Ravaud, P., Tomlinson, A., Le Berre, C., Teufer, B., Touboul, S., Fried, E.I., Gartlehner, G., Cipriani, A., Tran, V.T. (2020). Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey. *The Lancet. Psychiatry*, 7:692-702.

- Clark, D.M. (2018). Realizing the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies: The IAPT Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14:159-183.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 58:376-385.
- D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., Sargiacomo, M. (2015). Lean in healthcare: A comprehensive review. *Health Policy*, 119:1197-1209.
- Gorman, J.M. (1996). Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*, 4:160-168.
- Hirschfeld, R.M. (1999). Personality disorders and depression: comorbidity. *Depression and Anxiety*, 10:142-146.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS). (2022). Consensus Conference sulle Terapie Psicologiche per Ansia e Depressione, p. 8.
- McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E.R., Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, 151:313-320.
- Naragon-Gainey, K., Watson, D. (2018). What Lies Beyond Neuroticism? An Examination of the Unique Contributions of Social-Cognitive Vulnerabilities to Internalizing Disorders. *Assessment*, 25:143-158.
- Springer, K.S., Levy, H.C., Tolin, D.F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61:1-8.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 5 novembre 2022.

Accettato: 24 maggio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:734

doi:10.4081/rp.2023.734

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

‘Anxiety and depression’: document of 2022 Ministry of Health Consensus Conference. What is the purpose? The question is a good one and needs an answer

*Miriam Gandolfi**

ABSTRACT. – The document under discussion questions the entire scientific community and in particular those dedicated to the protection of physical and mental health. Which chosen method meets truly scientific criteria? What are the ethical and deontological implications? How much attention has been paid to the age of development, which is essential for the proper prevention and protection of future citizens? What understanding has been achieved regarding the pathological processes investigated? How effective is the tool defined as ‘Consensus Conference’ in informing and reaching out to citizens? The author carefully processes these aspects in the article and sends to the scientific community involved new questions that are indispensable for a lay approach (free of connotations and pre-judgments of specific psychological schools) but consistent with the scientific method, indispensable for the collective growth of knowledge. Her effort in commenting on this aspect aims not so much to point out what the author agrees with or disagrees with or to examine the merits of specific contents, but to point out crucial passages where the confusion between epistemological, theoretical, and technical levels generates slippage or the intertwining of levels risks distancing rather than bringing closer the goal that is proposed.

Key words: scientific method, evidence-based medicine, Consensus Conference, depression, anxiety, common mental disorders (CMD), deontology, epidemiology.

The document under discussion questions the entire scientific community and in particular those dedicated to the protection of physical and mental health. Does the Conference of experts meet scientific criteria? What are the ethical and deontological implications? What understanding has been achieved about the pathological processes investigated? How effective is it in informing citizens?

I have chosen to carefully examine these aspects in the article and formulate new questions by following a lay approach, devoid of connotations and

*Psychologist, Psychotherapist Bolzano-Trento. E-mail: miriamgandolfi53@gmail.com

pre-judgments of specific psychological theory, consistent with the scientific method, indispensable to the collective growth of knowledge.

My effort in commenting on it is to point out crucial passages in which confusion between epistemological, theoretical, and technical levels generates slippage and entanglements that risk distancing rather than bringing closer the proposed goal.

Robert Koch, a German physician, bacteriologist, and microbiologist, is considered together with his colleague-rival Louis Pasteur to be the founder of modern bacteriology and microbiology. He has been credited with the pithy comment, 'The question is too good to spoil it with an answer'. Perhaps uttered to avoid answering questions arising from the violent dispute over the theory of biogenesis formulated by Pasteur, as opposed to the one shared by the scientific community of the time, regarding spontaneous generation, to which Koch adhered and of which he was a staunch defender. I believe that every question is entitled to an answer and that more attention should be paid to the questions than to the answers. Knowing how to ask questions, as well as being a basic tool in our work, means having clarity about the premises with which one approaches a problem and what one wants to achieve. The history of Western science began by asking the question 'Why do apples fall?'. The answers that have been given have enabled us to understand what an apple is and the workings of the universe, all the way to black holes. Thanks to this question, we have been able to understand the general processes that link living beings and Nature. It is clear that I have no doubt that psychology is a fully-fledged part of the scientific disciplines and that it must therefore know and follow the epistemological, theoretical, methodological, and technical developments that accompany them. It also shares with them the ethical questions that new scientific discoveries entail. This implies that Psychology can be used to understand the functioning processes of the mind and psychic suffering or to control them. All of Science cannot avoid asking the question of which view of the human being it is serving. This is the observation on the basis of which I processed the Consensus text on Anxiety and Depression, the observation from which the questions and reflections I share below originated, to seek an answer to the question: what is the purpose?

Scientific method and precision of language: an inseparable couple

The first question that arose when reading the paper was stimulated by the title: Anxiety and Depression. Why the choice of such vague terms? Anxiety is a totally non-specific term, which does not define any 'object' of investigation. It is the equivalent of abdominal pain in medicine. It can only be described subjectively, and it is up to an external observer to decide whether to categorize it as normal (pertinent to the situation) or ab-normal (exaggerated, incongruent, irrational), and, in this case, which psychopathology it is

indicative of. Then the next question arises: according to which theory of mind and its diagnostic grid will the observer decide the cut-off? Using the DSM-5, now TR, or the ICD 11? Or the alternative but increasingly accredited HiTOP, the NIMH-Research Domain Criteria Initiative? It is striking that the document for the variegated anxiety chapter refers to criteria drawn up in the obsolete DSM IV and DSM IV-R.

Strangely enough, depression, a virtually more definite and definable picture, is mentioned second as if less relevant than anxiety. But at least one realized that the DSM-5 exists. In fact, the text refers several times to the term ‘depressive symptoms’, although one finds unipolar depression, bipolar depression, major depression, and suicide risk, all mentioned in the various sections in a sort of indistinct mish-mash. In any case, another question immediately arises. Why only depressive ones, since already on page 9 (Consensus ISS 1/2022) we read: ‘Taken together, mental disorders account for the second highest burden of suffering and disability associated with all illnesses and account for 14% of all years lived with disability, with a worldwide prevalence of over 10%’. The drafters’ group must have grasped the problem of the generic nature of the language, which they nevertheless decided not to take into account. In fact, in section 4.2 Topic B2 (ivi, p. 34) they report having come across ‘symptoms that do not meet the criteria of any specific diagnosis’, introduce the construct of ‘sub-threshold’ disorder, and ‘It was unanimously agreed that it was opportune to address the broader issue of so-called ‘common mental disorders’ without confining oneself to the traditional diagnoses of anxiety and depressive disorders, given the existence of a pre-pathological band that nevertheless merits attention and intervention, and because of the tenuous borderline that separates those common mental disorders from pathology’ (ivi, p. 51). But once again the attempt to resolve the problem of ambiguous language, prejudicial to the sharing of the cognitive process, finds an inadequate solution by inventing a new term: ‘In the Final Report for the Jury, problems and disorders of anxiety and depression, the subject of this Consensus Conference, are referred to with more technical expressions of ‘common mental disorders’ (CMD) or ‘common emotional disorders’ (CED). The two expressions, referring to their high prevalence in the population, have essentially the same meaning and frequency of use. The former is probably used more by professionals, the latter less’ (ivi, p. 21).

Considering the terms CMD and CED as more technical expressions is frankly perplexing. It can be inferred that the diagnostic criterion in fact coincides only with the statistical criterion, without raising the issue of how to define them. This brings us to the epistemological problem of the observed system/observer system relationship, to the irrepressible and inescapable circuit between the objective and the subjective in knowledge processes, especially with regard to the study of living beings. The choice of terms provides another interesting clue: mental disorders and emotional disorders are considered synonymous. Thus, the implicitly chosen but unstated theory of mind

begins to transpire. Are mental disorders of rational/cognitive control over emotional/instinctual aspects? Is what determines the cut-off a purely quantitative epidemiological survey? The need to categorize in order to bring order to what is being observed and to assign a name in order to be able to communicate is the hallmark of the scientific method. Counting what one observes, and explaining the processes that generate what one thinks one is observing, are two conceptually different operations.

Consensus Conference method

These clarifications are indispensable for analyzing the use of the Consensus Conference method to 'guide choices and strategies aimed at improving the quality of care for these mental disorders' (ivi, p. 9).

'It is not the task of this Consensus Conference to add to the chorus of complaints about the abstractness and artificiality of mental illness diagnostic systems. We merely observe that for most of the last century 'anxiety-depressive syndrome' and 'anxiety-depressive neurosis' have been the most frequent diagnoses of minor psychopathology' (ivi, p. 5). In the absence of 'pure cases' given that 'the clinical reality of anxiety and depression is crowded with important co-morbidities', one opts for yet another linguistic ratatouille: 'anxiety-depressive syndrome and neurosis'. The question then arises: would such a generic nature of diagnostic systems be tolerated in any other branch of organic medicine?

The question is pertinent because the Consensus method originated in 1977 when the US National Health Institute initiated the Consensus Development Program with the aim of providing independent, unbiased, and evidence-based assessments of complex medical issues. This was in order to rely on evidence-based medicine. Haynes *et al.*, 1997 defined it as 'an approach to clinical practice in which decisions result from the integration of the physician's experience and the conscientious, explicit, and judicious use of the best available scientific evidence, mediated by patient preferences'. In order to have independent and unbiased research available, the Cochrane Collaboration, an international, independent, non-profit group, was founded in 1993. Cochrane's efforts made it possible to monitor and recognize problems related to the interference of pharmaceutical industries, not only in terms of economic interests but also in terms of interference in academic and institutional dynamics. Those were the guidelines at least until September 2016, when on its official website Mark Wilson, CEO of Cochrane, announced that they had received 'a grant of \$1.15 million from the Bill & Melinda Gates Foundation' and that they were 'delighted and honoured to receive the grant.' Could it be a mere coincidence that Peter Gøtzsche, one of the founders of Cochrane, who has published a large amount of research on the scientific reliability and over-diagnosis of ADHD, autism and depression even in childhood, has been discharged?

But let us keep to the purpose specified in appendix 1: ‘The primary aim of this Consensus Conference is not to promote psychological interventions tout court, but to promote effective interventions for anxiety and depression’. ‘A further aim is the dissemination, outside the narrow circle of specialists, of a wealth of information and indications coming from scientific bodies’ (Consensus ISS 1/2022, p. 55). ‘The purpose of this Consensus Conference is not to identify the best treatments for anxiety and depression... Nor is it to draw up guidelines or provide guidance for professionals, as there are institutionally mandated bodies for those purposes. Whom is the Consensus Conference aimed at? It intends to speak, first and foremost, to the millions of citizens who do not know about psychotherapy, healthcare, or mental illness, but who have experienced problems and/or disorders of anxiety or depression, either on their own or in their families. We think it is our duty to provide them with correct information’ (ivi, p. 56).

The aim is a worthy one, yet as I was reading the text, even as an insider, I was at a loss to understand the data provided. What one gets from this work is the impressive epidemiological incidence in contrast to the lack of awareness of those who, despite suffering from disorders, do not implement treatment behavior, thereby underestimating subclinical situations. It is not difficult to recognize the preventive medicine approach which is used in the fight against cancer, hypertension, overweight, *etc.*

At this point, we have another clue as to the purpose of the document: to alert and guide the perception of non-specialist (non-‘psy’) citizens and health professionals regarding the identification of the *spectrum of anxiety and depressive disorders*, as they are subsequently labeled on page 66 of the document.

To adhere to a scientific methodological approach, one must take into account the margins of error that every data collection technique, statistical and otherwise, suffers from. In medicine, this is particularly relevant, both for a correct differential diagnosis and to avoid the phenomenon of overdiagnosis. The example of specific learning disorders (SLD) is significant. The first *Consensus Conference* dates back to 2006, the second to 2010, which resulted in the enactment of law 170/2010. Since that time, ministerial reports indicate an exponential increase in the percentage of SLD diagnoses: in 2010/2011, there were 0.9% (64,227) of students with a DSA diagnosis, ten years later, in 2020/2021, the percentage rises to 5.4% (326,548), with an increase of 408.4%, compared to a decrease over the same period of 8.9% of the student population in question (primary and secondary schools) (Gandolfi & Negri, 2023). In 2022, a new Consensus standardized and extended the diagnostic criteria to adults as well. Without questioning the further increase that clinical practice shows or considering research that indicates a different theoretical approach. What is the explanation for this?

Perhaps the scarce attention paid to data adjustment practices, which go under the name of trimming and cooking, is particularly dangerous in the biomedical and psychological fields. Practices geared towards choosing, from the

available data, those that best fit a predefined theory that enjoys consensus and is in agreement with hypothesized predictions. This prevents a theory from being updated because while the available data increases, it is not used to question the premises. If a theory does not question itself, it will only become a self-confirming explanation. A scientific approach to knowledge necessarily implies a dialectical relationship between consensus and divergent thinking.

These reflections, combined with the redundant abundance of statistical data, the ecumenical, unspecific, consensus recommendations of the experts, and the total absence of any explanatory hypothesis for the phenomenon, give rise to a further question or clue as to the purpose of the document in question: to formalize and legitimize the premise not explicitly stated by the drafters, but accepted by all. Mental illness exists objectively and is identifiable and treatable like any other organic disease affecting the human body. Given that the users of this document are not the insiders, left to their '*whining and contrived disputes*', but millions of citizens, we hypothesize that the aim is to orient their perception to accept this approach to mental distress and suffering as really and truly organic mental illnesses.

This would explain the idea that psychological distress problems can be treated with educational interventions, good exercise, or Omega 3. With 'self-help editorials available on the market... made freely available, one or more specially constructed e-books' or through the 'publication of freely usable self-assessment tools and real computerized and interactive intervention programs, through which users can gain awareness of their problems, assess their severity and build a guided self-treatment pathway'. Up to the 'possible use of somatic therapies, such as electroconvulsive therapy, transcranial stimulation, and nerve-vagal stimulation, to be implemented with caution where the previous therapies described above have not had the desired effects'.

What in the introduction appears to be an advertisement for psychotherapy in support of non-medicalization, turns out to be an insistent push for homologation: 'The variety of forms of psychotherapeutic intervention should be assessed in relation to the effectiveness of cognitive psychotherapy, the most scientifically studied'.

In the annexes, various techniques are mentioned that are disconnected from the frames of reference, but nothing that hints at a question about the complex processes underlying the behavior that is still defined as 'mental illness'. Like confusing the question of why apples fall with how many varieties of apples exist and how many are produced on the planet.

Mental health at the time of the pandemic

'The idea for this Consensus Conference arose at the conclusion of a conference held in Padua on 18-19 November 2016 with the title 'Psychological therapies for anxiety and depression: costs and benefits'.

All the epidemiological statistical data analyzed also refer to the pre-pandemic period. One cannot ignore that the specific laws enacted in 2020 have little to do with the protection of mental health but have produced huge rifts in the micro and macro social fabric. Not to mention the political upheavals at the national and international levels that saw the pandemic as the first test case for the use of health as an experiment in mass social control. There is no trace of the debate that intensely involved mental health workers. While timidly citing the bio-psycho-social model, the document omits an explicit position on the underlying question: whether COVID-19 is thought to have unleashed organic frailties in individuals, or whether the management of the pandemic actively produced situations that were detrimental to health, including the psychic health of citizens. Once again, the path of the indistinct was chosen. Everything was cleaned up, omitted, forgotten. But perhaps the aim was to confirm and pursue the Promethean nineteenth-century mirage of control over Nature, which finds renewed vigor in the mechanistic and transhumanist illusion of the man-machine.

If, as the conclusions state, the aim of the Consensus was to promote scientific research to promote mental health, I would say it has failed. The medical and psychological scientific community seems imprisoned in an eternal present incapable of self-critical, free, healthily divergent, and constructive thinking.

We behavioral scientists, traveling in convoy and chasing a mirage, remain trapped in a viscosity in which we have long been immersed. The COVID-19 pandemic: a missed opportunity.

REFERENCES

- Gandolfi M. & Negri A. (2023). *Disturbi specifici (della relazione) di apprendimento. Un approccio ecologico alla didattica, alla diagnosi precoce e all'intervento sui DSA*. Giovanni Fioriti, Roma.
- Gruppo di lavoro “*Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*”. *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Consensus ISS 1/2022).
- Haynes R.B., et al. (1997). *Evidence-based medicine: how to practice & teach EBM*, “Canadian Medical Association Journal”, vol. 157, n. 6, p. 788.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 21 December 2022.

Accepted: 31 May 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:744

doi:10.4081/rp.2023.744

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

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

‘Ansia e depressione’: documento Consensus Conference 2022 del Ministero della Salute. Quale lo scopo? La domanda è buona e necessita di una risposta

*Miriam Gandolfi**

SOMMARIO. – Il documento in discussione interroga tutta la comunità scientifica e in particolare quella dedicata alla tutela della salute fisica e mentale. Quale il metodo scelto che risponde a criteri realmente scientifici? Quali le implicazioni etiche e deontologiche? Quanta l’attenzione all’età evolutiva indispensabile per una corretta prevenzione e tutela dei futuri cittadini? Quale la comprensione raggiunta circa i processi patologici indagati? Quale l’efficacia dello strumento definito ‘Consensus Conference’ per informare e raggiungere i Cittadini? L’autrice processa con attenzione questi aspetti presenti nel testo e restituisce alla comunità scientifica coinvolta nuovi quesiti indispensabili per un approccio laico (privo di connotazioni e di pregiudizi di scuola psicologica specifica), ma coerente con il metodo scientifico, indispensabile alla crescita collettiva della conoscenza. Il suo sforzo nel commentarlo mira non tanto a segnalare cosa condivide o meno o entrare nel merito di contenuti specifici, ma a segnalare passaggi cruciali in cui confusione tra livello epistemologico, teorico e tecnico generano slittamenti, e intrecci di livelli rischiando di allontanare anziché avvicinare la meta che si propone.

Parole chiave: metodo scientifico, *evidence-based medicine*, Consensus Conference, depressione, ansia, disturbi mentali comuni (DMC), deontologia, epidemiologia.

Il documento in discussione interroga tutta la comunità scientifica e in particolare quella dedicata alla tutela della salute fisica e mentale. La Conference di esperti risponde ai criteri scientifici? Quali le implicazioni etiche e deontologiche? Quale la comprensione raggiunta circa i processi patologici indagati? Quale l’efficacia nell’informare i cittadini?

Ho scelto di processare con attenzione questi aspetti presenti nel testo e restituire nuovi quesiti seguendo un approccio laico, privo di connotazioni e di pregiudizi di teoria psicologica specifica, coerente con il metodo scientifico, indispensabile alla crescita collettiva della conoscenza.

Il mio sforzo nel commentarlo è segnalare passaggi cruciali in cui confu-

*Psicoterapeuta Bolzano-Trento. E-mail: miriamgandolfi53@gmail.com

sione tra livello epistemologico, teorico e tecnico generano slittamenti e intrecci che rischiano di allontanare anziché avvicinare la meta che si propone.

Robert Koch medico, batteriologo e microbiologo tedesco, è ritenuto assieme al suo collega-rivale Louis Pasteur il fondatore della moderna batteriologia e microbiologia. Gli viene attribuita la frase lapidaria 'La domanda è troppo buona per rovinarla con una risposta'. Forse pronunciata per evitare di rispondere alle domande scaturite dalla violenta disputa sulla teoria della biogenesi formulata da Pasteur, in opposizione a quella condivisa dalla comunità scientifica del tempo, della generazione spontanea, a cui Koch aderiva e di cui fu strenuo difensore. Ritengo che ogni domanda abbia diritto ad una risposta e sia necessario porre più attenzione alle domande che alle risposte. Saper porre domande, oltre che attrezzo base del nostro lavoro, significa avere chiarezza sulle premesse con cui si affronta un problema e su ciò che si vuole raggiungere. La storia della scienza occidentale è nata ponendosi la domanda 'perché le mele cadono?'. Le risposte che via via sono state date hanno consentito di comprendere cosa sia una mela e anche il funzionamento dell'universo fino ai buchi neri. Grazie ad essa siamo riusciti a comprendere i processi generali che legano esseri viventi e Natura. È chiaro che non nutro dubbi sul fatto che la psicologia si inserisca a pieno titolo nelle discipline scientifiche e che per questo deve conoscere e seguire gli sviluppi epistemologici, teorici, metodologici e tecnici che le accompagnano. Con esse condivide anche i quesiti etici che nuove scoperte scientifiche comportano. Ciò implica che la psicologia può essere usata per comprendere i processi di funzionamento della mente e della sofferenza psichica o per controllarli. Tutta la scienza non può esimersi dal porsi la domanda a servizio di quale visione dell'essere umano si pone. Questo lo sguardo con cui ho processato il testo Consensus su Ansia e Depressione, sguardo da cui sono nate le domande e le riflessioni che di seguito condivido, per provare a rispondere alla domanda: quale lo scopo?

Metodo scientifico e precisione del linguaggio: un binomio inscindibile

La prima domanda nata leggendo il documento è stata stimolata dal titolo: Ansia e depressione. Perché la scelta di termini così vaghi? Ansia è un termine totalmente aspecifico, che non definisce nessun 'oggetto' di indagine. È l'omologo dei dolori addominali in medicina. Può essere descritto solo soggettivamente e spetta ad un osservatore esterno decidere se catalogarlo come normale (pertinente con la situazione) o a-normale (esagerato, incongruente, irrazionale), e in questo caso indice di quale psicopatologia. Qui sorge la domanda successiva: secondo quale teoria della mente e relativa griglia diagnostica l'osservatore deciderà il *cut-off*? Usando il DSM-5 ormai TR o l'ICD 11? Oppure gli alternativi ma sempre più accreditati l'HiTOP, l'*NIMH-Research Domain Criteria Initiative*?

Colpisce che il documento per il variegato capitolo ansia si riferisca ai criteri stilati nell’obsoleto DSM IV e DSM IV-R.

Curiosamente la depressione, quadro virtualmente più definito e definibile, è citata per seconda come fosse meno rilevante dell’ansia. Ma almeno ci si è accorti che esiste il DSM-5. In realtà nel testo si fa più volte riferimento al termine ‘sintomi depressivi’, salvo trovare citati, nelle diverse sezioni, depressione unipolare, bipolare, depressione maggiore, rischio suicidario in una sorta di *misch masch* indistinto. In ogni caso sorge subito un’altra domanda: perché solo quelli depressivi, dal momento che già a pagina 9 (Consensus ISS 1/2022) leggiamo ‘Nel loro complesso i disturbi mentali rappresentano la seconda causa del carico di sofferenza e disabilità legato a tutte le malattie e rendono conto del 14% di tutti gli anni vissuti con disabilità, con una prevalenza nel mondo di oltre il 10%’. Il gruppo degli estensori deve aver colto il problema della genericità del linguaggio, di cui tuttavia decide di non tenere conto. Infatti, nella sezione 4.2 Tema B2 (ivi, p. 34) segnala di essersi imbattuto in ‘sintomi che non soddisfano i criteri di nessuna specifica diagnosi’, introduce il costrutto di disturbo ‘sotto-soglia’ e ‘si è espresso unanimemente sull’opportunità di affrontare il più vasto tema dei cosiddetti ‘disturbi mentali comuni’ senza circoscriversi alle diagnosi tradizionali di disturbi d’ansia e depressivi, e ciò sia per l’esistenza di una fascia pre-patologica che tuttavia merita attenzione e interventi, sia per la tenue linea di confine che separa detti disturbi mentali comuni dalla patologia’ (ivi, p. 51). Ma ancora una volta il tentativo di risolvere il problema di un linguaggio ambiguo, pregiudizievole per la condivisione del processo conoscitivo, trova una soluzione inadeguata inventando un nuovo termine: ‘Nella relazione finale per la giuria, problemi e disturbi di ansia e depressione, oggetto di questa Consensus Conference, vengono specificati con le espressioni più tecniche di ‘disturbi mentali comuni’ (DCM) o di ‘disturbi emotivi comuni’ (DEC). Le due espressioni, che si riferiscono all’elevata prevalenza nella popolazione, hanno sostanzialmente lo stesso significato e la stessa frequenza d’uso. La prima è probabilmente più utilizzata dai professionisti, mentre la seconda meno’ (ivi, p. 21).

Considerare i termini DCM e DEC come espressioni più tecniche lascia francamente perplessi. Se ne può dedurre che il criterio diagnostico coincida di fatto solo con quello statistico, senza adombrare il tema di come definirli. Questo ci porta al problema epistemologico del rapporto sistema osservato/sistema osservatore, al circuito insopprimibile e ineludibile tra oggettivo e soggettivo nei processi di conoscenza, soprattutto per quanto attiene lo studio degli esseri viventi. La scelta dei termini mostra un altro indizio interessante: disturbi mentali e disturbi emotivi sono considerati sinonimi. Dunque, comincia a trasparire la teoria della mente scelta implicitamente, ma non dichiarata. I disturbi mentali sono disturbi del controllo razionale/cognitivo sugli aspetti emotivi/istintuali? Ciò che determina il *cut-off* è un rilevamento epidemiologico puramente quantitativo? La necessità di categorizzare per porre ordine in ciò che si va osservando e assegnare un nome per poter

comunicare è la cifra del metodo scientifico. Contare ciò che si osserva e spiegare i processi che generano ciò che si pensa di osservare sono due operazioni concettualmente diverse.

Il metodo Consensus Conference

Queste precisazioni sono indispensabili per analizzare l'uso del metodo *Consensus Conference* per 'orientare scelte e strategie volte a migliorare la qualità dell'assistenza rivolta a questi disturbi mentali' (ivi, p. 9).

'Non è compito di questa Consensus Conference aggiungersi al coro di lamentazioni circa l'astrattezza e l'artificiosità dei sistemi diagnostici delle malattie mentali. Ci limitiamo a osservare che per gran parte del secolo scorso 'sindrome ansioso-depressiva' e 'nevrosi ansiosa-depressiva sono state le diagnosi più frequenti della psicopatologia minore' (ivi, p. 5). In mancanza di 'casi puri' visto che 'la realtà clinica di ansia e depressione è affollata di comorbilità importanti', si opta per un'ulteriore *ratatouille* linguistica: 'sindrome e nevrosi ansiosa-depressiva'. Sorge spontanea la domanda: una simile genericità dei sistemi diagnostici sarebbe tollerata in qualunque altra branca della medicina organica?

Il quesito è pertinente perché il metodo Consensus è nato nel 1977 quando il *National Institute of Health* statunitense diede vita al *Consensus Development Program*, con lo scopo di fornire valutazioni indipendenti, imparziali e basate su prove scientifiche, riguardo a questioni mediche complesse. Ciò allo scopo di contare su un'*evidence-based medicine*. Haynes *et al.*, 1997 la definirono 'un approccio alla pratica clinica in cui le decisioni risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente'. Per poter disporre di ricerche indipendenti e imparziali nasce nel 1993 la *Cochrane Collaboration*, gruppo internazionale, indipendente e no profit. Lo sforzo del *Cochrane* ha consentito di controllare e riconoscere problemi legati alle ingerenze delle industrie farmaceutiche, non solo in termini di interessi economici, ma anche di interferenza nelle dinamiche accademiche ed istituzionali. Ciò almeno fino al settembre 2016, quando sul sito ufficiale Mark Wilson, CEO di *Cochrane*, annuncia di aver ricevuto 'una sovvenzione di \$1,15 milioni dalla Fondazione Bill & Melinda Gates' e di essere 'lieti e onorati di ricevere questa concessione'. Sarà una coincidenza che Peter Gøtzsche, uno dei fondatori del *Cochrane*, che ha pubblicato molte ricerche sull'attendibilità scientifica e sul fenomeno dell'iperdiagnosi, di ADHD, autismo e depressione anche in età evolutiva, sia stato congedato?

Ma restiamo allo scopo specificato nell'allegato 1: 'Scopo primario di questa Consensus Conference non è promuovere gli interventi psicologici tout court, ma promuovere interventi efficaci per ansia e depressione'. 'Obiettivo ulteriore è la divulgazione, al di fuori della ristretta cerchia degli specialisti, di

una mole di informazioni e di indicazioni che provengono da enti scientifici’ (Consensus ISS 1/2022, p. 55). ‘Scopo di questa Consensus Conference non è individuare le cure migliori per ansia e depressione... Neppure è elaborare linee guida o fornire direttive per i professionisti, esistendo enti istituzionalmente preposti. A chi si rivolge la Consensus Conference? Intende parlare, in primo luogo, a quei milioni di cittadini che non sanno di psicoterapia, di sanità o di malattie mentali, che però hanno sperimentato problemi e/o disturbi d’ansia o depressione, in proprio o nelle proprie famiglie. Pensiamo sia doveroso metter loro a disposizione corretta informazione’ (ivi, p. 56).

La finalità è meritevole, tuttavia, leggendo il testo, pur da addetta ai lavori, sono in difficoltà a comprendere i dati offerti. Ciò che se ne ricava è l’imponente incidenza epidemiologica in contrasto con la scarsa consapevolezza di chi, pur soffrendo di disturbi, non mette in atto comportamenti di cura, sottovalutando situazioni subcliniche. Non è difficile riconoscere l’impostazione di medicina preventiva utilizzata nella lotta contro il cancro, l’ipertensione, il sovrappeso, ecc.

A questo punto abbiamo ottenuto un altro indizio sullo scopo del documento: attenzionare e orientare la percezione di cittadini e operatori sanitari non specialisti (non ‘psy’) circa il riconoscimento dei disturbi dello spettro ansioso e depressivo, come vengono successivamente etichettati a pagina 66 del documento.

Per attenersi ad un approccio metodologico scientifico si devono considerare i margini di errore di cui ogni tecnica di rilevamento dei dati, statistici e non solo, soffre. In medicina questo è particolarmente rilevante, sia per una corretta diagnosi differenziale, sia per evitare il fenomeno di iperdiagnosi. Significativo è l’esempio dei disturbi specifici dell’apprendimento (DSA). La prima Consensus Conference risale al 2006, la seconda al 2010 che esitò nell’emanazione della legge 170/2010. Da quel momento i report ministeriali indicano un incremento esponenziale delle percentuali di diagnosi di DSA: nel 2010/2011 vi era lo 0,9% (64.227) degli studenti con una diagnosi DSA, dieci anni dopo, nel 2020/2021, la percentuale passa al 5,4% (326.548), con un incremento quindi del 408,4%, a fronte di una diminuzione nello stesso periodo dell’8,9% della popolazione studentesca considerata (scuola primaria e secondaria) (Gandolfi & Negri, 2023). Nel 2022 una nuova Consensus uniforme ed estende i criteri diagnostici anche agli adulti. Senza interrogarsi sull’ulteriore incremento che la pratica clinica mostra e considerare ricerche che indicano un approccio teorico diverso. Quale la spiegazione di tale scelta?

Forse la scarsa attenzione alle pratiche di aggiustamento dei dati, che vanno sotto il nome di *trimming* e *cooking*, particolarmente pericolose in ambito biomedico e psicologico. Pratiche orientate alla scelta, tra i dati disponibili, di quelli che meglio si adattano ad una teoria predefinita che gode di consenso e in accordo con previsioni ipotizzate. Ciò impedisce di aggiornare una teoria, perché mentre aumentano i dati a disposizione questi non vengono usati per mettere in discussione le premesse. Se una teoria non si interroga su

sé stessa diventerà solo una spiegazione autoconfermante. Un approccio scientifico alla conoscenza implica necessariamente un rapporto dialettico tra consenso e pensiero divergente.

Queste riflessioni, unite alla ridondante abbondanza di dati statistici, alle ecumeniche, aspecifiche, condivisibili raccomandazioni degli esperti e alla totale assenza di una qualche ipotesi esplicativa del fenomeno, fanno nascere una ulteriore domanda o indizio circa lo scopo del documento in questione: ufficializzare e legittimare la premessa non dichiarata esplicitamente dagli estensori, ma che tutti hanno accolto. La malattia mentale esiste oggettivamente, è identificabile e trattabile come qualunque altra malattia organica che colpisce il corpo umano. Visto che i fruitori di questo documento non sono gli addetti ai lavori, lasciati alle loro 'lamentazioni e artificiose dispute', ma milioni di cittadini, ipotizziamo che lo scopo sia orientare la loro percezione ad accogliere questo approccio al disagio e alla sofferenza psichica, come vere e proprie malattie mentali organiche.

Questo spiegherebbe l'idea che si possa trattare i problemi di sofferenza psicologica con interventi educativi, con buon esercizio fisico o con gli Omega 3. Con 'prodotti editoriali di *self-help* disponibili sul mercato... resi gratuitamente disponibili, uno o più e-book appositamente costruiti' o tramite la 'pubblicazione di strumenti di auto-valutazione liberamente utilizzabili e di veri e propri programmi di intervento informatizzati e interattivi, tramite i quali gli utenti possano prendere consapevolezza dei propri problemi, valutarne la gravità e costruirsi un percorso di auto-trattamento guidato'. Fino al 'possibile impiego di terapie somatiche, come la terapia elettroconvulsiva, la stimolazione transcranica e la stimolazione del nervo-vagale, da implementare con cautela laddove le precedenti terapie descritte non abbiano avuto gli effetti desiderati'.

Quello che nell'introduzione appare uno spot pubblicitario per la psicoterapia a sostegno della non medicalizzazione, si rivela un insistente spinta all'omologazione: 'La varietà delle forme di intervento psicoterapico va valutata in rapporto all'efficacia della psicoterapia cognitiva, la più studiata dal punto di vista scientifico'.

Negli allegati sono citate varie tecniche scollegate dalle cornici di riferimento, ma nulla che lasci trasparire una domanda sui processi complessi alla base dei comportamenti definiti ancora 'malattia mentale'. Come confondere la domanda perché le mele cadono con quante varietà di mele esistono e quante ne vengono prodotte sul pianeta.

La salute mentale al tempo della pandemia

L'idea di detta Consensus Conference è sorta a conclusione di un convegno tenuto a Padova nei giorni 18-19 novembre 2016 col titolo 'Le terapie psicologiche per ansia e depressione: costi e benefici'.

Anche tutti i dati statistici epidemiologici analizzati si riferiscono al periodo pre-pandemico. Non si può ignorare che le leggi specifiche emanate nel 2020 poco riguardano la tutela della salute psichica mentre hanno prodotto enormi fratture nel tessuto micro e macro-sociale. Per non parlare degli stravolgimenti politici a livello nazionale e internazionale che hanno visto la pandemia come primo banco di prova dell’uso della salute come esperimento di controllo sociale di massa. Del dibattito che ha coinvolto intensamente gli operatori della salute mentale non vi è traccia. Pur citando timidamente il modello bio-psico-sociale il documento omette una posizione esplicita circa il quesito di fondo: se si pensi che il COVID-19 abbia slatentizzato fragilità organiche dei singoli o se la gestione della pandemia abbia prodotto attivamente situazioni di pregiudizio per la salute anche psichica dei Cittadini. Si sceglie ancora la via dell’indistinto. Tutto ripulito, omesso, dimenticato. Ma forse lo scopo era di confermare e inseguire il prometeico miraggio ottocentesco del controllo sulla natura, che trova rinnovato vigore nell’illusione meccanicista e transumanista dell’uomo-macchina.

Se, come si legge nelle conclusioni, lo scopo della Consensus era promuovere la ricerca scientifica per promuovere la salute mentale, direi che è fallito. La comunità scientifica medica e psicologica sembra imprigionata in un eterno presente incapace di pensiero autocritico, libero, sanamente divergente e costruttivo.

Scienziati del comportamento, incolonnati in una carovana che insegue un miraggio, restiamo intrappolati in una viscosità in cui siamo immersi da tempo. La pandemia COVID-19: un’occasione persa.

REFERENCES

- Gandolfi M. & Negri A. (2023). *Disturbi specifici (della relazione) di apprendimento. Un approccio ecologico alla didattica, alla diagnosi precoce e all'intervento sui DSA*. Giovanni Fioriti, Roma.
- Gruppo di lavoro “*Consensus sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*”. *Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Consensus ISS 1/2022).
- Haynes R.B., et al. (1997). *Evidence-based medicine: how to practice & teach EBM*, “Canadian Medical Association Journal”, vol. 157, n. 6, p. 788.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 21 dicembre 2022.

Accettato: 26 maggio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:744

doi:10.4081/rp.2023.744

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

FOCUS 1: THE ANXIETY AND DEPRESSION CONSENSUS CONFERENCE: A CRITICAL LOOK

Anxiety, depression and psychotherapy

Luigi Cancrini,* Francesca Romana De Gregorio*

ABSTRACT. – In this short article, we aim to contribute to the ongoing debate at the Consensus Conference on psychological therapies for anxiety and depression. We will do this by presenting recent data from research that has been carried out on a sample of systemic-relational psychotherapists who specialized at the Centre for Family and Relational Therapy Studies in Rome, over a period of 10 years, between 2012 and 2022.

Key words: research, psychotherapy, depression, anxiety.

What is most striking when supervising or training in other European countries, such as Spain or Belgium, and non-European countries (the US, in particular), are the difficulties that arise when practicing psychotherapy due to a lack of legislative regulations regarding the training needed to practice. We should all become increasingly more aware of psychotherapy, especially since it was definitively recognized as a healthcare profession, it entered the essential levels of care and is a serious matter, which requires an important formative commitment. University education is the basic necessity but is not all that is needed to pursue it.

Would any of the participants at the Consensus Conference ever agree to undergo a surgical procedure performed by a medical graduate who does not have specialist training in surgery?

These are simple thoughts, on which there should be a general consensus. In accordance with common sense rather than with laws. In Italy, however, this simple principle has been improperly called into question during the Consensus Conference where it was stated that there are depression and anxiety disorders whose psychological therapy could also be administered by people who have not been trained in psychotherapy.

*Family and Relational Therapy Studies Center. We would like to thank the following people for their cooperation in the research: Simone Ballabio, Francesca Brunetti, Giulia Grasso, Stella Mortolini and Valeria Puccio. E-mail: studiocancrinidegregorio@gmail.com

Anxiety and depression

It is indeed trivial, for those with the slightest clinical experience, not to regard anxiety and depression as more or less ‘mild diseases’, but as the symptom of a disorder that needs to be analyzed in depth in its origins and meaning.

The idea of sending those who suffer from these ‘mild forms’ to untrained therapists is an idea based on unacceptable ignorance by mental health professionals for a few reasons: the clinical assessment of the severity of a symptom cannot be entrusted to untrained people because exploring the interpersonal circumstances in which that symptom occurs is often decisive for choosing the most appropriate type of treatment and lastly, because this type of exploration requires skills that can only be acquired at the end of a suitable training course.

The family and relational therapy Studies Centre

Fifty-one years after its foundation, our Studies Centre has defined its formative project as one that enables the psychologist and/or the doctor to work with individuals, couples, and families and devotes an important part of this project precisely to this type of exploration.

Teaching a future psychotherapist to respond to a person who initially asked for individual help by proposing, for example, couples therapy for ‘depression’ can be decisive in helping them deal with the person’s symptoms in the correct way, by allowing them to solve the problems underlying that correctly interpreted ‘depression’, as the symptom of a couple’s discomfort or crisis.

Similarly, teaching a child to face family therapy, with the help of his/her parents, when there is an ‘anxiety’ or ‘depression’ problem due to a major family issue, can prove crucial to the child’s mental health in adulthood.

Of course, the future psychotherapist will be trained, to also deal with cases where he/she will have to take on, in individual therapy, the problems related to the elaboration of death or the difficulties of a teenager living in a more or less ‘anxious’ or ‘depressive’ way due to the choices related to his/her sexual orientation or gender identity.

It seems to us quite clear, by reflecting on these examples, that symptoms such as anxiety and depression need to be understood and studied in their meaning if they really are to be treated, and that the skills needed for this in-depth analysis are only acquired at the end of a suitable specialist training course.

Is it really possible to train psychotherapists who are capable of working with individuals, couples, and families?

Research

In our investigation, we administered a questionnaire to which a total of 232 people responded, 93% of whom were women and the remaining 7% were men. The sample consisted predominantly of people in the 36 to 42-year age group (46%), while about 38% were over 43 and the remaining 16% were under 35 years of age.

The first interesting finding was related to enrolment in the Register of Psychotherapists; 14% of the sample, indicated that they had enrolled in the Register of Psychotherapists of their Region in accordance with Article 35, Law 56/1989.

This number indicates that this part of the sample, despite having signed up for the Register of Psychotherapists, which they could do as they had obtained university degrees prior to attending the training course in relational systemic psychotherapy, subsequently decided to attend a post-graduate school in psychotherapy anyway.

This means, in practice, that the experience of training at a psychotherapy school is felt to be important by colleagues who have been able to practice psychotherapy without having been forced to attend these post-graduate courses. Moreover, this has also been demonstrated by the increasing number of psychiatrists who ask us to participate in our courses at the end of their medical specialization.

The majority of the psychotherapists who responded, about 88%, had private practices or worked freelance (Figure 1). Of the total, there was a prevalence of individuals practicing only through private practice (57%), while the remainder of the sample was almost equally distributed with a commitment between working in the public services (23%) and working in the private services affiliated with the Italian NHS (19%). What is clear from these figures is that a large majority of our alumni have a good job and that they are equally distributed between the public and private sectors.

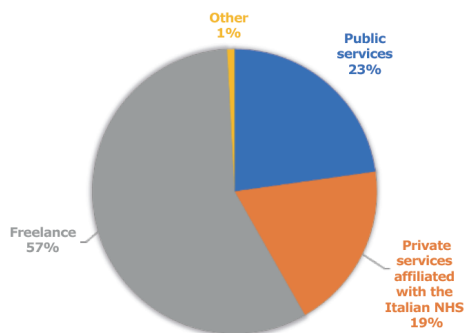


Figure 1. Work of psychotherapists.

When you look at the type of therapy that the sample is using, it is clear that the systemic-relational model is crucial for 92% of research participants who practice individual therapy and 70% of participants who practice family therapies and couples therapy (Figure 2). This fundamentally means that working with individuals, couples, and families is not only possible but even natural for psychotherapists who have received this type of training; of which an absolute majority clearly recognize the value of this from the point of view of personal and professional growth.

Compared to personal growth ratings, 92% of graduates from the post-graduate school indicated that the Studies Centre contributed significantly to their personal growth, as well as professional growth (Figure 3). Consistent with the fact that it concerns personal growth, 83% of participants responded that they felt that the systemic-relational specialization school was very useful for the development of their professional careers.

Conclusions

In conclusion, we would like to highlight two points in relation to the proposals contained in the Consensus Conference documents.

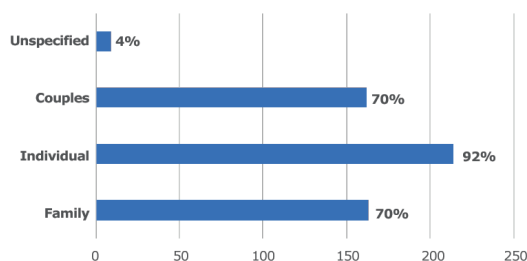


Figure 2. Type of therapy.

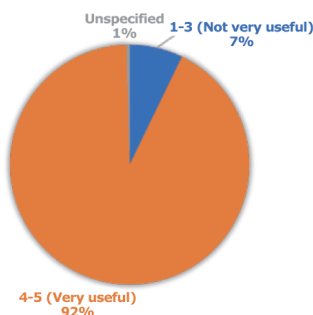


Figure 3. Importance of Studies Centre for personal growth.

The first point concerns the levity, which in our opinion is unforgivable from a scientific and professional point of view, with which they talked about the possibility of recognizing ‘mild’ disorders without carrying out an interview with an expert to deeply examine the actual importance and personal and interpersonal significance of an anxious, depressive or, as often happens, of both an anxious and depressive experience.

The manifestation of a symptom should always be considered as the expression of distress of the person and of the system in which the person is a part.

Even though it is both fascinating and difficult, examining the origins and meaning of the symptom is the task of a psychotherapist.

The second point concerns the need to consider the psychotherapeutic profession as a profession based on the ability to contextualize the difficulty of those asking for help in both their origin and meaning.

Based only on the attempt to propose behavioral recipes to the person who exposes himself/herself by speaking to a therapist, the approach of the cognitive-behavioral psychotherapists, which are the most fashionable among psychiatrists, is, in our opinion, a useful approach in very specific cases and of which we can say, in other cases, is evidence-based only because it delivers short-term results, without taking into account the fact that interpersonal processes and life trajectories need to be evaluated over a long time in order to be effective. What we are entering into with this last point, however, is an internal matter in the world of psychotherapists, to which it will be important to return at the appropriate time and place.

This must be discussed among psychotherapists, however, not between or with people who have not adequately trained in psychotherapy.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 3 April 2023.

Accepted: 10 June 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023
Licensee PAGEPress, Italy
Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:799
doi:10.4081/rp.2023.799

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

FOCUS 1: LA CONSENSUS CONFERENCE SU ANSIA E DEPRESSIONE: UNO SGUARDO CRITICO

Ansia, depressione e psicoterapia

Luigi Cancrini, Francesca Romana De Gregorio**

SOMMARIO. – In questo breve articolo ci proponiamo di contribuire al dibattito in corso nella Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione, attraverso la presentazione di alcuni dati relativi ad un lavoro di ricerca, recentemente effettuato, su un campione di psicoterapeuti sistemico-relazionali che si sono specializzati presso il Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale di Roma nell'arco temporale di 10 anni, tra il 2012 e il 2022.

Parole chiave: ricerca, psicoterapia, depressione, ansia.

La cosa che più colpisce, quando si fanno supervisioni o attività formative in altri paesi europei come la Spagna o il Belgio e non europei (gli USA, in particolare) è l'insieme delle difficoltà proposte all'esercizio della professione psicoterapeutica dalla mancanza di una regolamentazione legislativa della formazione necessaria per esercitarla. La psicoterapia, dovremmo rendercene conto sempre di più tutti, soprattutto dal momento in cui, essendo stata definitivamente riconosciuta come professione sanitaria è entrata nei livelli essenziali di assistenza, è una cosa seria, che chiede un impegno formativo importante. La formazione universitaria ne costituisce la base necessaria, ma non sufficiente.

Qualcuno dei partecipanti alla Consensus Conference accetterebbe mai di farsi operare da un laureato in medicina e chirurgia che non abbia conseguito la specializzazione in chirurgia?

Sono pensieri semplici, questi, su cui dovrebbe esserci un consenso generale. Nel rispetto del buonsenso prima che delle leggi. È accaduto in Italia, tuttavia, che impropriamente, questo semplice principio sia stato messo in discussione nel corso di una Consensus Conference durante la

*Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale Si ringraziano per la collaborazione alla ricerca: Simone Ballabio, Francesca Brunetti, Giulia Grasso, Stella Mortolini e Valeria Puccio. E-mail: studiocancrinidegregorio@gmail.com

quale si è arrivati ad affermare, che esistono disturbi depressivi e disturbi d'ansia cui la terapia psicologica può essere somministrata anche da persone che non sono state formate alla psicoterapia.

Ansia e depressione

È addirittura banale, per chi ha un minimo di esperienza clinica, non considerare l'ansia e la depressione come delle 'malattie' più o meno 'lievi' ma come il sintomo di un disturbo che deve essere approfondito nelle sue origini e nel suo significato.

L'idea di inviare chi ne soffre 'in forma lieve' ad un terapeuta non preparato è un'idea basata su una ignoranza inaccettabile per dei professionisti della salute mentale per almeno due motivi: perché la valutazione clinica della gravità di un sintomo non può essere affidata a persone non esperte, perché l'esplorazione delle circostanze interpersonali in cui quel sintomo si manifesta è spesso decisiva per scegliere il tipo di trattamento più adatto e perché questo tipo di esplorazione chiede competenze che possono essere acquisite solo al termine di un adatto percorso formativo.

Il Centro Studi di terapia familiare e relazionale

A cinquantun anni ormai dalla sua fondazione, il nostro Centro Studi ha definito il suo progetto formativo come un progetto che abilita lo psicologo o/e il medico a lavorare con individui, coppie e famiglie e dedica una parte importante di questo progetto proprio a questo tipo di esplorazione.

Insegnare al futuro psicoterapeuta a rispondere con la proposta, per esempio, di una terapia di coppia al disturbo 'depressivo' di una persona che inizialmente chiede aiuto solo per sé, può essere decisivo per aiutarlo ad affrontare nel modo corretto i sintomi di chi si rivolge a lui, permettendogli di risolvere i problemi alla base di quella 'depressione' correttamente interpretata, come il sintomo di un disagio o della crisi di una coppia.

In modo analogo, del resto, insegnargli ad affrontare in terapia familiare, con l'aiuto dei suoi genitori, un problema 'd'ansia' o di 'depressione' di un bambino coinvolto in una difficoltà importante della sua famiglia, può rivelarsi fondamentale per la salute mentale del bambino in età adulta.

Il futuro psicoterapeuta sarà formato, ovviamente, ad affrontare anche casi in cui egli dovrà confrontarsi, in terapia individuale, con i problemi legati alla elaborazione di un lutto o alle difficoltà di un adolescente che vive in modo più o meno 'ansioso' o 'depressivo' le scelte legate al suo orientamento sessuale o alla sua identità di genere.

Sembra a noi del tutto evidente, riflettendo su questi esempi, che i sinto-

mi come l'ansia e la depressione vanno inquadrati e studiati nel loro significato, se davvero li si vuole curare, e che le competenze necessarie per questo studio si acquisiscono solo al termine di un adatto percorso formativo.

È davvero possibile, tuttavia, formare psicoterapeuti capaci di lavorare con individui, coppie e famiglie?

La ricerca

Nella nostra indagine abbiamo somministrato un questionario al quale hanno risposto un totale di 232 persone di cui il 93% sono donne e il restante 7% uomini. Il campione è composto prevalentemente di persone comprese nella fascia di età da 36 a 42 anni (46%), mentre circa un 38% è over 43 e il rimanente 16% è al di sotto dei 35 anni.

Il primo dato interessante rilevato è relativo all'iscrizione all'albo degli psicoterapeuti; il 14% del campione, ha indicato di essersi iscritto all'albo degli psicoterapeuti della propria regione in base all'art. 35 Legge 56/1989.

Il dato indica che questa parte di campione, nonostante abbia potuto iscriversi all'albo degli psicoterapeuti per titoli precedenti la frequenza al corso di training in psicoterapia sistemico relazionale, ha deciso, successivamente, di frequentare comunque una scuola di specializzazione in psicoterapia.

Il che vuol dire in pratica che l'esperienza di formazione presso una scuola di psicoterapia è sentita con forza anche dai colleghi che hanno potuto esercitare la psicoterapia senza essere stati costretti a frequentarla; come ben comprovato, peraltro, dal numero crescente di psichiatri che ci chiedono di partecipare ai nostri corsi al termine della loro specializzazione.

La maggioranza degli psicoterapeuti che hanno risposto, circa l'88%, esercita la libera professione (Figura 1). Sul totale vi è una prevalenza di soggetti che pratica unicamente la libera professione (57%), mentre la parte rimanente del campione è quasi equamente distribuita con un impegno tra

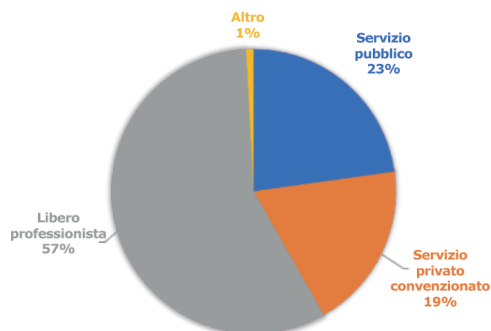


Figura 1. Lavoro degli psicoterapeuti.

lavoro nel servizio pubblico (23%) e lavoro nel servizio privato convenzionato (19%). Quello che risulta evidente da questi dati è che una grande maggioranza dei nostri ex-allievi ha un buon lavoro, equamente distribuito tra settore pubblico e privato.

Considerando il tipo di terapia praticata dal campione, emerge chiaramente come il modello sistemico-relazionale sia fondamentale per il 92% dei partecipanti alla ricerca che praticano terapie individuali ai quali si affiancano il 70% dei colleghi che praticano terapie familiari e terapie di coppia (Figura 2). Il che vuol dire, in pratica, che lavorare con individui, coppie e famiglie è non solo possibile ma addirittura naturale per gli psicoterapeuti che hanno ricevuto questo tipo di formazione. Di cui una maggioranza assoluta riconosce chiaramente il valore dal punto di vista della crescita personale e professionale.

Rispetto alle valutazioni sulla crescita personale, infatti, il 92% dei diplomati presso la scuola di specializzazione ha indicato che il Centro Studi ha contribuito in modo significativo alla propria crescita personale oltre che a quella professionale (Figura 3). Coerentemente con il dato che riguarda la crescita personale, l'83% dei partecipanti ha risposto, infatti, che ha ritenuto molto utile la scuola di specializzazione sistemico-relazionale ai fini dello sviluppo della propria carriera professionale.

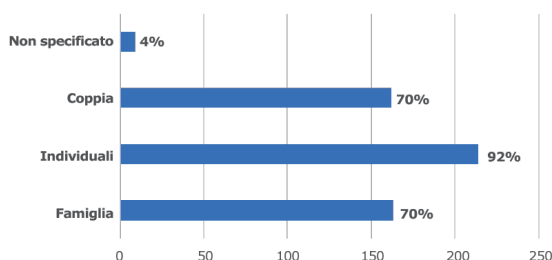


Figura 2. Tipo di terapia.

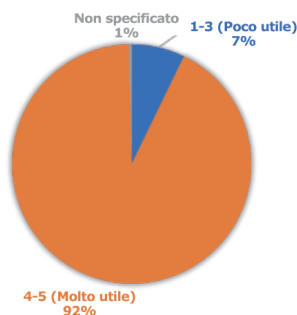


Figura 3. Importanza del Centro Studi per la crescita personale.

Conclusioni

Vorremmo, in conclusione, sottolineare due punti in ordine alle proposte contenute nei documenti della Consensus Conference. Il primo punto riguarda la leggerezza, a nostro avviso, imperdonabile dal punto di vista scientifico e professionale, con cui si è parlato della possibilità di riconoscere dei disturbi ‘lievi’ senza approfondire, con il colloquio portato avanti da un esperto, l’effettivo rilievo ed il significato personale ed interpersonale di un vissuto ansioso, depressivo o, come spesso accade, ansioso e depressivo. Il manifestarsi di un sintomo dovrebbe essere sempre considerato come l’espressione di un disagio della persona e del sistema di cui la persona è parte. Approfondirne le origini ed il significato è il compito, insieme affascinante e difficile, dello psicoterapeuta.

Il secondo punto riguarda la necessità di considerare la professione psicoterapeutica come una professione basata sulla capacità di collocare nei contesti in cui ha insieme origine e senso la difficoltà di chi gli chiede aiuto. Basato solo sul tentativo di proporre ricette comportamentali alla persona che si espone parlandone ad un terapeuta, l’approccio degli psicoterapeuti cognitivo-comportamentali che più vanno di moda fra gli psichiatri è un approccio, a nostro avviso, utile in casi molto particolari e di cui si dice, in altri, che è *evidence-based* solo perché fornisce risultati a breve termine, senza tenere conto del fatto che i processi interpersonali e le traiettorie di vita hanno bisogno di essere valutati su tempi sufficientemente lunghi per esserlo davvero. Quella su cui ci stiamo addentrando con quest’ultimo discorso, tuttavia, è una questione interna al mondo degli psicoterapeuti su cui sarà importante tornare nei tempi e nelle sedi più opportune.

Discutendone fra psicoterapeuti, però, non fra e con persone che alla psicoterapia non si sono adeguatamente formate.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 aprile 2023.

Accettato: 4 giugno 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:799

doi:10.4081/rp.2023.799

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

Becoming a psychoanalyst: supervision as a central moment of training

*Maria Luisa Tricoli**

ABSTRACT. – Psychoanalytic supervision has not long since become regarded as the most significant moment of training, due to its ‘in the field’ characteristics that distinguish it from both personal analysis and theoretical seminars. The supervisor, in his or her capacity as a theory and clinical expert, aims to stimulate in the student the ability to develop clinical reasoning through his or her own experience in the relationship with the patient in a care context. By understanding and exploring his/her own configurations in more depth, a young analyst can grasp those aspects of the patient which are structured on unconscious determinant factors that initially escape awareness. In order to perform this task, it is first necessary that the analyst who wants to become a supervisor has a clear understanding of the concepts referred to in his/her clinical practice. Moreover, it is essential that he/she solicits the emotions and reflections of the supervisee, not only by proposing his/her own theory or using the techniques that he/she would follow when supervising a case. The Author then lists the purposes that she believes should be pursued in the activity of supervision, concluding that, in order to be truly educational, supervision must transmit to the young clinician a self-reflective method of knowledge, that guides the clinicians to recognize themselves in what they say and do with their patients.

Key words: supervision, training, complex systems, subject, identity, intersubjectivity.

The topic of training is central to the experience of every psychoanalyst. Everyone understands that training is a process to which one can never put an end, a full stop – at most we can place a semicolon, as one of my witty young students so clearly noted - therefore, it will last as long as one’s life.

This thought may be, even obscurely, experienced with anxiety at the beginning of one’s professional activity, but becomes a warm feeling of security as life progresses: it is not necessary to ‘know’ everything, to be able to make accurate diagnoses at first glance, to know the ‘normal’ and ‘pathological’ functioning of human beings, to immediately propose redeeming truths.

*Psicologa, psicoanalista SIPRe e IFPS. E-mail: tricoli.marialuisa5@gmail.com

What one understands of oneself and of the other is part of a process that will expand and deepen over time and, above all, we do not proceed in solitude in search of an ever greater understanding of ourselves and the world: we are always together with either our patient or the peer community who shares tensions and achievements with us.

In this article, I will not go into the history of the concept of supervision, for which I refer to a previous paper of mine (Tricoli, 2018), but I will concentrate on proposing some reflections on the current state of the matter, reiterating that the substance and form of the supervisory meeting are closely related to the supervisor's own reference theory. It is necessary, therefore, that the supervisor be well aware of the theory that follows, which usually tends to remain implicit.

Training through supervision

To go to the heart of the issue, it must first be noted that supervision has not long since become central to training: perhaps only since it was given due consideration in the Working Parties of the *Fédération Européenne de Psychanalyse*, (Foresti, 2017). Although it has always been argued that, for training purposes, personal analysis and learning through supervision were far more crucial than theoretical seminars. It seems to me, in fact, that supervision has been the Cinderella of the three training pillars of the classical model, having been reduced to a means of ensuring the uniformity of the pupil to a certain theoretical model and to a certain Psychoanalytic Society. It was not by chance that it was initially called 'controlled supervision', meaning control over the skills acquired by the young analyst; in reality, control of an indiscriminate loyalty to the Freudian model was interpreted by the International Psychoanalytic Association (Kernberg, 2000). All this is understandable when one considers the initial impossibility of questioning the Freudian theoretical system, as evidenced by the defections of prominent analysts that followed. As it was unthinkable to exercise critical reflection on the theory, training focused only on technical learning, which became the characteristic trait of psychoanalysts, becoming rigid on norms that Freud had actually been elastic on. On the other hand, the method, as an application of the theory, had already been clearly defined as the operation of bringing to light repressed material that was trying to find its way to consciousness. It was thought of as events, coinciding with contents that had to find a way to be put into words. There was no theoretical space to think of a Subject that structures, according to his/her own extremely variable modalities, meanings in relationships and consolidates them until they are proposed again unchanged in all subsequent situations of relationship.

Theoretical premises

A theory of the Subject, as opposed to Drive theory, has been defined in the scientific landscape very slowly and in small steps, often hidden even from those who proposed them, starting with the Independents of the British School (Rayner, 1995), continuing with the theories of Nonlinear Dynamic Systems (Thelen and Smith, 1994) and even with the current acquisitions of Neurosciences that integrate the ‘human system’ into the wider dimension of the ‘natural system’ (Northoff, 2021), the latter is a reality in perpetual movement and complexification. As far away as we are today from a theoretical positivistic perspective and immersed in the experience of a fluid reality that requires us to combine aspiration to individual affirmation with the uncertainty of life, we urgently feel the need to define, in a caring relationship, who we are as subjects in constant interaction with other subjects and what prospects we have of a full realization of ourselves, that is not overwhelming or a narcissistic affirmation.

The difficulty of an individual definition, which we all experience at various levels, is the cause of discomfort, if not of pathology. It is necessary to formulate a constitutive theory of the Subject, of his/her aspirations and goals, in order to define a method that allows him/her to pursue and transmit them. This is true in all fields of knowledge; but it is particularly true in the psychoanalytic field, where training, excluding personal analysis, is based on the transmission of a theory and various techniques, and almost never on the definition of a method. In relation to the lack of a method, M.I. Marozza (2012, pg.16), inspired by Jung, stated that the purpose of training is not to learn a specific theory, but ‘to learn to think psychologically, using one’s own experience, in all its facets, as the source and food for thought.’ Marozza points out, therefore, the lack of a method appropriate to a subject who places himself/herself as active toward reality, not as a passive container in which to transfer contents, no matter how enlightening they may be.

For example, with this in mind, the Psychological Sciences Research Institute of the Catholic University of Leuven in 2021 felt the need to conduct empirical research on clinical reasoning to guide psychoanalysts in their work. It concluded that it does not consist in applying the dictates of a reference theory, but in using conceptual and reflective functions specific to the Subject, always present and operating at both formal, implicit, and procedural levels, regardless of theoretical orientation (Polipo *et al.*, under review).

I believe that this does not mean that the reference theory does not have its weight, but rather that the theoretical principles are taken in and formally reformulated in relation to the certainties and values that already constitute the basic organizers of the therapist. The conclusions to which this intelligent and meditated research comes – relativizing, in the clinical reasoning that guides the intervention, the role of the theory in favor of both formal and pro-

cedural knowledge specific to the individual – marks a point for the side of the need to recognize the subject aspects that guide beliefs and behaviors, beyond explicit adherence to the theory behind one's own training.

All of this has a radical influence on training. Personal beliefs or values derive from the historical, social, and family context in which each individual has lived but have found expression and been consolidated in the course of their lives according to individual experience. Most of them remain implicit, influencing each person's beliefs and thoughts, including those about the appropriate care processes that promote individual or social well-being. Only then does our system of values, whose roots can never be understood, even if they are the subject of continuous awareness on the part of every psychoanalyst, become formalized in adherence to a psychological theory, which becomes a treatment method. What matters in training is, therefore, to induce in the supervisee the taste of continuous self-discovery, which is never definitive and always new in some way.

As I mentioned before, revisions of Freudian theory in the psychoanalytic field and contributions from other fields, such as the Jungian one, and even the current achievements of neuroscience, push toward the conceptualization of a *unitary subject that is always becoming* (Cozzaglio, 2014; Tricoli, 2018). This implies abandoning the idea of a fluid subject, which today is very seductive, especially for fear of metaphysical reification; it also implies overcoming that 'relational' vision of the human being consisting of fragments of experience determined by the momentary relationship with the other (the multiple self-states of North American psychoanalysis).

Based on the concept of a 'system' as a physical and functional unit, consisting of several interacting parts in relation to each other and in interaction with other systems, for a common purpose that identifies it, as proposed by Complexity Theories, living systems can be described as self-organizing processes structured in their relationship with the environment in which they live (Maturana & Varela, 1980). In this context, the human subject can be seen as an organized system endowed with reflexivity as its species-specific characteristic. *The reflective skill* is the function that permits us to reflect on ourselves by distinguishing ourselves from the object and, consequently, making choices, but relating them to the level of subjectivity achieved. In this subject-object dialectic, which is always dichotomic, we define the perception of stability of the human being, which maintains its *sense of identity*, beyond variations in personal mood or emotions in response to the outside. At the same time, precisely because of the changing relationship with the outside, the identity contents of the subject change and transform continuously or become more rigid in maintaining the already-known self-perception. *Becoming*, on the basis of a perception of unity, then becomes specific to the human being, that integrates into ever more significant unity aspects of the self that turn out to be complex. However, these aspects also simplify them-

selves, becoming increasingly evident to the subject himself/herself. In this way, a sense of self is built that is constantly affirmed and lost, expressing oneself in a synthesis that is increasingly self-aware, in a process that is continuously being destructured of the coherence achieved and constructed in a new more significant coherence.

As a *complex system*, the Subject continuously self-regulates and heteroregulates to maintain a dynamic balance between chaos and immobility (Sander, 2002). The external reality, which is different, appears to the subject as chaos, with no sense, or alienness, as a disintegration of the psychic system itself, which must remain stable in order to carry out its perceptual, elaborative, and implementing functions. The mind is kept open to reality in order to have an operative plan on it, protecting itself from entering an unmanageable chaotic dimension. Confrontation with the other is never without conflict, understood in the broadest sense, precisely because in the relationship there are systems of meaning at stake, built on pre-reflective experiences, which tend to maintain themselves, becoming rigid in defense of what is perceived as *coherent identity*. The human condition of life always takes place in the presence and with the stimulus of the other, who with his/her diversity urges us to maintain a stable image of ourselves or to open up to the new by transforming ourselves. If the new, as every external stimulus, is understood as destructuring, the subject, due to the need to maintain his/her consistency (Tronick, 1998), becomes rigid on its own system of structured meanings. In these situations, which constitute the 'normality' of life, the interruption of the evolutionary process appears through discomfort that is identified as a cause of malaise and unhappiness both for the subject and for those who live next to him/her.

The process of identification and *intersubjectivity* are not mutually exclusive but are inseparable moments in the becoming of the human subject, in which the continuous transition from the unconscious modes of perception to the conscious ones has a fundamental role of synthesis and momentum. The *unconscious* is here understood as a system of dynamic self-regulation, formed by neural interconnections between all brain regions, operating beyond conscious levels throughout life. From it gradually emerge the conscious states of the self, such as ideation, intent and behaviours. Everything that is emotionally and perceptively shaped at the beginning of life in relation to environmental stimuli, before the appearance of the reflective ability, cannot be elaborated mentally. At the appearance of the reflective ability, these experiences are organized into ideations and beliefs specific to the subject, whose origin inevitably remains unconscious. Ideations and beliefs, implicitly learned from the environment since birth, then determine conscious beliefs and behaviours.

The subject is thus conceptualized in *the unity of its becoming*, as the result of a synchronic and diachronic evolution: on the one hand the own evolution of the individual, on the other, the evolution in the historical context of other human beings. In this way, the reflective position of listening to oneself and

others becomes a way of life, a functional way of maintaining life. In the dialectic of thinking of ourselves as subject and thinking of the object as another subject, all played out between identity maintenance and evolutionary flexibility in the encounter with the world, the Subject presents himself/herself as *the intentional organizing principle of the experience*.

From a therapeutic and educational point of view, it is vital to identify these vicissitudes, tensions and evolutionary pressures, fears and setbacks.

The purpose of supervision

This premise is necessary in order to enter into the merits of training, both that of theoretical seminars, which cannot be limited to proposing established theories and that of clinical supervision. This last is a particularly problematic activity in the field because it involves the supervisor's inevitable transmission of his/her theory of reference from the group they belong to. It is necessary, however, not to forget that any type of training must propose above all – at least I want to assume that it is so – to arouse in the young analyst the desire and the ability to build his/her own theoretical vision, consistent with what he/she can perceive as positive values. The young therapist's meeting with his/her first patients, both during their internship and in private practice, becomes the ideal opportunity for the emergence of unconscious convictions on which he/she has organized himself/herself. Indeed, it is not conceivable, that personal analysis can completely open up a person to himself/herself, making him/her aware of the deeper roots of his/her thoughts. Certainly, personal analysis is conducted, I believe generally today, on the analyst-patient relationship, beyond the schools of origin and their specific theoretical approach. Any person analyzed, therefore, has already learned to see himself/herself in the relationship with another and to identify himself/herself in their *impasse*. However, in addition to what the young analyst has already grasped, it is far more important for him/her to see himself/herself at work at the beginning of their clinical activity, compared to the desire to reach out to the other, transform him/her and feel in turn confirmed in one's own personal abilities, even in the choice he/she made for his/her professional activity.

So, what are the aims of supervision? What does the supervisor propose to arouse in the young analyst? I will try to outline the fundamental objectives that I believe need to be achieved.

1. Recognition and abandonment of one's own '*furor sanandi*' and discovery of the 'time' dimension that is always necessary for any lasting transformation.
2. Overcoming a content view of discomfort in favour of a procedural vision in which malaise is aroused not by wrong choices, but by a block of evolutionary potential.

3. Broadening and complexifying self-awareness and self-functioning in interacting with one another, through dedicated listening to oneself and the other, both emotionally and reflectively.
4. Acquiring the certainty that one learns from mistakes, not from ideology or utopia, through an experience of pain, from which neither the patient nor the analyst should be defended from.

I do not, of course, think that these aims are exhaustive; they are what I believe to be central and potentially inclusive of other aspects. I will now try to comment on them.

With regard to point 1: a theoretical, Subject-based view, understood as a system of structured meanings in the relationship which, thanks to the species-specific capacity for self-awareness, accesses an ever-increasing integration of self-constitutive aspects, entails placing emphasis on identifying the patient's system of beliefs and values and how they manifest them in the relationship. In an intersubjective view, this is done through attentive, emotional, and reflective listening to what the other arouses in us. The young analyst must learn that immediate verbal communication of what he/she gathers from the patient and of which the patient is unaware does not result in transformations, but rather in precipitating the patient into feeling judged and misunderstood. The patient wants to feel welcomed for what he/she is at that moment in time and requires adequate time, sometimes an unbearably long amount, to grasp the dysfunctional aspects of the experiences and the behaviors that he/she implements.

With regard to point 2: very often, in order to remove the patient from the discomfort, which is at times very serious, that he/she brings into analysis with thaumaturgical expectations, the work of the young analyst focuses on the disappearance of symptoms, through interventions in favor of a specific concrete situation. These 'orthopaedic' interventions may result in crutches being abandoned, but the patient may not find the pace with which to proceed. A more functional method, with much slower results, rests on the gradual understanding of what emerges from the patient-analyst interaction so that both components of the dyad understand the implicit unconscious determinants that characterize the ongoing relationship and recognize its dysfunction in a transformative process. In supervision, the situation becomes more complex because the relationship includes three people, at different levels of relationship, two of which are asking for help. The request cannot be met by a transfer of knowledge, however useful, or by the indication of 'correct' intervention techniques, but by putting back into motion the blocked potential of each person. This happens simultaneously for the patient and analyst, certainly at different levels of complexity.

In the training session, the supervisor draws attention to what exists in the interaction: emotional tone, reticence, inconsistencies, the usual or unusual content from which the analyst felt touched, the patient's configurations which he/she considered to be non-functional and whose dysfunction is made

to emerge. It is a question of drawing attention to the observable factors that exist in the interaction, while the rationale behind the analyst's interventions must – in my opinion – be left to personal analysis. By reflecting on the intersubjective relationship, and not only on the functioning of the patient and what he/she 'repeats' in transference, one can shed light on those *impasse*-causing configurations that the young analyst does not see and on the projections and negations that hide them.

However, it is also imperative that the supervisor intervenes in the concrete aspects of the process: the creation of a setting that allows for profound and at the same time detached intervention, the way in which sessions and sittings are listened to, the constant attention to ethical aspects, the clarity of the economic aspects of the treatment and that they are respected, which is often underestimated.

With regard to point 3: it is not enough to say that it is necessary to induce the development of 'authenticity' in the young analyst in training (McWilliams, 2021). Even a murderer – Spinoza would say – is authentic in his determination to kill! Beliefs and behaviors are related to the level of individual understanding that each person has of themselves, that is, the level of integration that has been achieved between emotion and reflectivity. You only see what you are able to see, in a way that is directly proportional to the capacity for vision that has been gained. This increased integration is the objective that supervision aims to achieve, in ways that are different from personal analysis, by drawing attention to the observable aspects of the relationship between the young clinician and the patient, the interaction that does not flow or flows too much, to the difficult times or the rush to deliver results. In the words of Paulo Coelho (2017), the young therapist must learn how to bring out the patient's 'Personal Legend' by integrating or discovering new aspects of his/her own. 'Personal Legend' is a poetic and suggestive expression to understand the structural aspects of the patient, consolidated on unconscious determinants, but also on intuitions, aspirations, and plans, which are also mostly not present in consciousness.

With regard to point 4: Edgar Morin, in a 1971 television interview (quoted by F. Bellusci, 2022), states that he would like to 'be part of those who discover error, who reveal error, and not of those who believe themselves to be the depositors of truth.' I believe that the person who takes on the task of training young people must take up this maxim. By error, we mean going wrong in search of a direction that is increasingly defined over time. The concrete content of the choices made during the journey is relative and less important than recognizing a direction. The supervisor must therefore propose to the young analyst the identification of a path that goes from the initial closure of the patient in his Ego to the intersubjective opening of speaking without hesitation before another, accepting together the evolutionary stimuli. This implies that the patient's rigidities cannot be considered 'defenses', in the classical sense of the term, but rather must be seen as the ways in which

he/she has found to conduct his/her way of life, and which are now part of his/her identity. Only by bringing out the dysfunction, both in relation to others and in the image of oneself, can the patient modify them.

This process of discovering self and the motivations that have led to established behaviors involves the pain of the patient seeing themselves in their own functioning with a reflective look, before arriving at the sense of liberation linked to the perception that the recognition of one's limit through the complexification of knowledge, makes life more serene, full and creative.

The pain of the reflective gaze on ourselves characterizes the central phase of the analysis, and it is the task of the supervisor to urge the young analyst not only to recognize it but not to be scared of it, as often happens, which results in minimizing it in order to reduce the patient's suffering quickly.

In the final phase of the analysis, it is, in my view, important to realize that the analytical relationship should not last indefinitely, but that it can be concluded when the patient has sufficiently acquired a method of self-knowledge and a certain ability to move in an intersubjective dimension. It is the task of the supervisor to accompany the supervisee to go through this experience of detachment, which is always emotionally intense.

Conclusions

As I have said, supervision cannot consist in the transmission of theoretical and, to a lesser extent, technical content, since technique is a creative, always subjective, mode of the individual relational approach, the most variable part of the method. In order to be truly educational, supervision must pass on to the supervisee a method of knowledge based on the reflective experience he/she makes of himself/herself, being guided to recognize himself/herself in what he/she says and does with his/her patient.

It is essential that the supervisor, in addition to being engaged in the acquisition - which is never exhaustive - of such a method, devotes himself/herself to developing as a person some basic aspects for his/her activity: a sufficient degree of sympathy with one's self-reflecting emotions, self-loyalty, ability to live in uncertainty and the ability to recognize the other as being of equal dignity and value.

It is also important that he/she develops the qualities of a good teacher: clarity and gradual communication of clinical reasoning, the taste and pleasure of traveling with another person in an ever-progressing and never definitive knowledge.

In short, it is necessary to inspire in the supervisee the taste of an impossible profession, in which the tension toward understanding is a source of joy, not of anxiety and worries, and which, does not become like any other method of earning a living.

REFERENCES

- Bellusci, F. (2022). Edgar Morin: Svegliamoci! *Doppio Zero*. Disponibile da: <https://www.doppiozero.com/edgar-morin-svegliamoci>
- Cohelo P. (1995) *L'alchimista*. Trad. it. La nave di Teseo, Milano, 2017.
- Cozzaglio, P. (2014). Psichiatria intersoggettiva. Dalla cura del soggetto al soggetto della cura. FrancoAngeli, Milano.
- Foresti, G. (2017). L'identità psicoanalitica: cinque ipotesi per un dibattito. *Rivista di Psicoanalisi*, LXIII, 2, 381-402.
- Kernberg, O.F. (2000). A concerned critique of psychoanalytic education. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 97-120.
- McWilliams, N. (2021) La supervisione. Trad. it. Raffaello Cortinas Editore, Milano, 2022.
- Marozza, M.I. (2012). Jung dopo Jung. Moretti & Vitali, Bergamo.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1980). Autopoiesi e cognizione. Trad. it. Marsilio, Venezia, 1985.
- Northoff, G. (2021). Il codice del tempo. Trad. it. Il Mulino, Bologna, 2021.
- Polipo, N.F., Willemsen, J., Kallai, D. (under review). The operators model of psychoanalytic clinical reasoning. Manoscritto sottoposto ad esame per la pubblicazione.
- Rayner, E. (1995). Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica. Trad. it. Cortina Editore, Milano, 1996.
- Sander, L. (2002). Pensare in modo diverso. Principi organizzativi dei processi nei sistemi viventi e specificità dell'essere conosciuto. Trad. it. In *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Thelen, E. Smith, L. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. MIT Press, Cambridge, MA.
- Tricoli, M.L. (2018). Il processo della supervisione psicoanalitica, Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla? Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Tronick, E.Z., Boston, C.P.S.G. (1998). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 3 January 2023.

Accepted: 27 April 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:761

doi:10.4081/rp.2023.761

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

Divenire psicoanalisti: la supervisione come momento centrale della formazione

*Maria Luisa Tricoli**

SOMMARIO. – Non da molto la supervisione psicoanalitica ha iniziato ad essere considerata come il momento più significativo della formazione, per il suo aspetto di lavoro sul campo che la distingue sia dall'analisi personale sia dai seminari teorici. Il supervisore, nella sua qualità di esperto di teoria e di clinica, si propone di suscitare nell'allievo la capacità di sviluppare un ragionamento clinico attraverso l'esperienza che fa di sé nella relazione con il paziente in un contesto di cura. Grazie alla comprensione e all'approfondimento delle proprie configurazioni, il giovane analista può cogliere quegli aspetti del paziente, strutturati su determinanti inconsci, che inizialmente sfuggono alla consapevolezza. Per svolgere questo compito, è innanzi tutto necessario che chi si accinge a svolgere l'attività di supervisore abbia chiari a sé stesso i concetti cui fa riferimento nella sua pratica clinica; inoltre, è indispensabile che solleciti le emozioni e la riflessività dell'allievo, non limitandosi a proporre la propria teoria e tanto meno le tecniche che egli stesso seguirebbe nella conduzione del caso. L'Autrice elenca poi le finalità che ritiene si debbano perseguire nell'attività di supervisione, pervenendo alla conclusione che, per essere realmente formativa, la supervisione debba trasmettere al giovane clinico un metodo di conoscenza autoriflessivo, venendo guidato a riconoscersi in ciò che dice e fa con il suo paziente.

Parole chiave: supervisione, formazione, sistemi complessi, soggetto, identità, intersoggettività..

Il tema della formazione è centrale nell'esperienza di ogni psicoanalista. Ognuno di noi intuisce che la formazione è un processo su cui non si potrà mai mettere un punto conclusivo – al massimo un punto e virgola, come ha argutamente notato una mia giovane allieva – quindi, durerà quanto la vita.

Questo pensiero può essere, anche oscuramente, vissuto con ansia all'inizio della propria attività professionale, ma diventa una calda sensazione di sicurezza con il progredire della vita: non è necessario 'sapere' tutto, essere in grado di fare a prima vista diagnosi accurate, conoscere il funzionamento 'normale' e 'patologico' degli esseri umani, proporre verità immediatamente

*Psicologa, psicoanalista SIPRe e IFPS. E-mail: tricoli.marialuisa5@gmail.com

salvifiche. Ciò che si comprende di sé e dell'altro è un tassello di un processo che si amplierà ed approfondirà nel tempo e, soprattutto, non si procede in solitudine alla ricerca di una comprensione sempre maggiore di sé e della realtà: si è sempre insieme o con il proprio paziente o con la comunità dei pari che condividono con noi tensioni e conquiste.

In questo articolo non percorrerò la storia del concetto di supervisione, per il quale rimando ad uno mio scritto precedente (2018), ma mi concentrerò nel proporre alcune riflessioni sullo stato attuale della questione, ribadendo che la sostanza e la forma che assume l'incontro di supervisione è strettamente legato alla teoria di riferimento propria del supervisore. È necessario, quindi, che il supervisore sia ben consapevole della teoria che segue, che di norma tende a rimanere implicita.

La formazione attraverso la supervisione

Per entrare nel merito del problema, si deve innanzi tutto notare che non da molto la supervisione è diventata centrale nella formazione. Forse solo da quando è stata presa nella dovuta considerazione nei *Working Parties* della *Fédération Européenne de Psychanalyse*, (Foresti, 2017), anche se si è sempre affermato che, ai fini della formazione, l'analisi personale e l'apprendimento attraverso la supervisione fossero di gran lunga più determinanti dei seminari teorici. A me sembra, in realtà, che la supervisione sia stata la Cenerentola dei tre pilastri formativi del modello classico, essendo stata ridotta a un mezzo per garantire l'uniformità dell'allievo ad un certo modello teorico e a una determinata Società psicoanalitica. Non a caso venne chiamata inizialmente 'supervisione di controllo', intendendo controllo di abilità acquisite dal giovane analista; in realtà, controllo di una fedeltà indiscriminata al modello freudiano interpretato dall'*International Psychoanalytic Association*. (Kernberg, 2000). Tutto ciò è comprensibile se si pensa all'impossibilità iniziale di mettere in discussione l'impianto teorico freudiano, come dimostrano le defezioni di personalità di rilievo che si verificarono ben presto. Poiché non era pensabile esercitare una riflessione critica sulla teoria, la formazione si concentrò solo sull'apprendimento tecnico, che divenne il tratto caratteristico degli psicoanalisti, irrigidendosi in norme su cui Freud era stato invece piuttosto elastico. D'altra parte, il metodo, come applicazione della teoria, era stato già stato definito con chiarezza come l'operazione di portare alla luce il materiale rimosso che premeva per trovare la via della coscienza. Si pensava a un evento, coincidente con un contenuto, che doveva trovare parola. Mancava lo spazio teorico per pensare un Soggetto che struttura, secondo modalità proprie estremamente variabili, i suoi significati nelle relazioni e li consolida fino a riproporli immutati in tutte le situazioni successive di rapporto.

Premesse teoriche

Una teoria del Soggetto, in contrapposizione ad una teoria delle pulsioni, si è andata definendo nel panorama scientifico lentamente e a piccoli passi, spesso nascosti anche a chi li proponeva, iniziando dagli Indipendenti della Scuola Britannica (cfr. Rayner, 1995), proseguendo con le Teorie dei Sistemi dinamici non lineari (cfr. Thelen e Smith, 1994) e persino con le acquisizioni attuali delle Neuroscienze che integrano il ‘sistema uomo’ nella più ampia dimensione del ‘sistema natura’ (cfr. Northoff, 2021), una realtà quest’ultima in perenne movimento e complessificazione. Lontani come oggi siamo da una prospettiva teorica di marca positivista e immersi nell’esperienza di una realtà fluida che ci chiede di coniugare l’aspirazione all’affermazione individuale con l’incertezza della vita, avvertiamo con urgenza la necessità di definire, in una relazione di cura, chi siamo noi come soggetti in costante interazione con altri soggetti e quali prospettive abbiamo di una realizzazione piena di noi, che non sia sopraffazione o affermazione narcisistica.

La difficoltà di una definizione individuale, che tutti sperimentiamo a vari livelli, è causa di disagio, se non di patologia. È necessario formulare una teoria costitutiva del Soggetto, delle sue aspirazioni e finalità, per poter definire un metodo che consenta di perseguirle e trasmetterle. Questo è vero in tutti i campi del sapere; ma lo è in particolare in campo psicoanalitico, dove la formazione, escludendo l’analisi personale, rimane fondata sulla trasmissione di una teoria e di varie tecniche, e quasi mai sulla definizione di un metodo. In relazione alla carenza di metodo, M.I. Marozza (2012, p. 16), ispirandosi a Jung, afferma che lo scopo della formazione non consiste nell’apprendere una teoria specifica, ma ‘nell’imparare a pensare psicologicamente, utilizzando la propria esperienza, in tutte le molteplici sfaccettature, come fonte e alimento del pensiero’. Marozza sottolinea, quindi, la mancanza di un metodo adeguato ad un Soggetto che si pone come attivo e desiderante verso la realtà, non come un contenitore passivo in cui travasare contenuti, per quanto illuminati.

Con la stessa motivazione, ad esempio, il *Psychological Sciences Research Institute* dell’Università Cattolica di Lovanio ha avvertito l’esigenza di condurre nel corso del 2021 una ricerca empirica sul ragionamento clinico che guida gli psicoanalisti nella loro attività, pervenendo alla conclusione che esso non consiste nell’applicazione dei dettami della teoria di riferimento, ma nell’uso di funzioni concettuali e riflessive proprie del Soggetto, sempre presenti e operanti a livello sia formale sia implicito e procedurale, a prescindere dall’orientamento teorico (Polipo *et al.*, under review).

Credo che questo non significhi che la teoria di riferimento non abbia il suo peso, ma piuttosto che i principi teorici vengono assunti e formalmente riformulati in relazione a certezze e valori che già costituiscono gli organizzatori di base del terapeuta. Le conclusioni cui questa ricerca intelligente e

meditata giunge – relativizzando, nel ragionamento clinico che guida l'intervento, il ruolo della teoria in favore della conoscenza sia formale sia procedurale propria del singolo – segna un punto in favore della necessità di riconoscere come fondamentali gli aspetti soggettuali che guidano credenze e comportamenti, al di là dell'adesione esplicita alla teoria alla base della propria formazione.

Tutto ciò ha un'influenza radicale sulla formazione. Le credenze o valori personali derivano dal contesto storico, sociale e familiare in cui ciascuno è vissuto, ma sono stati declinati e si sono consolidati nel corso della vita secondo l'esperienza individuale. Per lo più rimangono impliciti, influenzando convinzioni e pensieri di ciascuno, anche riguardo i processi di cura adeguati a promuovere il benessere individuale o sociale. Solo in seguito il nostro sistema di valori, le cui radici non possono mai essere assunte nella consapevolezza anche se oggetto di presa di coscienza continua da parte di ogni psicoanalista, si formalizza nell'adesione ad una teoria psicologica, che si traduce in un metodo di cura. Quello che conta nella formazione è, quindi, indurre il senso e il gusto della continua scoperta di sé, mai definitiva e sempre in qualche modo nuova.

Come ho accennato prima, le revisioni della teoria freudiana in campo psicoanalitico e gli apporti di altri indirizzi, quali ad esempio quello junghiano, e persino le conquiste attuali delle neuroscienze, spingono verso la concettualizzazione di un *soggetto unitario in divenire* (Cozzaglio, 2014; Tricoli, 2018). Ciò implica l'abbandono dell'idea di un soggetto liquido, oggi molto seducente soprattutto per il timore di una reificazione di tipo metafisico; comporta, inoltre, anche il superamento di quella visione 'relazionale' dell'essere umano costituito da frammenti d'esperienza determinati dalla momentanea relazione con l'altro (i molteplici sé della psicoanalisi nord-americana).

Basandosi sul concetto di '*sistema*' quale unità fisica e funzionale, costituita da più parti interagenti in relazione tra loro e in interazione con altri sistemi, per una finalità comune che lo identifica, proposto dalle Teorie della complessità, si possono descrivere i sistemi viventi come processi auto-organizzanti strutturatisi nella relazione con l'ambiente in cui vivono (Maturana & Varela, 1980). In questo contesto, il Soggetto umano può essere visto come un sistema organizzato dotato di riflessività come sua caratteristica specie-specifica. La *facoltà riflessiva* è la funzione che permette di riflettere su sé stessi distinguendo sé dall'oggetto e, di conseguenza, compiere delle scelte, relative però al livello di soggettualità raggiunto. In questa dialettica soggetto-oggetto, sempre dicotomica, si definisce la percezione di stabilità dell'essere umano che mantiene il proprio *sensu di identità*, al di là delle variazioni dell'umore personale o delle emozioni in risposta all'esterno. Nello stesso tempo, proprio per il mutare del rapporto con l'esterno, i contenuti identitari del soggetto mutano e si trasformano continuamente, oppure si irrigidiscono nel mantenimento della percezione di sé già nota. Il *divenire*, sulla base di una

percezione di unitarietà, diviene allora lo specifico dell'essere umano, che integra in una unità sempre più significativa aspetti di sé che si complessificano, ma anche si semplificano divenendo sempre più evidenti al soggetto stesso. In questo modo si costruisce un senso di sé che continuamente si afferma e si perde, esprimendosi in sintesi sempre più autoconsapevoli, in una processualità che è di continua destrutturazione della coerenza raggiunta e di costruzione di una nuova più significativa coerenza.

Come *sistema complesso*, il Soggetto si autoregola ed eteroregola continuamente per mantenersi in un equilibrio dinamico fra caos e immobilità (Sander, 2002). La realtà esterna, in quanto diversa, gli appare come caos, non senso, alienità, come disintegrazione dello stesso sistema psichico, che deve mantenersi stabile per svolgere le sue funzioni percettive, elaborative ed attuative. La mente si mantiene aperta alla realtà per poter avere una progettualità operativa su di essa, proteggendosi dall'entrare in una dimensione caotica ingestibile. Il confronto con l'altro non è mai esente da conflitto, inteso in senso lato, proprio perché nella relazione sono in gioco sistemi di significati, costruiti su vissuti preriflessivi, che tendono a mantenersi, irrigidendosi a difesa di ciò che viene percepito come *identità coerente*. La condizione umana di vita si svolge sempre alla presenza e con lo stimolo dell'altro, che con la sua diversità sollecita a mantenere un'immagine stabile di sé o ad aprirsi al nuovo trasformandosi. Se il nuovo, come lo è sempre qualsiasi stimolo esterno, viene inteso come destrutturante, il soggetto, a causa della necessità di mantenere la sua coerenza (Tronick, 1998), si irrigidisce sul proprio sistema di significati strutturati. In queste situazioni, che costituiscono la 'normalità' della vita, l'interruzione del processo evolutivo compare attraverso un disagio che viene identificato come causa di malessere e infelicità sia per il soggetto sia per chi gli vive accanto.

Il processo di individuazione e l'*intersoggettività* non si escludono a vicenda, ma sono momenti inscindibili del divenire del Soggetto umano, in cui il continuo passaggio dalle modalità inconse di percezione a quelli coscienti ha un ruolo fondamentale di sintesi e spinta propulsiva. L'*inconscio* viene qui inteso come un sistema di autoregolazione dinamico, formato da interconnessioni neurali tra tutte le regioni cerebrali, che opera al di là dei livelli consapevoli durante tutto l'arco della vita. Da esso emergono gradualmente gli stati del sé coscienti, quali ideazione, volizione e comportamenti. Tutto ciò che si struttura emotivamente e percettivamente all'inizio della vita in relazione agli stimoli ambientali, prima della comparsa della facoltà riflessiva, non può essere elaborato mentalmente. All'apparire della facoltà riflessiva, tali vissuti si organizzano in ideazioni e credenze (*beliefs*) proprie del soggetto, la cui origine rimane inevitabilmente inconscia. Le ideazioni e le credenze, apprese a livello implicito dall'ambiente fin dal momento della nascita, determinano in seguito convinzioni coscienti e comportamenti.

Il Soggetto viene così concettualizzato nell'*unitarietà del suo divenire*, come risultato di un'evoluzione sincronica e diacronica: da una parte l'evoluzione propria del singolo, dall'altra l'evoluzione nel contesto storico degli altri esseri umani. In questo modo la posizione riflessiva di ascolto di sé e dell'altro diviene un metodo di vita, un modo funzionale di mantenere la vita. Nella dialettica del pensarsi soggetto e pensare l'oggetto come soggetto altro, tutta giocata tra mantenimento identitario e flessibilità evolutiva nell'incontro con il mondo, il Soggetto si pone come *principio intenzionale organizzatore dell'esperienza*.

In un'ottica terapeutica e formativa diviene fondamentale individuarne le vicissitudini, le tensioni e le spinte evolutive, i timori e i punti di arresto.

Finalità della supervisione

Questa premessa è necessaria per entrare nel merito della formazione sia quella dei seminari teorici, che non possono limitarsi a proporre teorie consolidate, sia quella clinica della supervisione, un'attività sul campo particolarmente problematica perché prevede da parte del supervisore l'inevitabile trasmissione della teoria di riferimento del suo gruppo di appartenenza. È necessario, tuttavia, non dimenticare che qualsiasi tipo di formazione debba proporsi soprattutto – almeno io voglio dare per certo che sia così – di suscitare nel giovane analista il desiderio e la capacità di costruire una propria visione teorica, coerente con ciò che egli può avvertire come valori positivi. L'incontro del giovane terapeuta con i primi pazienti, sia nell'ambito del tirocinio sia nello studio privato, diventa l'occasione ideale per l'emersione delle convinzioni su base inconscia su cui si è organizzato. Non è pensabile, infatti, che l'analisi personale possa squadernare totalmente una persona a sé stessa, rendendola consapevole delle radici più profonde del suo pensiero. Certamente l'analisi personale viene condotta, credo generalmente oggi, sulla relazione analista-paziente, al di là delle scuole di appartenenza e della loro specifica impostazione teorica. Qualsiasi persona analizzata, quindi, ha già appreso a vedersi nella relazione con un altro e a riconoscersi nei suoi punti d'*impasse*. Tuttavia, oltre a ciò che il giovane analista ha già colto di sé, ha per lui ben altra portata vedersi all'opera agli esordi della sua attività clinica, a confronto con il desiderio di raggiungere l'altro, trasformarlo e sentirsi a sua volta confermato nelle proprie capacità personali, e persino nella scelta che ha operato della sua attività professionale.

Quali sono allora le finalità della supervisione? Che cosa il supervisore si propone di suscitare nel giovane analista? Proverò a schematizzare gli obiettivi fondamentali che ritengo necessario raggiungere.

1. Riconoscimento e abbandono del proprio '*furor sanandi*' e scoperta della dimensione 'tempo' sempre necessaria per qualsiasi trasformazione durevole;
2. Superamento di una visione contenutistica del disagio in favore di una

visione processuale in cui il malessere è suscitato non da scelte errate, ma dal blocco di potenzialità evolutive;

3. Ampliamento e complessificazione della consapevolezza di sé e del proprio funzionamento nell'interazione con l'altro, attraverso un ascolto dedicato, sia emotivo che riflessivo, di sé e dell'altro;
4. Acquisizione della certezza che si impara dall'errore, non dall'ideologia o dall'utopia, attraverso un'esperienza di dolore, da cui non si deve difendere né il paziente né lo stesso analista.

Non ritengo ovviamente che queste finalità siano esaustive; sono piuttosto quelle che mi sembrano centrali e potenzialmente inclusive di altri aspetti. Proverò ora a commentarle.

Riguardo al punto 1: una visione teorica fondata sul Soggetto, inteso come sistema di significati strutturati nella relazione che, grazie alla capacità specie-specifica di autoconsapevolezza, accede a una integrazione sempre maggiore di aspetti costitutivi di sé, comporta porre l'accento sull'individuazione del sistema di credenze e valori del paziente e delle modalità con cui egli le manifesta nella relazione. In una visione intersoggettiva, ciò avviene attraverso l'ascolto attento, emotivo e riflessivo, di ciò che l'altro suscita in noi. È necessario che il giovane analista apprenda che l'immediata comunicazione verbale di quanto egli coglie nel paziente e di cui il paziente è ignaro non ha l'esito di operare trasformazioni, ma piuttosto quello di precipitare il paziente nel sentirsi giudicato e non compreso. Il paziente desidera sentirsi accolto per quello che è in quel momento storico ed ha bisogno di un tempo adeguato, a volte insopportabilmente lungo, per cogliere gli aspetti disfunzionali dei vissuti e dei comportamenti che attua.

Riguardo al punto 2: molto spesso, pur di togliere il paziente dal disagio, a volte gravissimo, che egli porta in analisi con aspettative taumaturgiche, il lavoro del giovane analista si concentra sulla sparizione dei sintomi, attraverso interventi in favore di una determinata situazione concreta. Questi interventi 'ortopedici' possono anche far sì che le stampelle vengano abbandonate, ma non che il paziente trovi il passo con cui procedere. Un metodo più funzionale, dai risultati molto più lenti, si attesta sulla comprensione graduale di ciò che emerge dall'interazione paziente-analista, in modo che entrambi i componenti la diade colgano i determinanti inconsci impliciti che caratterizzano la relazione in atto, ne riconoscano la disfunzionalità in un processo trasformativo. Nella supervisione la situazione diviene più complessa perché la relazione include tre persone, a livelli di rapporto tra loro differenti, due delle quali chiedono aiuto. La richiesta non può essere soddisfatta con un travaso di conoscenze, per quanto utili, o con l'indicazione di tecniche d'intervento 'corrette', bensì rimettendo in movimento le potenzialità bloccate di ciascuno. Ciò avviene contemporaneamente per paziente e analista, certamente a livelli di complessità differenti.

Nell'incontro di formazione, il supervisore attira l'attenzione su ciò che intercorre nell'interazione: il tono emotivo, le reticenze, le incongruenze, i contenuti abituali o inconsueti da cui l'analista si è sentito toccato, le confi-

gurazioni del paziente che giudica non funzionali e di cui si propone di far emergere la disfunzionalità. Si tratta di portare l'attenzione sui fattori osservabili che intercorrono nell'interazione, mentre le motivazioni sottostanti agli interventi dell'analista devono – a parer mio – essere lasciate all'analisi personale. Riflettendo sulla relazione intersoggettiva, e non solo sul funzionamento del paziente e su ciò che 'ripete' nel transfert, si può far luce su quelle configurazioni, causa d'*impasse*, che il candidato non vede e sulle proiezioni e negazioni che li coprono.

Tuttavia, è anche indispensabile che il supervisore intervenga sugli aspetti concreti del processo: la creazione di un setting che consenta un intervento profondo e insieme distaccato, le modalità d'ascolto nei colloqui e nelle sedute, l'attenzione costante agli aspetti etici, la chiarezza riguardo gli aspetti economici del trattamento e il loro rispetto, spesso sottovalutato.

Riguardo al punto 3: non è sufficiente affermare che è necessario indurre lo sviluppo della 'autenticità' nel giovane in formazione (McWilliams, 2021). Anche un assassino – direbbe Spinoza – è autentico nella sua determinazione ad uccidere! Convinzioni e comportamenti sono relativi al livello di comprensione individuale che ciascuno ha realizzato di sé, vale a dire al livello di integrazione raggiunta tra emozione e riflessività. Si vede solo ciò che si è in grado di vedere, in modo direttamente proporzionale alla capacità di visione che è stata conquistata. Questa maggiore integrazione è l'obiettivo che la supervisione si propone di ottenere, con modalità diverse dall'analisi personale, richiamando l'attenzione sugli aspetti osservabili della relazione che si svolge tra il giovane clinico e il paziente, sull'interazione che non scorre o scorre troppo, sui momenti di difficoltà o sulla fretta di arrivare a risultati concreti. Per dirla con Paulo Coelho (2017), il giovane terapeuta deve apprendere come fare emergere la 'Leggenda Personale' del paziente, integrando o scoprendo aspetti nuovi della propria. 'Leggenda Personale' è un'espressione poetica e suggestiva per intendere gli aspetti strutturali del paziente, consolidati su determinanti inconsci, ma anche le intuizioni, le aspirazioni, i progetti, anch'essi in larga parte non presenti alla coscienza.

Riguardo al punto 4: Edgar Morin, in una intervista televisiva del 1971 (citato da F. Bellusci, 2022), afferma che vorrebbe 'far parte di coloro che scoprono l'errore, che svelano l'errore e non di coloro che si credono depositari della verità'. Ritengo che colui che si assume il compito di formare i giovani debba far propria questa massima, in cui per errore si intende l'andare errando alla ricerca di una direzione che si definisce sempre più nel tempo. I contenuti concreti delle scelte operate durante il percorso sono relativi e meno importanti rispetto al riconoscimento di una direzione. Il supervisore deve quindi proporre al giovane analista l'individuazione di un percorso che va dall'iniziale chiusura del paziente nel proprio Io all'apertura intersoggettiva del dirsi senza remore dinanzi ad un altro, accogliendone insieme gli stimoli evolutivi. Ciò implica che le rigidità del paziente non possono essere considerate 'difese', nel senso classico del termine, ma devono piuttosto essere viste come le modalità che

egli ha trovato per condurre la sua vita e che sono ormai parte della sua identità. Solo facendone emergere la disfunzionalità, sia nella relazione con gli altri sia nell'immagine di sé, il paziente potrà modificarle.

Questo processo di scoperta di sé e delle motivazioni che hanno portato a comportamenti consolidati implica per il paziente il dolore del vedersi nel proprio funzionamento con uno sguardo riflessivo, prima di approdare al senso di liberazione legato alla percezione che il riconoscimento del proprio limite attraverso la complessificazione della conoscenza, rende la vita più serena, piena e creativa.

Il dolore dello sguardo riflessivo su di sé caratterizza la fase centrale dell'analisi ed è compito del supervisore sollecitare il giovane analista non solo a riconoscerlo ma a non esserne spaventato, come spesso avviene, con il risultato di minimizzarlo allo scopo di diminuire la sofferenza del paziente in tempi brevi.

Nella fase finale dell'analisi è, a parer mio, importante la consapevolezza che il rapporto analitico non debba durare all'infinito, ma si possa concludere quando il paziente abbia acquisito a sufficienza un metodo di conoscenza di sé e una certa capacità di muoversi in una dimensione intersoggettiva. È compito del supervisore accompagnare l'allievo a vivere questa esperienza di distacco sempre emotivamente intensa.

Conclusioni

Come ho detto, l'attività di supervisione non può consistere nella trasmissione di contenuti teorici e tanto meno tecnici, essendo la tecnica una modalità creativa, sempre soggettiva, dell'approccio relazionale individuale, la parte più variabile del metodo. Per essere realmente formativa, la supervisione deve trasmettere al giovane allievo un metodo di conoscenza fondato sull'esperienza riflessiva che egli fa di sé, venendo guidato a riconoscersi in ciò che dice e fa con il suo paziente.

È indispensabile che il supervisore, oltre ad essere impegnato nell'acquisizione – mai esaustiva – di un tale metodo, si dedichi a sviluppare in sé come persona alcuni aspetti basilari per la sua attività: un sufficiente livello di sintonia con le proprie emozioni assunte a livello autoriflessivo, fedeltà a sé stesso, capacità di vivere nell'incertezza, attitudine a riconoscere l'altro come Soggetto di pari dignità e valore.

È, inoltre, importante che sviluppi le qualità di un buon insegnante: la chiarezza e la gradualità nella comunicazione del proprio ragionamento clinico, il gusto e il piacere di percorrere con l'altro un sapere sempre più pieno e mai definitivo.

In poche parole, è necessario suscitare nel giovane il gusto di un mestiere impossibile, in cui la tensione verso il comprendere sia fonte di gioia, non di ansia e inquietudine e che, tanto meno, non diventi un modo come un altro di guadagnarsi la vita.

BIBLIOGRAFIA

- Bellusci, F. (2022). Edgar Morin: Svegliamoci! *Doppio Zero*. Disponibile da: <https://www.doppiozero.com/edgar-morin-svegliamoci>
- Cohelo P. (1995) *L'alchimista*. Trad. it. La nave di Teseo, Milano, 2017.
- Cozzaglio, P. (2014). Psichiatria intersoggettiva. Dalla cura del soggetto al soggetto della cura. FrancoAngeli, Milano.
- Foresti, G. (2017). L'identità psicoanalitica: cinque ipotesi per un dibattito. *Rivista di Psicoanalisi*, LXIII, 2, 381-402.
- Kernberg, O.F. (2000). A concerned critique of psychoanalytic education. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81, 97-120.
- McWilliams, N. (2021) La supervisione. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2022.
- Marozza, M.I. (2012). Jung dopo Jung. Moretti & Vitali, Bergamo.
- Maturana, H.R., Varela, F.J. (1980). Autopoiesi e cognizione. Trad. it. Marsilio, Venezia, 1985.
- Northoff, G. (2021). Il codice del tempo. Trad. it. Il Mulino, Bologna, 2021.
- Polipo, N.F., Willemsen, J., Kallai, D. (under review). The operators model of psychoanalytic clinical reasoning. Manoscritto sottoposto ad esame per la pubblicazione.
- Rayner, E. (1995). Gli Indipendenti nella psicoanalisi britannica. Trad. it. Cortina Editore, Milano, 1996.
- Sander, L. (2002). Pensare in modo diverso. Principi organizzativi dei processi nei sistemi viventi e specificità dell'essere conosciuto. Trad. it. In *Sistemi viventi: l'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Thelen, E. Smith, L. (1994). A dynamic systems approach to the development of cognition and action. MIT Press, Cambridge, MA.
- Tricoli, M.L. (2018). Il processo della supervisione psicoanalitica, Apprendere la psicoanalisi o sperimentarla? Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Tronick, E.Z., Boston, C.P.S.G. (1998). Regolazione emotiva nello sviluppo e nel processo terapeutico. Trad. it. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 3 January 2023.

Accettato: 27 April 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:761

doi:10.4081/rp.2023.761

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

Supervisory relationships

*Sandra Buechler**

ABSTRACT. – Experience as a trainee and as a supervisor has taught me how anxious novice clinicians can be. Early in our careers, we may have a broad knowledge of theory, but still lack confidence in our ability to help patients. How can supervisors address this issue? This paper focuses on helping novice clinicians develop what I call an ‘internal chorus.’ This inner object provides a resource to cope with the clinician’s most vulnerable moments with patients. An illustration of an ‘internal chorus’ is provided.

Key words: supervision; training; education; therapist; clinician.

Supervision of novice clinicians

Over the course of my career, I supervised in many contexts: inpatient psychiatric hospitals, youth guidance clinics, adult outpatient treatment centers, psychology graduate school programs, psychoanalytic institutes, and private supervision. When I think back over these varied experiences, one moment comes to mind. I was the director of an outpatient community clinic that served as a training facility for doctoral students in psychology. The students saw patients under close supervision. For many, it was their first clinical experience.

One of my supervisees was a young man who was adept at theory but had no experience doing treatment. Reluctant to ask for help, nevertheless he knocked on my door shortly before his first patient was due to arrive. Looking anxious he managed to ask, ‘Dr. Buechler, when the patient comes, what do I do?’

There was a very intelligent and highly motivated young man, eager to ‘do the right thing’, wanting to navigate his first clinical experience without asking for help but suffering from anxiety and uncertainty. As the moment of his patient’s arrival grew near, he felt painfully unprepared. Suddenly he

*William Alanson White Institute, New York, N.Y. 10023 USA.
E-mail: sbuechler2@msn.com

realized that the theories he had studied had not told him the one thing he crucially needed to know. He needed to know what to do when the patient appeared for the session.

I have revisited this moment many times, using it to try to stay in touch with the beginning therapist's uncertainties. I think it is easy for experienced supervisors to forget what those initial clinical encounters can be like. What supervisors offer may be valuable, but not sufficiently appreciative of the inexperienced clinician's anxiety. The novice clinician may feel extremely responsible for the outcome of the treatment yet confused by theories that advocate differing therapeutic stances. For some, the situation can recruit previous feelings of feeling unprepared to face difficult moments in their personal lives. Some have reported imagining that there were therapeutic techniques or approaches that all other clinicians knew, but they, alone, had failed to learn. Feelings of shame and anxiety, as well as guilt, can accompany these thoughts. Many feel their incompetence will be exposed, and their unfortunate patients will suffer for it.

As a young clinician myself, I can remember years of feeling ill-equipped for doing my job, while still needing to look competent. I felt it was important not to reveal these feelings, even to my supervisors. Fortunately, it is more common, now, for supervisors to be aware of the potential shame and guilt of neophyte clinicians. But, of course, supervisors are not always empathic and sometimes add to the supervisee's feelings of inadequacy. This can be inadvertent, when, for example, the supervisor suggests how they would have responded differently to the patient. This can be a well-intentioned effort to teach but, partially depending on the tone in which it is said, it can actually increase the supervisee's sense of incompetence, in comparison with the seasoned supervisor.

I have written about these issues many times, often using examples from my own clinical and supervisory experiences. In particular, my book *Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career* (Buechler, 2012) deals with sources of shame and sorrow at each phase of a clinical career. In the first two chapters, I address some ways training programs may (through overt actions and omissions of potentially helpful guidance) add to the insecurity of the novice.

Of necessity, supervision of relatively inexperienced clinicians must address basic treatment issues, such as creating a viable frame, initiating therapy, maintaining ethical boundaries, exploring the patient's history, co-creating treatment goals, and dealing with the financial aspects of the work. While early in their careers most feel free to openly ask questions about these basics, I have found that many very experienced clinicians still have questions about them but may feel reluctant to bring them up, feeling ashamed that they still need help in these areas. For some, the need to look like they 'know what they are doing' exerts pressure that

doesn't ever really end. Supervisors can sometimes be helpful by sharing that these issues can be challenging, even for the most experienced clinician.

But, for the most part, as therapists gain experience, they come to supervisors with fewer questions about the fundamentals. Rather, they want help with treatments that feel 'stuck' or with patients who suffer seemingly endless crises, or with their own troubling negative 'countertransferential' feelings toward certain patients, or their impulses to violate ethical boundaries, or their uncertainty as to whether or not a treatment has reached the limit of its effectiveness, or whether an 'enactment' is potentially therapeutically useful or a signal that the treatment should terminate and the patient should seek help elsewhere. Of course, much supervision is undertaken as part of a training program and has a less specific focus. Trainees may simply want to develop their way of working, or what I would call their 'signature style'. Some clinicians may come to institute or private supervision asking for help with a certain kind of treatment dilemma, such as a fear of losing patients, or difficulty working with patients who present in a particular way. Some want help increasing their practices and some, of more advanced years, ask for help with the challenges of retiring. Throughout my career, and in much of my writing, I have suggested supervisory approaches to the dilemmas clinicians and their patients frequently encounter. One of my books (Buechler, 2019), *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*, is focused on helping clinicians treat people who are facing particularly problematic aspects of life.

Of course, every supervisory relationship is unique, with its own set of strengths and challenges. But, in the remainder of this paper, I suggest some fundamental difficulties that often limit supervision's usefulness as well as some sources of its potential benefits. While, as already mentioned, I think the context of the supervision and the degree of the supervisee's clinical experience significantly affect its aims, I also believe that there are aspects of the supervisory relationship that transcend these specifics. I will argue that productive supervisions have commonalities. While these qualities may be hard to define, I think it is worth trying. In sum, what makes a supervision growth enhancing?

Characteristics of helpful supervisory relationships

Let me begin with a personal example of an effort I made, years ago, to understand just how my first psychoanalytic supervisor helped me enormously. In my (Buechler, 2017) book, *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*, I published a 'letter' I wrote to this supervisor, years after the supervision ended, trying to express my gratitude. I put the word 'letter' in

quotes because it was not a letter in the usual sense, in that I wrote it after he died. So, alas, it was never actually sent to him. I still regret that I didn't write and send it to him while he was still alive.

The letter was my effort to understand the effect of this supervision on my work at the time, and my subsequent career. The supervisor was Ralph Crowley, M.D., and our work began in the first year of my psychoanalytic training at the William Alanson White Institute in New York City. As I will explain, I think Dr. Crowley's positive impact was a product of what he said, how he said it, what he did, and, perhaps most importantly, what he did not do.

I should mention that I chose Dr. Crowley as my first analytic supervisor largely because he had worked with Harry Stack Sullivan, M.D. I was intensely interested in Sullivan's thinking, and I believed that my best chance to learn about the Sullivanian approach would be with someone who had been under the supervision of Sullivan. Dr. Crowley was known to be an acolyte of Sullivan's and I also liked Dr. Crowley's direct, blunt expressive style.

One of the first things that impressed me in this supervision was Dr. Crowley's evident investment in our work. Very often, I would find articles he had copied waiting for me when I came to the supervision session. I don't think I can overemphasize how important this was. To me, it said that my development mattered. It was worth his effort. In retrospect, I believe that this simple but profound gift of investment in me encouraged me to feel optimistic about my future as an analyst.

Perhaps Dr. Crowley's greatest impact was in the consonance between his words and his actions. In other words, he really practiced what he preached. How he treated me reflected the same values that he conveyed in his suggestions for my work with my patients. He was straightforward with me, at the same time as he was advocating my being straightforward with my patient. He used simple, non-jargon language with me, just as he suggested I do in my work as an analyst. He balanced pointing out my strengths with honest reflections on the areas I needed to develop further, just as he recommended to do with my patient. He tried to be clear without any unnecessary harshness. In how he spoke to me I learned that one can be both truthful and kind. Tact and truth can coexist. In retrospect, I credit Dr. Crowley for opening my mind to non-binary thinking. He palpably cared about the impact his words would have on me. He did not avoid saying things I might find disturbing, but he said them with evident concern for my feelings. This had significant effects on me as a clinician and as a human being. I held this as a model for my therapeutic work as well as my supervision of other clinicians. But, just as importantly, Dr. Crowley was teaching me the importance of integrity by example. I think of integrity as a kind of wholeness or consonance between one's stated values and one's actions.

When integrity is not present, when, for example, the supervisor preaches empathy but treats the supervisee non-empathically, the impact can be quite damaging. At best, in a sense, it is confusing. At worst, I think it can cause the supervisee to feel hopelessly inadequate and inept, unable to learn in the supervision, but also unable to understand why.

Another benefit of this experience took many years to occur. My book, *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment* (Buechler, 2004) included a chapter on integrity. My supervision with Dr. Crowley had not only taught me about the importance of consonance between words and actions. More broadly, it helped to engender my focus on the values (curiosity, hope, courage, integrity, emotional balance) that can productively undergird treatment and supervision, regardless of the clinician's theoretical allegiances.

In my experiences as a supervisee and as a supervisor, growth is often enhanced when both participants are willing to share their thoughts as they occur. When a supervisor thinks out loud, the supervisee gets to hear not only the contents of those thoughts but also their sequence. This can be immensely valuable. When supervisors share only their conclusions, supervisees are often left dumbfounded, puzzled as to how the supervisor arrived at these formulations, but afraid to ask questions, lest they reveal the supervisee's limitations. But when supervisors share their thoughts as they are formulating them, they model a process that can help those in training have the courage it takes to keep the treatments they conduct alive and creative.

This brings me to the role of shame in delimiting growth in supervision. Both supervisors and supervisees can experience demoralizing shame and, perhaps even more frequently, the fear of shame. Shame, or a sense of being insufficient, inadequate, a failure, can delimit the curiosity necessary to learning. The fear of shame can inhibit the creativity of both participants in treatment and in supervision. Elsewhere (Buechler, 2008) I have written about the shame accompanied by anxiety that is, in my judgment, the most debilitating form of shame. I called it the 'impossible necessary'. This is the helpless feeling that something absolutely necessary to do is beyond one's capabilities. One feels profoundly insufficient and, at the same time, intensely vulnerable. I speculate that experiencing the 'impossible necessary' brings us back to the utter helplessness we all faced as infants.

For example, both supervisors and supervisees can feel it is absolutely vital to comprehend something that they simply can't grasp. Let's say the supervisee's patients keep leaving treatment precipitously and/or prematurely. Both participants might feel it is essential that they understand why this is happening, in order to change it. But, what if they can't?

Shame may be evoked in supervision in numerous ways. Without meaning to, supervisors may implicitly evoke the supervisee's shame by focusing on 'countertransference' feelings, defenses, blind spots, and so on. In my

book (Buechler, 2012), I differentiated the shaming experiences in training that come from acts of commission *versus* acts of omission. Briefly, teachers and supervisors can elicit shame in their tone, wording, focus, and, even, their body language. But, perhaps even more commonly, in what is omitted, in failing to equip clinicians as well as possible, they also foster shame. Adequate preparation can include discussing the relationship between theory and practice, conceptualizing the phases of treatment, describing some possible uses of ‘countertransference’ feelings and enactments, exploring various ways of formulating a treatment’s goals, discussing how treatment can be informed by the awareness of the patient’s cultural background, sharing ideas about how aging might affect the clinician’s work, attitudes about the ‘practical’ side of treatment, including fee setting, and so many other issues. Perhaps most meaningful to me, personally, is the open exploration of what it is like to treat people who are encountering many of life’s greatest challenges. Over the span of a career, clinicians and their patients are likely to face severe illnesses, devastating losses, humiliations, frustrating obstacles, profound regrets, confounding contradictions, paralyzing ambivalence, enraging conflicts, and everything else that challenges human beings. At some point, every therapist encounters a patient who is going through that clinician’s own worst nightmare. My own belief is that in these times we need a strong foundation of love for doing treatment, commitment to the work, and confidence in ourselves as clinical instruments. Supervisors can foster the clinician’s ongoing work on building this foundation.

Much of my thinking about supervision includes the idea that training should provide the learner with an ‘internal chorus’ of helpful voices, to turn to in challenging moments in sessions. This inner object is not modeled after any one supervisor or teacher but, rather, is an amalgam of all those who have provided helpful guidance. For example, when the clinician is feeling especially lost and lonely, a phrase from a past supervisor, an idea taken from reading, or an experience with one’s own analyst, may help to contain the painful feelings. Becoming part of the supervisee’s ‘internal chorus’ means, to me, that the supervision has lasting significance. Aside from assuaging the clinician’s potential loneliness, this internal object provides a resource that fosters resilience. Clinicians need to be able to ‘bounce back’ during and after troubling sessions, and over the course of days, weeks, years of practice. The ‘internal chorus’ is a source of the strength to do so. In supervision, we can help the trainee develop the emotional resilience to bear the many losses that are inevitable in practice. Eventually, clinicians lose every patient they ever treat. This can be taxing emotionally. Sometimes supervisors can be helpful by openly sharing what these experiences have been like for them.

My own ‘internal chorus’ includes some I never met, such as H.S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann, and Erich Fromm, as well as many of

my supervisors, teachers, and personal analysts. Perhaps it goes without saying that Ralph Crowley, my first analytic supervisor, often plays a prominent role. When I feel 'stuck,' or painfully lonely, I remember a phrase or idea they gave me, and I feel better able to cope. For example, when I became locked into a particular viewpoint, my training analyst often asked: 'What else could be true?'. I hear that phrase often and, no matter what is happening, it makes me smile.

In my view, the best, most growth-enhancing supervision has something in common with the art of sculpture. Sculptors 'find' the sculpture in the stone. That is, rather than impose a design on the sculpture, they mine the stone and bring forth its potential shape. So, it is with psychoanalytic supervision. In truly educative supervision both participants search for the qualities, talents, proclivities, personal strengths, life experiences, theoretical expertise, and any other aspects of the supervisee that, taken together, can inform their clinical style. Good supervisors and their supervisees 'find' the clinician in the trainee. Together they formulate what I would call the trainee's 'signature style'. The development of this therapeutic identity is a lifelong process begun, hopefully, in the earliest phases of training.

I believe that the goal of all education is to 'educate,' that is, to bring forth the learner's potential. Doing treatment is a formidable task. It takes everything the clinician has: all our hope, perseverance, patience, stamina, courage, integrity, curiosity, playfulness, love, kindness, honesty, wisdom, and knowledge. The best supervision helps the supervisee access these qualities and learn to apply them to their clinical work.

REFERENCES

- Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Buechler, S. (2008). *Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2012). *Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2017). *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*. New York: IPBooks.
- Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*. New York: Routledge.

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

Ethics approval and consent to participate: not required.

Received: 29 November 2022.

Accepted: 2 May 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:742

doi:10.4081/rp.2023.742

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

Relazioni di supervisione

*Sandra Buechler**

SOMMARIO. – L'esperienza come tirocinante e come supervisore mi ha insegnato quanto possano essere ansiosi i clinici alle prime armi. All'inizio della nostra carriera, possiamo avere un'ampia conoscenza della teoria, ma non abbiamo ancora fiducia nella nostra capacità di aiutare i pazienti. Come possono i supervisori affrontare questo problema? Questo articolo si concentra sull'aiutare i clinici alle prime armi a sviluppare quello che io chiamo un 'coro interno'. Questo oggetto interiore fornisce una risorsa per affrontare i momenti più vulnerabili del clinico con i pazienti. Viene fornita un'illustrazione di un 'coro interno'.

Parole chiave: supervisione, training, educazione, terapeuta, clinico.

Supervisione dei clinici principianti

Nel corso della mia carriera, ho svolto attività di supervisione in molti contesti: ospedali psichiatrici, cliniche di orientamento giovanile, centri di trattamento ambulatoriale per adulti, corsi di laurea in psicologia, istituti psicoanalitici, e ho svolto supervisioni private. Quando ripenso a queste diverse esperienze, mi viene in mente un momento in particolare. Ero direttrice di una clinica comunitaria ambulatoriale che fungeva da struttura di formazione per gli studenti di dottorato in psicologia. Gli studenti vedevano i pazienti sotto stretta supervisione. Per molti si trattava della prima esperienza clinica.

Uno dei miei clinici principianti era un giovane esperto di teoria, ma senza esperienza di trattamento. Riluttante a chiedere aiuto, bussò comunque alla mia porta poco prima che arrivasse il suo primo paziente. Con aria preoccupata, mi chiese: 'Dottoressa Buechler, quando arriva il paziente, cosa devo fare?'.

Si trattava di un giovane molto intelligente e motivato, desideroso di

*William Alanson White Institute, New York, N.Y. 10023 USA.
E-mail: sbuechler2@msn.com

‘fare la cosa giusta’, che voleva affrontare la sua prima esperienza clinica senza chiedere aiuto, ma che soffriva di ansia e incertezza. Quando si avvicinò il momento dell’arrivo del paziente, si sentì terribilmente impreparato. Improvvisamente si rese conto che le teorie che aveva studiato non gli avevano detto l’unica cosa che aveva bisogno di sapere. Doveva sapere cosa fare quando il paziente si sarebbe presentato alla seduta.

Ho rivisitato questo momento molte volte, usandolo per cercare di rimanere in contatto con le incertezze del terapeuta principiante. Penso che sia facile per i supervisori esperti dimenticare come possono essere i primi incontri clinici. Ciò che i supervisori offrono può essere prezioso, ma non sufficientemente rilevante per l’ansia del clinico inesperto. Il clinico alle prime armi può sentirsi estremamente responsabile dell’esito del trattamento, ma confuso dalle teorie che sostengono posizioni terapeutiche diverse. Per alcuni, la situazione può richiamare precedenti sentimenti di impreparazione ad affrontare momenti difficili della propria vita personale. Alcuni hanno riferito di aver immaginato che ci fossero tecniche o approcci terapeutici che tutti gli altri clinici conoscevano, ma che loro, da soli, non erano riusciti ad apprendere. Questi pensieri possono essere accompagnati da sentimenti di vergogna e ansia, oltre che da sensi di colpa. Molti pensano che la loro incompetenza verrà smascherata e che i loro sfortunati pazienti ne soffriranno.

Anch’io, da giovane clinico, ricordo anni in cui mi sentivo poco attrezzata per svolgere il mio lavoro, pur dovendo apparire competente. Sentivo che era importante non rivelare questi sentimenti, nemmeno ai miei supervisori. Fortunatamente, oggi è più comune che i supervisori siano consapevoli della potenziale vergogna e del senso di colpa dei clinici neofiti. Ma, naturalmente, i supervisori non sono sempre empatici e a volte fanno aumentare il senso di inadeguatezza nel clinico principiante. Ciò può essere involontario, quando, ad esempio, il supervisore fa notare come avrebbe risposto in modo diverso al paziente. Questo può essere un tentativo ben intenzionato di insegnamento ma, in parte anche a seconda del tono con cui viene detto, può in realtà far aumentare il senso di incompetenza nel clinico principiante rispetto al supervisore esperto.

Ho scritto molte volte su questi temi, spesso utilizzando esempi tratti dalle mie esperienze cliniche e di supervisione. In particolare, il mio libro, *Still Practicing: the Heartaches and Joys of a Clinical Career* (Buechler, 2012) tratta delle cause della vergogna e del dolore in ogni fase della carriera clinica. Nei primi due capitoli, affronto alcuni modi in cui i programmi di formazione possono (attraverso azioni palesi e omissioni di indicazioni potenzialmente utili) far aumentare l’insicurezza del novizio.

Per forza di cose, la supervisione di clinici relativamente inesperti deve affrontare le questioni di base del trattamento, come la creazione di una cornice valida, l’inizio della terapia, definire i limiti etici, l’esplorazione della

storia del paziente, la co-creazione degli obiettivi del trattamento e la gestione degli aspetti finanziari del lavoro. Mentre all'inizio della carriera la maggior parte dei clinici si sente libera di porre apertamente domande su queste nozioni di base, ho scoperto che molti clinici esperti hanno ancora domande al riguardo, ma potrebbero essere restii a formularle, vergognandosi di avere ancora bisogno di aiuto in queste aree. Per alcuni, la necessità di dare l'impressione di 'sapere cosa stanno facendo' esercita una pressione che non finisce mai. I supervisori possono talvolta essere d'aiuto facendo notare che questi problemi possono essere impegnativi anche per i clinici più esperti.

Ma, nella maggior parte dei casi, quando i terapeuti acquisiscono esperienza si rivolgono ai supervisori con meno domande sui fondamenti. Piuttosto, vogliono essere aiutati con trattamenti dove si sentono 'bloccati', oppure con pazienti che soffrono di crisi apparentemente senza fine, o con i loro preoccupanti sentimenti negativi 'controtransferali' verso certi pazienti, o con i loro impulsi a violare i confini etici, o con la loro incertezza se un trattamento ha raggiunto o meno il limite della sua efficacia, o se un *enactment* è potenzialmente utile dal punto di vista terapeutico oppure un segnale che il trattamento dovrebbe terminare e il paziente dovrebbe cercare aiuto altrove. Naturalmente molte supervisioni vengono intraprese come parte di un programma di formazione e hanno un obiettivo meno specifico. Gli specializzandi potrebbero semplicemente voler sviluppare il loro modo di lavorare, o quello che definirei il loro 'stile caratteristico'. Alcuni clinici si rivolgono all'Istituto o alla supervisione privata chiedendo aiuto per un certo tipo di problema terapeutico, come la paura di perdere i pazienti o la difficoltà di lavorare con pazienti che si presentano in un modo particolare. Alcuni vorrebbero essere aiutati a incrementare le loro pratiche e altri, in età più avanzata, chiedono aiuto per affrontare le sfide del pensionamento. Nel corso della mia carriera, e in molti dei miei scritti, ho suggerito approcci di supervisione ai problemi che i clinici e i loro pazienti spesso incontrano. Uno dei miei libri (Buechler, 2019), *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*, si prefigge di aiutare i clinici a trattare persone che stanno affrontando aspetti particolarmente problematici della vita.

Naturalmente, ogni relazione di supervisione è unica, con i suoi punti di forza e le sue sfide. Tuttavia, nel seguito di questo articolo, prenderò in esame alcune difficoltà fondamentali che spesso limitano l'utilità della supervisione, nonché alcune fonti dei suoi potenziali benefici. Se da un lato, come già accennato, ritengo che il contesto della supervisione e il grado di esperienza clinica del supervisore ne influenzino significativamente gli obiettivi, dall'altro ritengo che vi siano aspetti della relazione di supervisione che trascendono queste specificità. Sosterrò che le supervisioni produttive hanno delle caratteristiche comuni. Anche se queste qualità possono

essere difficili da definire credo che valga la pena provarci. In sintesi, cosa rende una supervisione in grado di favorire la crescita?

Caratteristiche dei rapporti di supervisione utili

Vorrei iniziare con un esempio personale di uno sforzo che ho fatto, anni fa, per capire in che modo il mio primo supervisore psicoanalitico mi abbia aiutato enormemente. Nel mio libro (Buechler, 2017), *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*, ho pubblicato una ‘lettera’ che ho scritto a questo supervisore, anni dopo la fine della supervisione, cercando di esprimere la mia gratitudine. Ho messo la parola ‘lettera’ tra virgolette perché non era una lettera nel senso usuale del termine, in quanto l’avevo scritta dopo la sua morte. Quindi, ahimè, non gli è mai stata inviata. Mi pento ancora di non avergliela scritta e spedita quando era ancora vivo.

La lettera era il mio tentativo di comprendere l’effetto di questa supervisione sul mio lavoro di allora e sulla mia carriera successiva. Il supervisore era Ralph Crowley, M.D., e il nostro lavoro iniziò durante il primo anno della mia formazione psicoanalitica presso il William Alanson White Institute di New York. Come spiegherò, credo che l’impatto positivo del dottor Crowley sia stato il prodotto di ciò che diceva, di come lo diceva, di ciò che faceva e, cosa forse più importante, di ciò che non faceva.

Devo dire che scelsi il dottor Crowley come primo supervisore analitico soprattutto perché aveva lavorato con Harry Stack Sullivan, M.D. Ero intensamente interessata al pensiero di Sullivan e ritenevo che la mia migliore opportunità di conoscere l’approccio sullivaniano sarebbe stata quella di avere a che fare con qualcuno che fosse stato in supervisione con Sullivan. Il dottor Crowley era noto per essere un seguace di Sullivan e mi piaceva anche il suo stile espressivo diretto e schietto.

Una delle prime cose che mi ha colpito in questa supervisione è stato l’evidente investimento del dottor Crowley nel nostro lavoro. Molto spesso, quando arrivavo alla sessione di supervisione, trovavo gli articoli che aveva copiato ad aspettarmi. Non credo di poter sottolineare a sufficienza quanto questo fosse importante. Per me significava che il mio sviluppo era importante. Per lui valeva la pena impegnarsi per me. A posteriori, credo che questo semplice ma profondo dono di investimento in me mi abbia incoraggiato a sentirmi ottimista riguardo al mio futuro di analista.

Forse l’impatto maggiore del Dr. Crowley è stato la consonanza tra le sue parole e le sue azioni. In altre parole, metteva davvero in pratica ciò che predicava. Il modo in cui mi trattava rifletteva gli stessi valori che trasmetteva nei suoi suggerimenti per il mio lavoro con i pazienti. Era diretto con me, nello stesso momento in cui mi raccomandava di essere diretto con il mio paziente. Ha usato con me un linguaggio semplice e non gergale, proprio

come mi ha suggerito di fare nel mio lavoro di analista. Evidenziava i miei punti di forza ma allo stesso tempo mi comunicava riflessioni oneste sulle aree che dovevo sviluppare ulteriormente, proprio come mi ha raccomandato di fare con il mio paziente. Ha cercato di essere chiaro senza inutili asprezze. Dal modo in cui mi ha parlato ho imparato che si può essere allo stesso tempo sinceri e gentili. Tatto e verità possono coesistere. Con il senno di poi, attribuisco al dottor Crowley il merito di avermi aperto la mente al pensiero non binario. Si preoccupava palesemente dell'impatto che le sue parole avrebbero avuto su di me. Non evitava di dire cose che avrei potuto trovare sconvolgenti, ma le diceva con evidente preoccupazione per i miei sentimenti. Questo ha avuto effetti significativi su di me come clinico e come essere umano. Lo considero un modello per il mio lavoro terapeutico e per la mia supervisione di altri clinici. Ma, cosa altrettanto importante, il dottor Crowley mi stava insegnando l'importanza dell'integrità con l'esempio. Penso all'integrità come a una sorta di completezza o consonanza tra i propri valori dichiarati e le proprie azioni. Quando l'integrità non è presente, quando, ad esempio, il supervisore predica l'empatia ma tratta l'allievo in modo non empatico, l'impatto può essere molto dannoso. Nel migliore dei casi, in un certo senso, è fonte di confusione. Nel peggiore dei casi, credo che possa far sentire l'allievo irrimediabilmente inadeguato e inetto, incapace di imparare durante la supervisione, ma anche di capirne il motivo.

Un altro beneficio di questa esperienza ha richiesto molti anni. Nel mio libro, *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment* (Buechler, 2004) c'era un capitolo sull'integrità. La supervisione con il dottor Crowley non mi aveva insegnato solo l'importanza della consonanza tra parole e azioni. Più in generale, mi ha aiutato a concentrarmi sui valori (curiosità, speranza, coraggio, integrità, equilibrio emotivo) che possono sostenere in modo produttivo il trattamento e la supervisione, a prescindere dai legami teorici del clinico.

Nella mia esperienza di allieva e di supervisore la crescita è spesso rafforzata quando entrambi i partecipanti sono disposti a condividere i propri pensieri. Quando un supervisore pensa ad alta voce, il tirocinante può ascoltare non solo il contenuto dei suoi pensieri, ma anche la loro sequenza. Questo può essere estremamente prezioso. Quando i supervisori condividono solo le loro conclusioni, gli allievi rimangono spesso stupefatti, perplessi su come il supervisore sia arrivato a queste formulazioni, ma hanno paura di fare domande, per non rivelare i limiti dell'allievo. Quando invece i supervisori condividono i loro pensieri mentre li stanno formulando, modellano un processo che può aiutare gli allievi ad avere il coraggio necessario per mantenere vivi e creativi i trattamenti che conducono.

Questo mi porta al ruolo svolto dalla vergogna nel delimitare la crescita nella supervisione. Sia i supervisori che gli allievi possono provare una vergogna demoralizzante e, forse ancora più spesso, la paura della vergogna. La

vergogna, o la sensazione di essere insufficienti, inadeguati, falliti, può limitare la curiosità necessaria all'apprendimento. La paura della vergogna può inibire la creatività dei partecipanti al trattamento e alla supervisione. Altrove (Buechler, 2008) ho scritto della vergogna accompagnata dall'ansia che, a mio avviso, è la forma più debilitante di vergogna. L'ho chiamata 'l'impossibile necessario'. Si tratta della sensazione impotente che qualcosa di assolutamente necessario da fare sia al di là delle proprie capacità. Ci si sente profondamente insufficienti e, allo stesso tempo, intensamente vulnerabili. Ritengo che sperimentare 'l'impossibile necessario' ci riporti alla totale impotenza che tutti noi abbiamo affrontato da bambini. Ad esempio, sia i supervisori che gli allievi potrebbero ritenere assolutamente necessario comprendere qualcosa che semplicemente non riescono ad afferrare. Supponiamo che i pazienti dell'allievo continuino ad abbandonare il trattamento in modo precipitoso e/o prematuro. Entrambi i partecipanti potrebbero ritenere essenziale capire perché questo accade, per poterlo cambiare. Ma se non ci riuscissero?

La vergogna può essere evocata in supervisione in molti modi. Senza volerlo, i supervisori possono implicitamente evocare la vergogna dell'allievo concentrandosi sui sentimenti di 'controtransfert', sulle difese, sui punti ciechi e così via. Nel mio libro (Buechler, 2012) ho differenziato le esperienze di vergogna durante il tirocinio che derivano da atti di commissione e viceversa da atti di omissione. In breve, gli insegnanti e i supervisori possono suscitare vergogna con il loro tono, le parole, l'attenzione e persino il linguaggio del corpo. Ma, forse ancora più comunemente, in ciò che viene omesso, non riuscendo ad equipaggiare i clinici nel miglior modo possibile, favoriscono anche la vergogna. Una preparazione adeguata può includere parlare del rapporto tra teoria e pratica, la concettualizzazione delle fasi di un trattamento, la descrizione di alcuni possibili usi dei sentimenti e degli *enactment* di 'controtransfert', l'esplorazione di vari modi di formulare gli obiettivi di un trattamento, la discussione di come il trattamento possa essere informato dalla consapevolezza del background culturale del paziente, la condivisione di idee su come l'invecchiamento possa influenzare il lavoro del clinico, l'atteggiamento nei confronti dell'aspetto 'pratico' del trattamento, compresa la definizione delle tariffe, e molte altre questioni. Forse la cosa più significativa per me, personalmente, è l'esplorazione aperta di cosa significhi trattare persone che si trovano ad affrontare molte delle più grandi sfide della vita.

Nell'arco di una carriera, i clinici e i loro pazienti si troveranno probabilmente ad affrontare gravi malattie, perdite devastanti, umiliazioni, ostacoli frustranti, profondi rimpianti, contraddizioni sconcertanti, ambivalenze paralizzanti, conflitti furiosi e tutto ciò che mette alla prova gli esseri umani. A un certo punto ogni terapeuta incontra un paziente che sta vivendo il suo peggior incubo. Sono convinto che in questi momenti abbiamo bisogno di una solida base di amore per il trattamento, di impegno nel lavoro e

di fiducia in noi stessi come strumenti clinici. I supervisori possono favorire il lavoro continuo del clinico nella costruzione di queste fondamenta.

Gran parte del mio pensiero sulla supervisione include l'idea che la formazione dovrebbe fornire all'allievo un 'coro interno' di voci utili, a cui rivolgersi nei momenti difficili delle sessioni. Questo oggetto interno non è modellato su un unico supervisore o insegnante, ma è piuttosto un amalgama di tutti coloro che hanno fornito una guida utile. Per esempio, quando il clinico si sente particolarmente perso e solo, una frase di un supervisore del passato, o un'idea tratta da una lettura, o un'esperienza con il proprio analista, possono aiutare a contenere i sentimenti dolorosi. Diventare parte del 'coro interno' del tirocinante significa, per me, che la supervisione ha un significato duraturo. Oltre a placare la potenziale solitudine del clinico, questo oggetto interno fornisce una risorsa che favorisce la resilienza. I clinici devono essere in grado di 'riprendersi' durante e dopo le sedute problematiche, e nel corso di giorni, settimane, anni di pratica. Il 'coro interno' è una fonte di forza per farlo. Nella supervisione possiamo aiutare l'allievo a sviluppare la resilienza emotiva per sopportare le molte perdite che sono inevitabili nella pratica. Alla fine, i medici perdono tutti i pazienti che hanno in cura. Questo, di per sé, può essere un'esperienza molto faticosa dal punto di vista emotivo. A volte i supervisori possono essere d'aiuto condividendo apertamente queste loro esperienze.

Il mio 'coro interno' comprende alcuni che non ho mai incontrato, come H.S. Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann ed Erich Fromm, oltre a molti dei miei supervisori, insegnanti e analisti personali. Forse è superfluo dire che Ralph Crowley, il mio primo supervisore analitico, svolge spesso un ruolo di primo piano. Quando mi sento 'bloccata' o dolorosamente sola, ricordo una frase o un'idea che essi mi hanno dato e mi sento meglio e in grado di affrontare la situazione. Per esempio, quando mi ero bloccata su un particolare punto di vista, il mio analista di formazione mi chiedeva spesso: 'Cos'altro potrebbe essere vero?'. Sento spesso questa frase e, indipendentemente da ciò che sta accadendo, mi fa sorridere.

A mio avviso, la supervisione migliore e più stimolante per la crescita ha qualcosa in comune con l'arte della scultura. Gli scultori 'trovano' la scultura nella pietra. Cioè, piuttosto che imporre un disegno alla scultura, estraggono la pietra e ne fanno emergere la forma potenziale. Così è per la supervisione psicoanalitica. In una supervisione veramente istruttiva entrambi i partecipanti cercano le qualità, i talenti, le inclinazioni, i punti di forza personali, le esperienze di vita, le competenze teoriche e qualsiasi altro aspetto del supervisore che, nel loro insieme, possono informare il suo stile clinico. I bravi supervisori e i loro supervisori 'trovano' il clinico nell'allievo. Insieme formulano quella che definirei la sua 'firma stilistica'. Lo sviluppo di questa identità terapeutica è un processo che dura tutta la vita e che si spera inizi nelle prime fasi della formazione.

Credo che l'obiettivo di ogni istruzione sia quello di 'educare', cioè di far emergere il potenziale del discente. Fare terapia è un compito formidabile. Ci vuole tutto quello che il clinico ha: tutta la speranza, la perseveranza, la pazienza, la resistenza, il coraggio, l'integrità, la curiosità, la giocosità, l'amore, la gentilezza, l'onestà, la saggezza e la conoscenza. La migliore supervisione aiuta l'allievo ad accedere a queste qualità e a imparare ad applicarle al proprio lavoro clinico.

BIBLIOGRAFIA

- Buechler, S. (2004). *Clinical Values: Emotions that Guide Psychoanalytic Treatment*. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press.
- Buechler, S. (2008). *Making a Difference in Patients' Lives: Emotional Experience in the Therapeutic Setting*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2012). *Still Practicing: The Heartaches and Joys of a Clinical Career*. New York: Routledge.
- Buechler, S. (2017). *Psychoanalytic Reflections: Training and Practice*. New York: IPBooks.
- Buechler, S. (2019). *Psychoanalytic Approaches to Problems in Living: Addressing Life's Challenges in Clinical Practice*. New York: Routledge.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 29 novembre 2022.

Accettato: 12 aprile 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:742

doi:10.4081/rp.2023.742

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

La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita

Giuliana Nico*

In questo scritto vorrei provare a descrivere un cambiamento avvenuto nel mio modo di ascoltare, a partire dal caso di Lia, una donna lesbica nel pieno dei suoi anni, che sta intraprendendo un percorso di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) come madre biologica, insieme a sua moglie come madre non biologica. Vorrei descrivere l'importanza per Lia di percepire sostegno paterno nel momento in cui si appresta a investire nei suoi progetti più creativi, siano essi familiari o professionali, e di come il suo rapporto con la funzione paterna stia cambiando nel tempo, diventando da violenta a supportiva. Questo passaggio sembra reso possibile dalla presenza di sua moglie, che svolge una funzione di accompagnamento, una funzione separativa verso la famiglia d'origine ed è molto coinvolta dal percorso di PMA che stanno svolgendo in Spagna.¹

Vorrei descrivere come il cambiamento del vissuto della paziente rispetto alla figura paterna avvenga in seduta, correlato ad un cambiamento nel mio modo di ascoltare.

Innanzitutto, comincio a descrivere la situazione. Lia è di origini siciliane e la storia della nostra relazione terapeutica affonda in anni lontani: la terapia era iniziata in presenza ma poi, visto il suo trasferimento in Sicilia, era proseguita online per un certo tempo e si era poi conclusa con l'inizio di un suo nuovo lavoro in un importante ente regionale. Nell'autunno del 2019 stava di nuovo lavorando in Emilia Romagna, ha sentito ricominciare le crisi di ansia, stava molto male sul lavoro, mi ha ricontattato e ha accettato di ricominciare le sedute in presenza, anche se questo comportava un viaggio di tre ore tutte le settimane risiedendo in un altro comune rispetto al mio.

Attualmente, tutto di Lia dice di quanto sia volenterosa, affidabile e competente, eppure perdura uno star male che continua a inquietarla e a

*Psicologa Psicoterapeuta individuale e di gruppo.

E-mail: giuliana.nico2015@gmail.com; www.giuliananico.it

¹ La legge 40/2004 vieta la fecondazione eterologa in Italia alle coppie omosessuali.

mantenere una situazione di frequente insoddisfazione, rabbia e labilità emotiva. Come detto, sta svolgendo una PMA, ma ora, visto il blocco della registrazione dei certificati di nascita imposto dal Governo Meloni ai figli delle coppie omosessuali nati all'estero,² non è chiaro come proseguirà il loro percorso.

Primogenita in una famiglia con valori fortemente tradizionali, l'infanzia di Lia fu condizionata da una crisi in cui entrò la madre alla sua nascita, quando si acutizzarono stati di alienazione e confusione poi diagnosticati all'interno di un quadro schizofrenico. Nei racconti fatti dalla madre a Lia, la sua crisi prese inizio da un episodio in cui un operatore sanitario, forse pensando di agevolarla nell'avvicinarsi al parto, la coinvolse in un rapporto poco chiaro, generando un dramma familiare che finì per colpevolizzare la signora e slatentizzò in lei uno stato confusionale che perdura tuttora. Nonostante questa situazione, dopo il parto s'instaurò un legame importante tra Lia e la madre, che si prese cura di lei senza grandi problemi fino a quando nacque la sorella minore, 5 anni dopo. Da questo momento presumibilmente ci fu un cambiamento nelle pratiche educative, che da allora in poi vengono descritte come basate costantemente sulla assoluta inconsapevolezza emotiva, sulla minaccia, o sulla violenza. Un esempio di ciò che poteva succedere nel primo caso fu quando la madre, avendo bisogno di assentarsi con la sorella neonata a causa di una influenza, chiese alla piccola Lia di aspettare in casa immobile, cosa che lei prese alla lettera restando seduta sul letto a guardare fisso davanti a sé, pietrificata dalla paura.

Per quanto riguarda il padre, viene descritto come un uomo goffo, che si

² In molti paesi dell'Europa le coppie gay possono unirsi in matrimonio ed usufruire dell'adozione legittimante³, ovvero un atto che permette ad uno dei membri della coppia di diventare genitore di un figlio estraneo alla coppia. Inoltre, in questi paesi la fecondazione eterologa è concessa alle coppie dello stesso sesso; dunque, le coppie omogenitoriali hanno gli stessi doveri e diritti dei genitori eterosessuali, così pure i figli. In Italia invece le coppie dello stesso sesso si possono unire attraverso l'Unione Civile, che non garantisce gli stessi diritti, in particolare rispetto all'adozione. Inoltre, in Italia la legge sulla PMA n. 40 del 2004 vieta la maternità surrogata e non riconosce il diritto di accedere alla fecondazione eterologa alle coppie gay. Quando queste coppie danno alla nascita un bambino/a all'estero attraverso una di queste procedure, anche se sul certificato di nascita compaiono entrambi i genitori, in Italia il genitore intenzionale non ha un riconoscimento giuridico. Molte coppie omosessuali, al momento della registrazione della nascita presso il Comune di residenza in Italia, ottengono comunque la trascrizione dell'Atto di nascita estero recante il nome di entrambi i genitori, oppure ottengono la sua rettifica con inserimento del nome del genitore intenzionale. Tuttavia l'atto non rappresenta un riconoscimento giuridico pieno. I figli di coppie dello stesso sesso si trovano dunque a non avere garantito il diritto ad avere due genitori, come prevedono le normative in altri paesi europei e la stessa Costituzione Italiana. Il Governo Meloni ha recentemente proposto la modifica della legge in una direzione restrittiva, che vieterebbe la commercializzazione di gameti ed embrioni (quindi la fecondazione eterologa) a tutte le coppie italiane, anche quando effettuata all'estero in stati in cui è legale.

adeguata al modello educativo dei suoi genitori, caratterizzato da inibizione emotiva, maschilismo, autoritarismo e privo di stimoli culturali.

Il grande problema descritto da Lia nell'infanzia sua e della sorella fu che i genitori, entrambi in difficoltà nel sostenere il proprio ruolo educativo, imponevano il rispetto delle regole con metodi maltrattanti che generavano continua paura. Per farle studiare usavano gli schiaffi, le porte dovevano essere sempre aperte, urlavano per ogni cosa che pensassero di dover imporre, le percuotevano perfino con un frustino. La gravità generale della situazione che Lia mi comunicava era tale, che un giorno portò addirittura in studio una prova tangibile di come erano i suoi rapporti con la madre: incorniciata in un quadro c'era una foto che aveva sempre avuto nella cameretta. Vicino a Lia in pannolone, in mezzo ad un gruppo di amici, c'era una signora di spalle: lei si era sempre ostinata a negare che fosse la madre, nonostante le insistenze di tutti i familiari che invece sostenevano fosse proprio lei. Oggi questa signora viene descritta dai familiari come una cara amica frequentata dai genitori all'epoca. Questo riconoscimento a posteriori legittima un difficile vissuto di Lia di validazione delle proprie emozioni di 'radicamento' in una relazione materna connotata dall'impressione di equivoco e di assenza, come, forse, anche da una sorta di 'maternità adottiva gruppale' piuttosto confusiva. I vissuti attuali di Lia legati alla relazione con la madre continuano a essere fortemente condizionati da una percezione di invadenza e confusione, di obbligo ad accudirla e allo stesso tempo di impossibilità di sentire accettati i suoi sentimenti di amore per lei.

Tuttavia, attualmente Lia racconta alcune manifestazioni importanti di condivisione e affetto della madre nei suoi confronti, la quale, ad esempio, le fa gli auguri per l'anniversario di matrimonio segnato sul calendario, o pensa a lei e alla moglie con regali affettuosi. Nonostante il passato problematico, Lia ricorda anche momenti di delicatezza con il padre: una vacanza al mare da soli; oppure quando la mattina lui la portava a scuola e lei faticava a salutarlo, vivendo un imbarazzo, un legame, una difficoltà a separarsi, forse condivisi anche dal padre.

Anche durante l'adolescenza e al momento del *coming out* ci furono vari episodi intensamente drammatici: il divieto di frequentare una compagna di classe di cui si era innamorata, sentirsi dire che in quanto gay si sarebbe sicuramente suicidata. Tuttavia, recentemente i genitori stupirono positivamente Lia, allorché accettarono con relativa serenità l'invito al matrimonio e la comunicazione dell'inizio del percorso di PMA. Oggi i rapporti di Lia con i familiari sono abbastanza sereni.

Credo di aver reso l'idea della storia di Lia. Ho cercato di mostrare che l'elaborazione dei vissuti circa l'identità sessuale e la maternità non può essere disgiunta dall'elaborazione di tematiche più generali. Ho considerato un dovere etico, oltre che un atteggiamento corretto tecnicamente, quello di non adottare atteggiamenti ad hoc per Lia in quanto omosessuale, ma di

mettermi nella condizione di ascoltare profondamente ogni volta quello che emergeva.

Dopo la prima tranche di terapia, però, proprio quello che emergeva nella seconda tranche mi suscitava qualche perplessità. Infatti, da quando Lia era tornata continuava a portare un vissuto di violenza, tanto che cominciai a dubitare se riferisse solo alla sua situazione di vita, ma piuttosto anche alla relazione con me. Lia poteva vantare vari successi nel raggiungimento di obiettivi di vita cruciali, nonostante questo il permanere dei suoi sintomi di ansia restava costantemente correlato con vissuti di sopraffazione. Mi chiesi se per caso c'era una mia parte di responsabilità in questo e cominciai alcune riflessioni per cercare di dare una lettura più precisa degli episodi raccontati da Lia in seduta.

Prima di mostrare questo attraverso alcuni frammenti di dialogo, è necessario anche parlare brevemente del mio approccio. Per l'ipotesi teorica a cui aderisco il fattore principale della cura è la relazione terapeutica. All'interno di questa prospettiva, il cambiamento delle narrative in seduta riflette un cambiamento inconscio. Nella trama del mio modo di condurre le sedute credo siano presenti vari modi di intendere questa relazione.

Il primo si basa sull'idea che sia importante integrare gli oggetti interni, risultato delle identificazioni interiorizzate della paziente. Ciò che accade in seduta può essere considerato una descrizione metaforica del 'teatro/gruppo interno' della paziente e la terapia può essere considerata come ciò che porta alla luce una verità intrapsichica. La terapeuta cercherà allora di aiutare l'Io della paziente ad integrare nel suo gruppo interno identificazioni con oggetti meno persecutori, oppure a lavorare per una maggiore flessibilità di Super-Io e Ideale dell'Io. Il suo intervento sarà volto a far emergere le emozioni, favorendo l'espressione di aspetti collusivi e conflittuali insieme alle potenzialità di resilienza.

In un secondo modo di ascolto, invece, il racconto di un episodio può essere interpretato in un'ottica più relazionale e il percorso terapeutico può avere l'obiettivo di aumentare la consapevolezza della paziente, attraverso l'analisi dei sentimenti che intercorrono tra paziente e terapeuta in seduta (Etchegoyen, 1990).

Un terzo modo presente nelle sedute è invece coerente con un approccio definito 'di campo' dagli autori post-bioniani, che considera gli episodi raccontati dalla paziente come dei 'pittogrammi', che esprimono in termini metaforici qualcosa che accade 'qui, ora' nella relazione con la terapeuta (Ferro, 2002). Vorrei sottolineare che si tratta sempre di aspetti relazionali e sempre gruppali, però, nell'ottica di campo, non sono da comprendere solo nell'ambito della relazione transfert-controtransfert. Infatti, ciò che accade in seduta viene considerato una co-creazione dell'inconscio di paziente e terapeuta in egual misura (pur conservando l'asimmetria dei ruoli nella gestione del percorso) e in seduta ci si trova a intervenire su un 'noi' inconscio grup-

pale creato insieme ‘qui, ora’ (Civitarese, 2023). In questo tipo di ascolto, il racconto di ciò che accade alla paziente è il racconto del ‘noi’ espresso dalla coppia analitica, e quindi, ad esempio, di come si stia sentendo minacciata da qualcosa presente in quel momento in seduta. La terapeuta cercherà allora di capire che cosa sia successo che abbia fomentato quel problema, per cercare di migliorare la situazione e offrire prima di tutto un contenimento che possa calmare e restaurare la pensabilità. Si chiederà se il disagio rappresenti un inevitabile passaggio all’interno della storia della coppia analitica, o quali siano gli elementi ‘infiammatori’ che generano costantemente quel vissuto.

Credo che questi modi diversi di considerare il materiale in seduta possano essere letture utilizzabili in modo complementare all’interno di una relazione terapeutica. Nella mia esperienza, però, aderire ad una o all’altra (o anche ora all’una, ora all’altra) ha comportato un cambiamento tecnico cruciale, perché ho iniziato ad interpretare il problema presentato sempre di più come un appello urgente a fare qualcosa di me stessa e della paziente in seduta, anche quando questo ‘fare’ significava solo svegliarsi da una certa tendenza ad appiattirsi sul significato concreto.

Entrando nel dettaglio delle sedute, al suo rientro in terapia, Lia raccontava ripetuti episodi lavorativi con un capo bizzarro, imprevedibile, accusatorio, che non le comunicava mai stima o rispetto del suo lavoro. Ma ad un certo punto, finalmente questo capo uscì di scena, insieme ad una capa che gli faceva da contraltare opposto (solidale e sedotta dai temi omosessuali, ma ugualmente non valorizzante il lavoro di Lia), e la paziente iniziò ad avere a che fare con un capo diverso: non del tutto protettivo, ma non invadente, forse un po’ goffo nel rapportarsi alla sua femminilità. Ad esempio, Lia raccontò che il giorno della Festa della Donna, il capo aveva portato a tutte le impiegate delle mimose e ne aveva lasciato un mazzo anche sulla sua scrivania. Invece di essere grata, Lia reagì dentro di sé in modo un po’ scocciato: chi se ne importa della Festa della Donna, se poi i progetti a cui lavora non vengono difesi fuori dall’azienda, non sono minimamente conosciuti al suo interno, la lasciano sola nel compito di portarli avanti? Come a dire: la vera solidarietà si mostra con il riconoscimento di tutti i giorni, con l’impegno a investire e a metterci la faccia.

Racconto queste evoluzioni per rendere conto del cambiamento in atto e correlarlo al mio cambiamento di approccio. Mi sembra che il cambiamento che Lia desidererebbe dal suo capo riecheggi quello che, in anni più recenti, lei desidera rispetto al ruolo paterno. Vorrebbe un capo al quale stare a fianco, che le riconosca una posizione specifica, solo sua, anche rispetto a quella delle colleghe/sorelle. Ora, i racconti relativi al capo sono migliorati, ma le narrative rispetto al ruolo paterno descrivono una figura che ancora non riesce a svincolarsi dalle dinamiche della propria famiglia di origine e fatica ad investire con più libertà sulle due figlie, ora grandi. Tra di noi abbiamo iniziato a relazionarci in modo più rispettoso e delicato, ma forse il riconoscimento che

ci scambiamo non è ancora abbastanza ‘specifico’, ‘a fuoco’. E’ come se stesso focalizzando meglio il bisogno latente in modo da scoccare frecce che arrivino più centrate.

Provo ora ad inserire alcuni spezzoni di seduta, per mostrare che ricorsivamente, in corrispondenza dell’inizio della stimolazione ormonale della PMA, Lia diventa più bisognosa di questa figura protettiva e di sostegno, che svolga anche una funzione separativa rispetto alla figura materna in grave difficoltà (nell’episodio rappresentata dalla nonna). Lia vorrebbe che il padre le riconoscesse la specificità della sua condizione, ma il padre è preso dallo stesso problema di non riconoscimento. Lia sta intraprendendo un percorso di PMA all’estero molto costoso, ora anche preoccupante dal punto di vista legale, tutto ciò senza alcun aiuto familiare e senza che i genitori le riconoscano gli ostacoli che deve superare, a differenza della sorella eterosessuale. Ha espresso varie volte un sentimento di rabbia per il fatto che le coppie omosessuali sono costrette a fare questo percorso procreativo senza alcun sostegno nemmeno da parte del sistema sanitario, le manca una funzione di paternità ‘istituzionale’. Come detto, tutti questi aspetti mi coinvolgono come co-artefice della situazione: serve qualcuno che riconosca il bisogno procreativo all’interno di un percorso diverso da quello eterosessuale, ovvero qualcuno che legittimi ‘il nuovo’, anche quando raggiunto in modo diverso dal passato.

Seduta di maggio 2022

L: Ho iniziato il progesterone...ora è iniziata la corsa.

(Spiega i dettagli delle cure, gli effetti collaterali...) le sopporto...

Parla dei genitori che si trovano in crociera e le dicono che la nonna sta morendo.

T: mi spiace Lia...

L: la sta curando la zia, poveretta...dopo resterà da sola...il papà ce l’ha con lei perché la considera privilegiata... (sembra incredula e arrabbiata)

T: le gelosie tra fratelli sono terribili...

L: (ci sono vari minuti di silenzio)... anche io ero gelosa...

(Ma la gelosia non sembra il punto focale: si arrabbia sempre di più verso il padre)

L: mio padre geloso? lui almeno se n’è potuto andare! La zia invece è dovuta restare e ora perché lui dovrebbe rivalersi?

Ora vorrei mostrare la stessa situazione un anno dopo (incredibilmente somigliante). Finalmente, alla fine della seduta la terapeuta svolge una chiara funzione di riconoscimento del successo lavorativo della paziente e sembra prodursi un momento di riconoscimento. Nella seduta ancora successiva si vede come la paziente porti una narrativa diversa, dove la figura paterna diventa decisamente non minacciosa e quasi riparativa.

Seduta di maggio 2023:

L: Dott.ssa sta morendo la nonna... sono giorni che non reagisce più... sono passata da lei... sono preoccupata... ho paura che mio papà ricomincerà con le sue lamentele su sua sorella...

(Racconta a lungo della nonna, che è sempre stata una 'regina', poco affettuosa e accentratrice; il padre è molto geloso/invidioso di sua sorella...).

L: sono stanca di essere coinvolta da queste lamentele di mio papà... i soldi ce li ha... dovrebbe rendersene conto...

T: (non dice nulla e c'è un momento di silenzio)...

(La terapeuta ricorda che la paziente le ha inviato un articolo scientifico in cui compare una intervista a Lia, si parla di un suo progetto di uno studio europeo su una proteina).

T: Lia ho letto l'articolo, una cosa importante...

Lia parla nel dettaglio del progetto e dell'intervista, compaiono vari partner internazionali che lei coordina, il clima cambia e circola soddisfazione.

Seduta successiva, maggio 2023

Lia racconta che ad una riunione familiare ha preso la parola e ha spiegato nel dettaglio il percorso PMA e i cambiamenti alla Legge 40 proposti dal Governo Meloni. Critica direttamente il padre, il quale cerca di giustificarsi e infine accetta di firmare una petizione perché la legge non subisca le modificazioni restrittive paventate.

Ora vorrei mostrare un altro faticoso e convulso momento in cui paziente e terapeuta affrontano il passaggio da un vissuto di fastidio e invadenza rispetto al ruolo svolto dalla figura paterna, a un vissuto di maggior sostegno. Il processo (temporalmente precedente rispetto alle sedute descritte sopra) si svolge in un arco di tempo che ovviamente non coincide con una sola seduta e presenta vari momenti luttuosi e problematici, ma anche momenti di rinascita. Sembra che il campo sia attraversato da turbolenti momenti di incomprensione e momenti di riconoscimento, che vengono condivisi dalla coppia. Spiego brevemente: la paziente è in attesa dei risultati della fecondazione ed esprime molta rabbia, in particolare verso la terapeuta che le sembra non capisca il sentimento che nutre nei suoi confronti. Di fronte alla rabbia della paziente, la terapeuta fa interventi che tendono a portarla alla luce, poi parla di 'fallimento' e si scusa. Dall'analisi della seduta sembra che, proprio il fatto di poter attraversare un conflitto così intenso, seguito dalla sincera vicinanza mostrata dalla terapeuta che affronta sempre direttamente l'argomento, porti Lia a sentirsi più rispettata e compresa. Nelle sedute successive, si nota un evidente graduale spostamento nei vissuti di Lia, anche attraverso il sostegno offerto dalla moglie, che valorizza tutto il percorso (come si vedrà dopo, con 'la parabola di Gesù', e a proposito del libro che cita un articolo scientifico di Lia).

Si può osservare come ci sia un continuo lavoro intorno al 'fallimento',

alle aggressioni (la vecchietta), alle ‘rottture’ (il vecchio gruppo), le ‘uccisioni’ (i riti di iniziazione); sono vissuti che paziente e terapeuta sentono come incombenti sulla relazione, anche se non hanno più una tonalità persecutoria ma depressiva. Quello che succede è che, passando attraverso il pianto/scuse (primo frammento di seduta) e l’allusione all’uccisione del padre in un rito di iniziazione (secondo frammento), le sedute sono poi attraversate gradualmente da figure sempre più valorizzanti, alle quali entrambe le due donne sembrano potersi appoggiare con fiducia. Si può notare come l’elaborazione avvenga in una dimensione di ‘non presenza’ (fuori dalla seduta, oppure in modo non visibile), dove viene percepita una presenza ‘terza’. Nelle sedute sono visibili le varie modalità di intendere la relazione terapeutica di cui parlavo: ad esempio quando la terapeuta parla della rabbia come un vissuto della paziente, che è necessario far emergere; oppure quando la paziente parla del vissuto positivo legato al ‘sentirsi quasi intera’. Questi atteggiamenti esprimono l’idea che l’obiettivo terapeutico consista in una maggiore integrazione, che in effetti sembra stia producendo beneficio. Invece, quando la terapeuta si scusa, oppure quando la terapeuta dice che ‘qualcosa ci porta’ (ultimo frammento), in questa occasione effettua una *reverie* di quello che sta accadendo ad entrambe in termini di campo. La terapeuta sembra avere finalmente capito quello che accade, sentendolo emotivamente. Questo tipo di scambi relazionali rappresentano il motore del cambiamento che avviene in seduta, dove sembra emergere una funzione paterna del gruppo a due costituito da paziente e terapeuta.

Si noti che si cita la necessità di ‘invertire le regole sociali per poi essere riammessi in società’ e la presenza di ‘parti non ortodosse’, espressioni che forse rappresentano vissuti inconsci relativi alla omosessualità in quanto elemento non appartenente a ciò che si ritiene essere il ‘normale’ ordinamento sociale.

Segnalo infine che più volte nelle sedute riportate si parla di uno scritto che Lia ha contribuito a creare (firma della petizione, articolo scientifico). Nel racconto, questi testi vengono sempre offerti al pubblico con una evidente sensazione di riconoscimento e speranza in una nuova appartenenza, come se attraverso questi si realizzasse una integrazione in un gruppo più ampio.

Seduta del 6 dicembre 2021

Lia riprende un discorso sull’aggressività trattato la volta precedente, in cui aveva risposto in modo scostante ad una ostetrica dicendo che di psicologi ne aveva visti abbastanza.

Alla mia riflessione che forse qualcosa la disturba, risponde che quello che le scoccia è che deve sempre impegnarsi e pagare per avere ascolto.

Prosegue e racconta che una vecchietta l’ha aggredita ingiustamente in un parcheggio e le ha sfregiato la macchina, e lei non ha reagito, altrimenti avrebbe dovuto spaccarle la faccia.

Dico che le sta montando molta rabbia, sta facendo lo sforzo di non reagire ma forse bisogna parlarne.

Collega quello che si sta dicendo tra noi con un gruppo che lei e la moglie hanno lasciato prima che Lia tornasse in terapia. Ricorda che lì ha dovuto 'rompere' perché non tolleravano i conflitti.

Dico che capisco che con me non vorrebbe dover fare lo stesso.

Lei è d'accordo ma sta visibilmente male. Dice che si è sentita costretta da me a reagire. Dice che lei sente di amarmi come sua madre e scoppia a piangere.

Io dico che lo so... mi dispiaccio che pianga, le dico dolcemente 'non pianga...'

Tuttavia, sono anche un po' risentita. Provo a dirle che so che vorrebbe starmi vicino ma aggiungo in modo indelicato che forse è necessario attraversare questa sensazione di 'fallimento'.

Lia piange ancora di più e chiede il senso di questa parola. Io cerco di spiegare ma sono anche io molto dispiaciuta di averla ferita, mi scuso, cerco di chiarire qualcosa che però ancora non capisco bene. La seduta si chiude in modo inquieto e un po' sospeso.

Seduta successiva:

Lia racconta che la moglie l'ha consolata raccontandole la parabola di Gesù e del discepolo sulla spiaggia. Il discepolo guarda delle impronte lasciate sulla sabbia e, parlando con Gesù, ripensa alle tracce lasciate dal percorso della sua vita. Visto che in alcuni punti le tracce sono quelle di due uomini, mentre in altri ci sono le impronte di un uomo solo, il discepolo accusa Gesù di averlo abbandonato, ma lui risponde che questo non è mai accaduto. Nei momenti difficili le tracce sono di una persona sola perché Gesù l'ha preso sulle sue spalle.

Lia dice che forse io gli voglio bene.

Sorrido e sono chiaramente 'sollevata' da queste parole, immagino che in qualche modo 'Gesù' abbia portato anche me.

Per un attimo continua così, ma poi Lia cambia voce e sembra un po' artefatta, come quando era arrabbiata la seduta precedente. Racconta dei riti di iniziazione maschile dell'antica Grecia. I ragazzi potevano anche uccidere. Lo ripete più volte: dovevano invertire le regole sociali per poi essere riammessi in società.

Io dico che capisco che sta facendo un racconto di morte, ma sta anche facendo un racconto di rinascita e di ritorno nella società.

Dice con tristezza che lo specchio della sua identità si è infranto quando anni fa dopo che non ha ottenuto riconoscimento per un lavoro che aveva fatto. Era sempre stata la più brava in tutto.

Io non intervengo ma capisco la portata dei suoi sentimenti.

Seduta successiva:

Lia racconta di evento inatteso e bellissimo: insieme alla moglie erano in

una biblioteca per comprare un libro sulla gravidanza e lei ha visto per caso un libro appena pubblicato che include degli studi su una proteina sulla quale ha lavorato anche lei. Si è accorta che la sua tesi viene citata tra le fonti più autorevoli!

Io sono molto contenta e dico che a volte ci sono delle cadute, ma poi ci rimettiamo un po' in piedi, e in tutto questo sentiamo che c'è 'qualcosa che ci porta'.

Mi guarda e ascolta profondamente il mio discorso, poi continua a raccontare gioiosa che, sì, aveva sentito uno specchio infrangersi, ma che quando si è vista al terzo posto nella bibliografia di questo libro è stato come aver trovato un frammento in cui chissà come è riuscita a vedersi quasi intera.

Racconta di come un suo vecchio professore, ora deceduto, l'avesse trattata in modo scostante e lei avesse sentito questo come un fallimento. Lui era rimasto deluso dalla sua tesi di laurea perché includeva una parte che considerava non ortodossa. Questa è proprio la parte che ora Lia ha ritrovato inclusa nel nuovo libro regalato dalla moglie.

Racconta poi di come un assistente del prof. l'avesse affiancata, le avesse proposto di chiamarlo per nome (Augusto) e, contrariamente al vecchio professore, l'avesse accompagnata alla presentazione del lavoro.

Io sorrido e convengo: 'per fortuna c'è Augusto'.

BIBLIOGRAFIA

- Civitaresse, G. (2023). Esperienze nei gruppi come chiave per comprendere l'ultimo Bion. *Gruppi – Open Access*, (2). Disponibile da: <https://doi.org/10.3280/gruoa2-2021oa15805>
- Etchegoyen, H.R. (1990). I fondamenti della tecnica psicoanalitica, Astrolabio, Roma.
- Ferro, A. (2002). Fattori di malattia, fattori di guarigione, Raffaello Cortina, Milano.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 12 giugno 2023.

Accettato: 26 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:834

doi:10.4081/rp.2023.834

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

Commento al caso clinico: *La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita*

*Valentina Argento**

Riflettere sul caso di Lia implica partire dalla fase evolutiva in cui si trova, ovvero dalla genitorialità, collocata all'interno di una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita. La genitorialità può essere intesa anche come un processo che sappiamo consentire il passaggio dall'essere oggetto di cura' all'essere in grado di dare cura. Mi concentrerò dunque sull'ipotesi dell'importanza che assume la funzione genitoriale per Lia, sia in termini astratti, pensabili in qualità di tematiche identitarie, che in termini pratici e quindi agibili. Di fronte alla prospettiva di diventare genitore l'individuo si trova a confrontarsi inevitabilmente con l'interiorizzazione delle esperienze più significative con le proprie figure di attaccamento, in altre parole con il proprio 'genitore interno', con tutti i vissuti ad esso connessi.

Considero corretto, inoltre, ragionare sulla condizione di Lia non in quanto donna omosessuale ma provando a integrare parte delle difficoltà che condivide con la terapeuta, alle esperienze con una società che spesso restituisce scarsa tutela, superficialità, invisibilità, proprio in virtù del suo orientamento sessuale (la direzione restrittiva del Governo Meloni che Lia esperisce come assenza di una paternità istituzionale). Numerosi gli studi in psicologia sociale, infatti, che mostrano come le persone LGBT+ siano esposte ad una quantità maggiore di stress in virtù dei fenomeni di discriminazione culturale (Meyer, 1995).

In questa cornice la genitorialità di Lia potrebbe rappresentare una 'rottura'/'fallimento' (per riprendere quanto evocato dalla stessa, poi approfondito e rielaborato dalla collega, anche in termini di morte/rinascita) rispetto a determinati canoni sociali di genitorialità.

La storia di Lia sembra essere costellata da importanti rotture che può includere l'esperienza del coming out in famiglia, ma potrebbe aver avuto origine ancora prima, durante l'infanzia.

*Psicologa clinica, Psicoterapeuta. E-mail: argento.valentina82@gmail.com

La sofferenza psicologica al momento in cui Lia decide di riprendere il suo percorso terapeutico, sembra caratterizzarsi nella difficoltà ad autoregolare le risposte emotive - senza sottovalutare l'impatto della stimolazione ormonale cui è sottoposta. La reiterazione di vissuti associati alla violenza, le crisi di ansia, l'insoddisfazione e il senso di sopraffazione (potenzialmente legato ai sentimenti di rabbia che Lia riferisce) sussistono nonostante il suo percorso, le sue competenze, la qualità delle sue relazioni affettive (in particolare quella con la moglie) e la determinazione attraverso cui sta realizzando una genitorialità fortemente desiderata. Lia chiede a gran voce il suo bisogno di sostegno paterno e un generale bisogno di riconoscimento che, tuttavia, sembra faticare a identificare quando di fatto si manifesta, per cui continua a sentirsi scoraggiata, fallita e arrabbiata o in altri momenti sorpresa. Emblematici l'aneddoto del nuovo capo e il mazzo di fiori per la Festa della Donna, la firma del padre della petizione che Lia aveva caldamente spiegato e sostenuto che sembra essere vissuta come una faticosa 'vittoria di Pirro' (seduta maggio 2023), la fortuita scoperta di essere stata menzionata come fonte autorevole in una pubblicazione (episodio Feltrinelli).

Ciò può essere coerentemente compreso se colleghiamo questi vissuti nelle origini dei suoi legami di attaccamento, cornice teorica alla quale io aderisco che afferisce alla Schema Therapy.

In quest'ottica possiamo intravedere in ciò che Lia vive nel presente, l'attivazione di schemi maladattivi precoci (Young *et al.*, 2003) che influenzano cognizioni (l'attenzione focalizzata su un particolare pensiero o aspetto della propria vita) memoria (rievocazione di ricordi in linea con tali e parziali cognizioni) emozioni (in risposta ad una narrazione più che a qualcosa che accade, oppure esagerate rispetto alla portata di ciò che succede) percezioni sociali e pattern interazionali e comportamentali (Arntz *et al.*, 2013). Tali schemi si attivano in particolari contesti a fronte di determinati stimoli, nel caso di Lia verosimilmente il conflitto (la rottura) e la visibilità che percepisce o desidererebbe percepire in determinate relazioni: con i genitori (in particolare il padre), il capo e la sua terapeuta.

Se pensiamo alla storia di Lia rispetto 'all'essere vista' (o in quale cornice le persone adulte attorno a lei abbiano potuto espletare questa importante funzione genitoriale) probabilmente dovremmo ascriverla in un clima familiare di intermittente instabilità, caratterizzato dalla dicotomia confusione/prescrizione. Entrambi i genitori di Lia vi concorrono inconsapevolmente, ognuno con le dovute peculiarità, ovvero il maschilismo, l'inibizione emotiva paterna e la diagnosi di schizofrenia materna. Nonostante ciò, la diade madre-figlia si caratterizza come un legame importante, probabilmente premessa di una base sicura e sana di attaccamento per Lia ma anche di potenziale invischiamento (schema di invischiamento).

Considero il tema dell'invischiamento in quanto le relazioni di un adulto con questo schema tendono ad essere caratterizzate dalla ricerca di legami

stretti e speciali, in linea con la frustrazione manifestata da Lia nei confronti del suo capo, ad esempio, verso il quale desidererebbe un riconoscimento specifico, solo suo e diverso dalle colleghe. In questo funzionamento la persona spesso fatica a percepirsi ‘completa’ e deve ricorrere sempre ad uno ‘speciale’ riconoscimento.

Nel racconto di Lia il legame con la mamma si interrompe, presumibilmente dopo la nascita della sorella, scoprendo più marcatamente la mancanza di sicurezza e affidabilità all’interno delle sue relazioni interpersonali. In questa esperienza è possibile rintracciare la genesi dello schema abbandono/instabilità. Nelle rievocazioni di Lia il vissuto abbandnico si esprime in termini di confusione e assenza della relazione materna e attualmente sembra sussistere nell’impossibilità di sentire accettati i suoi sentimenti di amore per lei

In concomitanza alla rottura del legame madre-figlia, Lia esperisce anche il repentino cambiamento delle pratiche educative nella direzione della deprivazione emotiva e della violenza e che verosimilmente potrebbe aver contribuito all’instaurarsi di un forte schema di sfiducia/abuso. Al momento in cui Lia decide di riprendere la terapia si mostra spesso sollecitata da aspettative di violenza e umiliazione. In questa ipotesi, la disregolazione emotiva di Lia potrebbe caratterizzarsi nel seguente circolo autopertuante: sospettosità (aspettative di abuso/umiliazione), sentimenti di sopraffazione (ansia), rabbia e sensazione di fallimento e autosvalutazione (tristezza) e via da capo.

La visibilità di Lia è stata fortemente legata all’aderenza alle regole – *conditio sine qua non* - per cui è sempre da conquistare non essendo per lei una condizione di diritto. È in questa narrazione che il macrocontesto sociale (il Governo Meloni e le coppie omogenitoriali) riecheggia, insieme ai considerevoli investimenti economici per sostenere il suo diritto di procreare.

In questo esercizio di ipotesi concettuale può essere inoltre interessante osservare la funzione della rabbia, che a mio avviso rappresenta un importante movimento terapeutico di crescita, che determina un primo affrancamento da una modalità di coping di resa. Emblematico il racconto dell’attesa della mamma seduta sul letto, letteralmente senza muoversi, fino al suo ritorno.

Oggi Lia è invece una donna che si arrabbia, che non aspetta che in Italia cambino le cose per procreare e si rivolge all’estero e si sposa, nonostante un coming out deludente.

Fare esercizio attraverso la rabbia le permetterebbe di imparare nuove modalità comunicative per esprimere in maniera più efficace i suoi bisogni e potenzialmente affrontare i conflitti in misura meno dicotomica. A questo proposito Lia tenderebbe ad evitare le situazioni di conflitto (come nell’esempio del gruppo con il quale ha rotto) proprio perché confliggere per Lia significherebbe ‘rompere’, come ha fatto presente alla terapeuta nella velata possibilità di ‘dover’ interrompere la relazione terapeutica. Esplicitare ed intervistare la rabbia quando si manifesta in seduta – come espresso chiaramente

dalla collega – è molto importante, anche per consentire a Lia di prendere contatto con una gamma più ampia di sentimenti e vissuti e di conseguenza anche di bisogni.

Le reazioni di rabbia di Lia, se fini a sé stesse, potrebbero invece rappresentare un fattore di mantenimento del circolo che la tiene in stallo nella continua ricerca di un riconoscimento, così rabbiosamente desiderato in quanto mezzo per poter costruire la propria completezza.

La relazione terapeutica può essere concettualizzata come luogo protetto in cui il terapeuta può assumere il ruolo di un genitore sano (caloroso e amorevole) affinché la persona sperimenti nuovi pattern interpersonali ('re-parenting limitato'). La costruzione di un modello operativo interno sano si realizza gradualmente nella diade terapeutica, attraverso l'integrazione di quelle parti che non consentono di accedere ai bisogni primari.

In questo quadro mi riservo di rileggere il bisogno di sostegno e di riconoscimento di Lia come 'bisogni coping', ovvero idealizzazioni di qualcosa che si ritiene doveroso ricevere per accedere ai bisogni emotivi primari. Tali bisogni per Lia potrebbero essere circoscritti nel bisogno di un attaccamento sicuro (che consente all'individuo di sentirsi stabile anche nelle circostanze di vita più avverse), di accettazione (percepire il proprio valore e amabilità a prescindere dagli insuccessi), di senso di identità (sentirsi peculiare e completo, a prescindere da ciò che viene restituito).

Fruttuoso a questo proposito il periodo 'faticoso' della terapia in cui, a fronte di importanti vissuti di incomprensione e rabbia, la terapeuta si permette di attraversare insieme a Lia un conflitto molto intenso, restituendo la possibilità di un confronto autentico nonché affidabile, da cui non è necessario scappare o rompere. Lia si sente, infatti, più rispettata e compresa e i vissuti sembrano perdere le tonalità persecutorie per lasciare spazio alla tristezza, permettendole di stare finalmente nella sofferenza e disattivare quel processo che la trasforma in persecuzione, rabbia e poi vittimizzazione. Avere a che fare con la tristezza, aumenta le possibilità di prendersi cura del suo bisogno di affetto e di accettazione e di cominciare a riconoscerlo quando si manifesta.

Tale esperienza di autenticità e fiducia potrà manifestarsi anche in una dimensione di 'non presenza', che nella Schema Therapy rappresenta un esito terapeutico ottimale, ovvero, l'interiorizzazione della relazione terapeutica e la generalizzazione delle nuove risposte emotive e cognitive a contesti diversi. È in questo luogo che il tema della rottura/fallimento può essere integrato e superato.

BIBLIOGRAFIA

- Arntz, A., Jacob, G. (2013). *Schema Therapy in azione: Teoria e Pratica*. ISC Editore.
- Meyer, I. H. (1995). Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behaviour*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 10 luglio 2023.

Accettato: 16 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:839

doi:10.4081/rp.2023.839

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

Commento al caso clinico: *La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita*

*Cristina Sempio**

Il caso di Lia viene introdotto tramite la descrizione di una ricerca di sostegno paterno nel percorso di vita della paziente, e di come questo cambi nel corso del tempo. Attraverso questo commento al caso clinico vorrei provare ad ampliare lo sguardo rispetto a questa ricerca di Lia e definire un bisogno più generale di riconoscimento dei propri vissuti e delle proprie scelte. Sotto questo cappello possiamo certamente inserire la figura paterna, ma possiamo allargarci fino a comprendere anche un più ampio autorizzarsi che sembra passare per il riconoscimento da parte dell'altro.

Tutto sembra cominciare con la nascita stessa di Lia, dove un momento di passaggio così importante nella vita familiare e nella vita della madre viene vissuto attraverso uno stato di perdita di contatto con la realtà. Sappiamo che la nascita di un figlio implica un grande cambiamento all'interno del sistema familiare e un cambio di ruoli, laddove la coppia di partner diventa anche coppia genitoriale. Questo passaggio non avviene in automatico con la nascita di un figlio, ma è il frutto di un processo di elaborazione e di assunzione di tutto ciò che questo cambiamento comporta, incluso il desiderio stesso di diventare genitori. Da quanto emerge dal racconto sembra che questo passaggio nella famiglia d'origine di Lia sia stato vissuto con una fatica tale da essere quasi sconosciuto e connotato dai toni dell'imposizione e della paura, senza lasciare spazio ad aspetti più affettivi. In questo clima un po' confusivo possiamo immaginare come sia stato difficile per Lia fare i conti con le proprie emozioni e con il proprio desiderio di essere vista e riconosciuta in quanto figlia e in quanto persona con le proprie peculiarità, laddove il ruolo stesso materno è stato assunto in maniera così ambivalente. Sembra che la soluzione della paziente sia quindi stata di costruire la propria identità attraverso un modello performante da un punto di vista accademico, laddove l'altro può riconoscerla perché è brava.

*Psicologa Psicoterapeuta, Socia SIPRe. E-mail: cristina.sempio8@gmail.com

Ora incontriamo Lia in un momento di vita in cui sente il desiderio di maternità e ciò la porta di fronte a numerose questioni. La vita ha portato Lia a vivere questa dimensione in una modalità che potrebbe essere definita poco ortodossa, ovvero una procreazione medicalmente assistita (PMA) eterologa all'estero condotta da una coppia di donne. In generale, come accennato prima, sappiamo che l'assunzione del proprio ruolo di genitore implica un passaggio identitario davvero molto forte. Implica una ridefinizione dei ruoli all'interno della famiglia, dove accanto al ruolo di figlia si posiziona il nuovo ruolo di genitore. E per fare ciò spesso si guarda come sono stati i propri genitori e come hanno gestito loro questo passaggio. La storia di Lia ci dice che nella sua famiglia questo momento è stato abbastanza sconosciuto, così come i bisogni affettivi e relazionali delle due figlie. Da ciò sembra che la configurazione (Minolli, 2015) che Lia ha assunto sia andata nella direzione della ricerca continua di un riconoscimento da parte dell'esterno del proprio esistere e delle proprie scelte, ma anche dei propri vissuti. La maternità tramite PMA, e ancor più se eterologa, porta con sé indubbiamente molteplici aspetti legati al riconoscimento, che si intrecciano con i significati personali di Lia. Questo perché innanzitutto il percorso di PMA è tutt'oggi considerato come una scelta 'altra' rispetto al divenire genitori tradizionale. Lo è per una coppia eterosessuale e lo è ancor più per una coppia omosessuale che si trova a vivere una relazione che a volte può essa stessa subire una mancata legittimazione dall'esterno (i genitori reagiscono al suo coming out dicendole che si suiciderà sicuramente, come a dire che una scelta di questo tipo non è compatibile con un progetto di vita e ancor meno, possiamo immaginare, con un'idea di genitorialità).

Spesso le coppie che affrontano un percorso di fecondazione assistita faticano a legittimare il proprio vissuto e il proprio essere genitori 'come gli altri' nonostante il percorso alternativo intrapreso. La coppia omosessuale può vedere il progresso nelle tecniche di PMA come un'occasione per poter coronare il desiderio di genitorialità, ma ciò non toglie il dover fare i conti con un percorso diverso che si dovrà affrontare per raggiungere questo obiettivo.

La fecondazione assistita infatti scardina tutto l'immaginario collettivo romantico legato al fare un figlio (Florita, 2022). Pur costituendo chiaramente una grande opportunità per coloro che non possono, per diversi motivi, concepire naturalmente, implica anche un dover rimodulare le proprie aspettative e implica anche forse un doversi pronunciare ancora più consapevolmente rispetto al proprio desiderio e alla propria scelta di genitorialità. Questa scelta infatti comporta l'andare incontro ad un percorso fisicamente e psicologicamente molto impegnativo, ancor più se svolto all'estero. La questione dell'eterologa inoltre porta con sé ulteriori elementi di complessità. Innanzitutto, il riconoscimento sociale di questa pratica: in Italia, infatti, non è consentita per le coppie omosessuali (<https://www.salute.gov.it/portale/fertility/archivioNormativaFertility.jsp>) e ciò non è una questione da

poco. Esso, infatti, implica una mancanza di riconoscimento che assume toni veramente istituzionali e che va a colludere anche con la difficoltà di Lia nel suo potersi sentire radicata, in questo caso all'interno del suo stesso paese di appartenenza. Tutto ciò poi si inserisce in un periodo storico dove la legittimità della scelta delle famiglie omogenitoriali viene fortemente messa in discussione dal governo attuale. Questo implica uno sforzo forse ancora più importante a livello dei singoli di legittimazione individuale delle proprie scelte, anche quando sembra che il contesto sociale vada nella direzione opposta. Tale questione va a toccare uno dei nodi della storia e del funzionamento di Lia, e fa crescere indubbiamente il senso di rabbia. Il tema del riconoscimento e della legittimazione sembrano già essere per Lia una fatica e il percorso di PMA non fa che accentuare questo genere di vissuti. Vi è poi un'altra questione fondamentale legata alla PMA eterologa, ovvero la presenza di un 'terzo', un donatore che rende possibile la fecondazione e l'avvio della gravidanza. Questo è un tema certamente importante poiché pone la questione della genitorialità come estrema espressione di una scelta della coppia genitoriale, che deve pronunciarsi sul bambino in arrivo superando l'ostacolo del legame biologico. Tale fatica può essere in parte mitigata per Lia dal fatto di essere lei a portare la gravidanza e quindi ciò la aiuta certamente nel riconoscere il proprio bambino in arrivo. Tuttavia, lo sforzo in più richiesto dalla tecnica della PMA si inserisce nella storia personale di Lia. Nel caso della madre c'è stato un disconoscimento iniziale della propria figlia biologica, nel caso di Lia c'è un'intenzione a riconoscere come proprio un bambino che presenta elementi biologici che sono esterni alla coppia. L'elemento di estraneità nella PMA eterologa è centrale, poiché c'è un terzo, un donatore il più delle volte senza volto, che è però parte fondamentale del percorso (Florita, 2022). In molti casi vi è la paura di non sentirlo come proprio, tema che ancora una volta si ripresenta nella storia familiare della paziente. Possiamo certamente cogliere la portata di questo movimento di Lia nei confronti della famiglia d'origine, che comprende anche un movimento di separazione da quello che è stato il percorso della propria famiglia, rispetto al proprio modo di vivere la genitorialità.

Ora Lia si trova alle prese con il sostenere la propria scelta di vita e ciò la mette in contatto con la sua fatica profonda nel sentirsi riconosciuta. Possiamo quindi ben comprendere i vissuti di ansia e di rabbia che Lia sperimenta. L'intraprendere una PMA eterologa all'estero la mette di fronte ad una forte richiesta di autolegittimazione e valorizzazione della propria scelta, in un contesto sociale e culturale che spesso tende invece a delegittimare chi sceglie percorsi di questo tipo. Tutto ciò la mette inoltre in contatto con il suo bisogno di essere accudita e protetta e che forse qualcuno si faccia finalmente carico delle sue fatiche. Questo aspetto sembra chiaro nell'episodio del capo che porta le mimose per la Festa della Donna. Questo gesto apparentemente gentile suscita una forte rabbia in Lia, che la porta a sminuirlo in virtù di tutti

i mancati riconoscimenti dell'ambiente di lavoro. Possiamo ben immaginare che finché Lia non potrà riconoscere il suo bisogno e assumerselo, nessun gesto da parte di nessuno potrà essere mai abbastanza. Forse dietro la battaglia apparentemente ideologica sulle condizioni di lavoro, si cela un bisogno più intimo e affettivo di Lia di essere accolta per quella che è.

Un episodio molto interessante descritto nel caso è il momento delicato dell'attesa dell'esito del transfer e l'intenso scambio con la terapeuta.

Nella descrizione del caso viene riportato il momento di attesa dell'esito del transfer e il contestuale aumento di sentimenti quali rabbia e frustrazione. Scostandoci per un momento dai significati personali di Lia, possiamo certamente individuare questo momento del percorso di PMA come uno dei più stressanti (Patel *et al.*, 2018). In generale, dopo l'avvio della prima parte di stimolazione ormonale, prelievo degli ovociti e successivo *transfer*, la coppia vive un momento che è sì faticoso, ma al tempo stesso può godere il più delle volte della spinta del 'fare': si sta facendo concretamente qualcosa per l'ottenimento dell'obiettivo. Tale spinta spesso mitiga i sentimenti di rabbia e a volte di ingiustizia che si possono esperire per il fatto di dover ricorrere a PMA, e nel caso di una coppia omosessuale con l'ulteriore difficoltà di doversi spostare in un altro paese. Tali sentimenti tuttavia non spariscono, ma anzi spesso capita che riemergano proprio dopo il *transfer*, dove si tocca con mano nuovamente la fatica e il senso anche di impotenza, ora che non resta che attendere (Florita, 2022). Forse proprio in questo momento Lia potrebbe sentire in maniera più acuta il proprio bisogno di essere accudita, sostenuta e riconosciuta nella fatica che sta affrontando. È interessante il momento in cui dice alla terapeuta che sente di amarla come sua mamma. Il pianto forse è espressione di un profondo desiderio che Lia mette sul conto della terapeuta, come a risarcire il mancato riconoscimento avuto dalla mamma, che ora vorrebbe trovare soddisfazione tramite un'altra figura di riferimento. Ora che i vissuti sono più faticosi è come se chiedesse alla terapeuta quell'accudimento che le è mancato nella sua famiglia e attraverso il pianto esprima la tristezza per questo lutto relazionale che porta con sé.

Molto interessante infine è l'accento al momento della laurea, dove vengono descritte in contrapposizione due figure. Da un lato il docente universitario calato appieno nel ruolo, che non la sostiene nelle sue posizioni meno ortodosse e non la conferma in quella ricerca di perfezionismo implicata nella parte della brava studentessa. Dall'altra parte, un assistente che le sta accanto nelle sue posizioni e che si fa chiamare per nome. Forse questa dinamica ben rappresenta la contrapposizione interna di Lia, dove da un lato sembra ricercare l'approvazione dell'altro all'interno del ruolo, ma dall'altra parte forse ciò di cui ha bisogno e che chiede profondamente è di poter essere riconosciuta nella propria soggettività e sostenuta nei propri vissuti, proprio come ha fatto 'Augusto' e come forse implicitamente chiede anche alla sua terapeuta.

BIBLIOGRAFIA

- Minolli M., 2015, *Essere e divenire. La sofferenza dell'individualismo*, Franco Angeli, Milano.
- Patel A., Sharma P.S.V.N., Kumar P., 2018, 'In Cycles of Dreams, Despair, and Desperation:' *Research Perspectives on Infertility Specific Distress in Patients Undergoing Fertility Treatments*, *J Hum Reprod Sci.* 11(4): 320-328.
- Florita M. (a cura di), 2022, *Divenire genitori e divenire figli. Le nuove sfide della psicologia perinatale*, Ed. Mimesis, Milano, pp. 273-302.

SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/portale/fertility/archivioNormativaFertility.jsp>

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 10 luglio 2023.

Accettato: 26 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:836

doi:10.4081/rp.2023.836

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

La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita: *risposta ai commenti al caso*

*Giuliana Nico**

Ringrazio le colleghe che hanno commentato il racconto del caso di Lia.

Nei loro interventi colgo vari elementi che mi sembrano molto coerenti con l'interpretazione che io ho dato al caso. Entrambe sottolineano la presenza di 'rotture/fallimenti/estraneità' nella storia personale e terapeutica di Lia e approfondiscono il legame tra la rabbia e la storia di Lia, cercando una risposta al problema della sua persistenza. Collegano questo vissuto con il bisogno di riconoscimento, di essere accettata, di accoglienza della propria soggettività.

Il fatto che la rabbia persista per molto tempo può ovviamente essere legato a più fattori. Condivido le osservazioni sulla fase specifica che Lia sta vivendo legata alla nascita della propria genitorialità. Il suo percorso travagliato e irto di ostacoli, anche istituzionali e legali, certamente evoca in lei vissuti relativi ai suoi pregressi legami di attaccamento, oltre a vissuti del tutto specifici legati al percorso di Procreazione Medicalmente Assistita. In particolare, queste osservazioni mi hanno fatto pensare che forse il riconoscimento che fino ad allora era stato possibile realizzare con Lia fosse limitato. Le colleghe sostengono fermamente che per Lia i legami di attaccamento siano stati confusivi e talvolta abusanti, che serva finalmente un genitore, qualcuno che consideri il suo 'bisogno di essere accudita e protetta' e 'si faccia finalmente carico delle sue fatiche'. In effetti, tutte le considerazioni fatte mettono in evidenza il bisogno di una funzione genitoriale più chiara e assertiva, che aiuti Lia a sentirsi contenuta. Seguendo questa linea di pensiero, condivido l'idea della collega che evidenzia l'importanza dell'espressione delle emozioni di Lia verso la terapeuta, come avviene effettivamente in momenti molto intensi e riparativi all'interno delle sedute che ho riportato.

Rispetto all'espressione della rabbia, condivido anche l'idea che se portasse alla 'rottura' delle relazioni sarebbe controproducente e consoliderebbe vissuti di esclusione e abbandono. Viceversa, se la rabbia viene valorizzata, può soste-

*Psicologa Psicoterapeuta individuale e di gruppo.
E-mail: giuliana.nico2015@gmail.com; www.giuliananico.it

nere Lia nel suo percorso di auto-legittimazione e allo stesso tempo permettere una esperienza di crescita all'interno della relazione terapeutica. Winnicott credo che direbbe che permette proprio di fare l'esperienza della permanenza dell'oggetto, ovvero che il paziente può con grande sollievo esperire la differenza tra il suo mondo interno e la realtà, verificando che la relazione con la terapeuta sopravvive all'attacco e continua ad essere presente nonostante l'emozione di rabbia.

Tuttavia, credo che restino alcuni punti ancora aperti.

Il primo punto riguarda il bisogno specifico della figura paterna. Nel corso della terapia ho pensato che avessimo estremo bisogno di una figura che cominciasse a 'fare il tifo', ma anche che fungesse da buon separatore, come forse Lia non ha mai avuto in famiglia e come forse si può pensare sia un 'buon padre'. Per Lia, la funzione paterna sembra riguardare anche il fatto di fare da 'garante' del rispetto, della chiarezza, delle regole; come quando Lia 'pretende' dal suo superiore gerarchico equità di trattamento rispetto alle colleghe/sorelle, o quando vorrebbe che il padre l'aiutasse a venire a capo alle sue esperienze emotive verso la madre, una persona così confusa. Infine, la figura paterna per Lia significa qualcuno che investa con lei sul progetto comune, come fa sua moglie, come vorrebbe che facesse la sua istituzione di appartenenza, come sto facendo anche io.

La cosa fondamentale credo che sia il fatto che ad un certo punto ho potuto riconoscere che la sofferenza che Lia riferiva sembrava generata dalla presenza del 'capo violento', mentre diminuiva quando, una volta riconosciuti i suoi sentimenti, mi focalizzavo su altri interlocutori, che secondo la mia interpretazione avevano in comune il fatto di svolgere una funzione paterna più coinvolta, accettante e protettiva. Questo processo si è ripetuto nei nostri dialoghi e gradualmente questa funzione ha cominciato ad agire in seduta in modo più stabile. Io collego questo cambiamento all'interiorizzazione di una figura paterna rigorosa ma più accogliente.

Continuando a descrivere questo processo, vorrei evidenziare un altro punto che a mio avviso resta aperto alla riflessione. Come detto, mi sono sentita io stessa il 'capo violento', che in qualche modo perpetuava la sofferenza, forse proprio attraverso una visione della situazione troppo vittimizzante e infantilizzante. Ho proseguito chiedendomi se in qualche modo questa figura violenta non fosse presente nel campo della seduta; quindi, se non mi sentissi anche io in qualche modo sottoposta al suo potere. In pratica ho cominciato ad ascoltare in un altro modo ed è aumentata anche la capacità di simbolizzazione. Questo modo di ascoltare mi ha portato in una dimensione fantastica, che deconcretizzava gli elementi raccontati in seduta per ascoltarli nella dimensione del sogno. Per questo non mi sono mai soffermata sui vissuti specifici legati al percorso PMA. Ritengo utile farlo, ma all'interno della mia lettura le fasi della PMA, gli ovuli eterologhi da accogliere, tutto quanto, diventa un tema che riguarda la coppia terapeutica, che sembra si stia fertilizzando attraverso il contributo di un 'terzo' esterno, con il quale si deve in qualche modo 'familiarizzare'. La sottolineatura della questione legislativa relativa alla fecondazione

eterologa credo esprima la sensazione di Lia di essere apolide, ovvero di non avere una patria/famiglia, in quanto la funzione governativa/genitoriale non riesce a dettare regole che tengano conto della reale soggettività dei propri membri. Mi pare evidente che questi sono temi che abbiamo già trattato in relazione alla funzione materna e paterna.

Questa visione non contraddice affatto le letture delle colleghe, anche se si muove all'interno di un approccio che si stacca dai contenuti più concreti. In terapia a due, il terzo è anche rappresentato dal gruppo, costituito dalle gruppalità interne di paziente e terapeuta, oppure potremmo vederlo nel gruppo di noi tre colleghe che ci stiamo confrontando sul caso. Quindi il secondo punto aperto è se la deconcretizzazione e l'apertura a vissuti più profondi abbia avuto un ruolo cruciale nel cambiamento avvenuto con Lia.

Ci sono altre due questioni. Una riguarda il ruolo del 'fallimento' che Lia non vuole sentire nominare, ma sul quale poi riesce a lavorare moltissimo. Le colleghe evidenziano il lutto esperito da Lia per la mancata soddisfazione dei suoi bisogni primari nelle relazioni di attaccamento precoci. Io aggiungo che il lutto sembra riguardare anche le sue relazioni con l'istituzione sociale più allargata. Come ben evidenziato dalle colleghe, il lutto va esperito e non negato, pena la condanna alla ricorsività e alla sensazione che i successi siano vittorie di Pirro. Come si vede nei frammenti di seduta, sembra che l'attraversamento del lutto contribuisca notevolmente alla scoperta di interlocutori che facciano sentire più sostenute (Gesù, Augusto...).

Ultima questione riguarda il tema della violenza. Forse la presenza di un contenitore 'genitoriale' più solido, che sostenga Lia mentre affronta i problemi senza evitarli, permette di non sentire le emozioni come troppo intense. Il tema della violenza credo vada di pari passo con quello della pensabilità. Chissà che ora Lia non senta anche che è iniziato il dialogo di questo gruppo, che, per quanto ci siano delle differenze di posizione, finalmente non esclude nessuno?

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 29 luglio 2023.

Accettato: 2 agosto 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:846

doi:10.4081/rp.2023.846

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

*Manuela Di Fabio**

Ciclo di incontri ‘Giovani: forme dello stare nel mondo’. **30 marzo, 13 e 27 aprile 2023, Parma**

L’Associazione ‘Progetto Sum’ - Il Soggetto al Centro, in collaborazione con l’Università di Parma, Laboratorio di Ricerca Smart City 4.0 sustainable LAB e CIRS - Centro Interdipartimentale di Ricerca Sociale UNIPR, ha presentato, sotto forma di conversazione, tre momenti dedicati all’approfondimento del tema Giovani e delle forme di relazione e dello stare nel mondo che li vedono protagonisti. Gli incontri, svolti in tre serate distinte, 30 marzo, 13 e 27 aprile, hanno visto la presenza di tre relatori in sinergia tra loro: Prof. Fabio Vanni, psicologo e psicoterapeuta, Prof. Alessandro Bosi, sociologo e Prof. Dario Costi, architetto e urbanista. Ogni incontro, affidato ad uno dei tre relatori, si è articolato in una scaletta così delineata: una prima introduzione all’argomento della singola serata, portata dal relatore principale: ‘Forme delle relazioni interpersonali: Sviluppo della relazionalità e presenza sociale’ del Prof. Vanni; ‘Forme delle Relazioni sociali: I luoghi narrativi della città’, del Prof. Bosi; ‘Forme delle relazioni nello spazio: Vita delle forme e forme della vita’, del Prof. Costi; seguita da una conversazione a tre voci per un pubblico in ascolto silenzioso, ‘effetto acquario’, chiamato poi ad ampliare la discussione, in un dialogo aperto, tra relatori e platea, nella parte finale del confronto, attraverso la presenza di un discussant, rappresentato, rispettivamente per le tre serate, dal Prof. Antonio De Caro, dalla Prof.ssa Patrizia Bertolani e dalla Prof.ssa Rita Messori.

Da uditrice e partecipante nel pubblico sono stata colpita dallo sviluppo della conversazione all’interno della singola serata e nell’interconnessione tra i tre momenti: il filo della lettura del presente relazionale dei giovani, che abitano il tempo e lo spazio odierno, trovava, di serata in serata, un crescente interrogarsi su ciò che si osserva nell’oggi e su ciò che il futuro potrà divenire per i ragazzi e le ragazze.

*Psicologa, Responsabile Servizi di Comunità, Minori e Famiglie presso ASP Parma, Azienda di Servizi alla Persona del Distretto di Parma.
E-mail: manueladifabio7@gmail.com

La partecipazione al ciclo di incontri ha generato plurime suggestioni, dal mio punto di vista in particolare tre aspetti, che qui vorrei delineare, hanno la possibilità di aiutarci nel raffigurare il filo che ha unito e caratterizzato i contenuti affrontati:

- i) *Giovani e Gioventù*: riconoscere che la gioventù è oggi un tempo dilatato che va dai 0 ai 30 anni, racchiudendo i bambini, i ragazzi e i giovani, ha aperto una implicita riflessione sul bambino che diviene adolescente, giovane e che poi si ritroverà adulto. Che bambini sono stati i Giovani? E in quale contesto relazionale e sociale hanno formato il loro sguardo sul mondo? Con quali e quanti stimoli hanno avuto a che fare? E poi, con quali strumenti affrontano il loro presente di adolescenti e con che sguardo guardano al loro divenire giovani adulti? Che significato ha per loro la maturità e l'adulità?

Molte altre e forse infinite potrebbero essere le domande che sorgono nel momento in cui si guarda al significato di gioventù, non più come categoria collettiva ma come movimento evolutivo, caratterizzato da una sovra stimolazione relazionale prolungata (30 anni di vita) e allo stesso tempo orientato all'affermazione individuale, in un mondo che molto spesso sembra essere fatto di luoghi e relazioni transitorie. Le riflessioni promosse dall'introduzione del Prof. Vanni e poi dalla conversazione allargata, mi hanno colpito proprio su questi aspetti: la generazione di giovani che abita il nostro oggi è cresciuta in un contesto in cui 'l'allevamento non è più compito materno esclusivo', dove non solo la madre è rappresentazione del mondo, facendone parte, ma il mondo stesso entra, da subito, in modo prolungato e in forme plurime nella diade madre-bambino e nel nucleo genitori-figli: sotto forma di adulti accudenti (familiari e adulti di riferimento); sotto forma di pari; sotto forma di azioni e impegni sociali in contesti diversi (dai nidi alle varie attività scolastiche, ludiche, ricreative, sportive), e sotto forma di tecnologia (che risponde e crea bisogni). L'altro aspetto rilevante, che fa quasi da contraltare, da peso parallelo, è la natura di queste relazioni, che si innestano in una società orientata all'affermazione individuale; al paragone e ad una spinta molto forte alla realizzazione esteriore del proprio sé, possibilmente un gradino sopra gli altri o almeno in modalità peculiare. Con questo bagaglio gli adolescenti si apprestano all'autonomia esplorativa dello spazio fisico e relazionale che vivono, direttamente in prima persona: lo spazio di un mondo senza confini, in cui gli stimoli e le possibilità sono aumentate in modo esponenziale e continuano ad aumentare, e da cui l'adulto viene lasciato fuori, attraverso nuovi canali comunicativi esclusivi, attraverso nuove definizioni delle esperienze. Sempre dalla presentazione del Prof. Vanni emerge in loro 'una relazionalità non trasformativa del mondo ma piuttosto preparatoria-contemplativa di esso'. Ho trovato rilevante l'apertura al dubbio, al poter mettere in discussione la facile definizione secondo cui l'apparente 'essere spetta-

tori' dei luoghi che abitano, da parte degli adolescenti, sia definibile come non affezione, disinteresse o se invece, sia da considerare un passaggio necessario, per chi si trova nella seconda decade della gioventù, per misurare lo spazio e misurarsi nello spazio. Rileggere alcune azioni adolescenziali come protezione del sé in relazione al mondo (ripartendo dalla lettura della difesa umana articolata in attacco, fuga e congelamento) a mio avviso e non solo (il dibattito in sala si è acceso) dà una possibilità di futuro e apre alla suggestione su come, una volta arrivati alla soglia dell'ultimo girone della gioventù, i giovani guardano al mondo e al posto che vogliono e/o possono occupare, a come lo possono trasformare e rendere espressione di sé?

- ii) I luoghi narrativi: per provare a comprendere come i giovani si possono muovere attraverso i luoghi che vivono e se davvero hanno la possibilità di renderli uno spazio relazionale, in cui esprimersi, si è reso necessario portare nella discussione corale il tema dello spazio urbano connesso allo spazio sociale e di come, a partire dalla società industrializzata, quest'ultimo sia stato fortemente condizionato. L'intervento del Prof. Bosi ha infatti orientato il nostro sguardo nella comprensione di come il vivere sociale, e quindi relazionale, a partire dall'inizio del Novecento, sia stato via via trasformato dall'industrializzazione e dall'urbanizzazione, che hanno portato a strutturare gli spazi di vita, primariamente le città, in base alle esigenze dell'uomo lavoratore, e quindi ad imporre un passaggio dal luogo di comunicazione al luogo funzionale. La gioventù odierna si affaccia su un sistema abitativo e di vita in cui ha prevalso e prevale il *sistema metropolitano della vita*, secondo cui l'impostazione strutturale delle metropoli, e quindi i comportamenti tipici della metropoli, si appropria delle città di medie e piccole dimensioni, dei comuni periferici che ne diventano un prolungamento, annessi come aree interne. Questo sistema influenza *il modo di vivere lo spazio, il tempo ed il movimento*, enfatizzando la città come luogo da attraversare, senza sosta, in un continuo transito da un posto funzionale ad un altro posto funzionale, sempre più in contrapposizione con la possibilità che la città possa essere un luogo in cui sostare per relazionarsi. Il nostro presente viene definito dai *nonluoghi*, neologismo introdotto dall'antropologo Marc Augè,¹ ed utilizzato per indicare tutti quegli spazi che hanno la prerogativa di non essere identitari, relazionali e storici. Rientrano in questa definizione, secondo l'autore, sia le strutture necessarie per la circolazione accelerata (autostrade, svincoli e aeroporti), sia i mezzi di trasporto, i grandi centri commerciali, i campi profughi, eccetera. Se ci si sofferma alla definizione data, appare evidente, per

¹ Marc Augè: *Nonluoghi. Introduzione a un'antropologia della surmodernità*, Elèuthera, 2009.

lo meno così è stato per la platea presente, la descrizione di questi spazi come ciò di più lontano dall'idea di spazio relazionale. Di fronte a questo scenario si è aperta la suggestione promossa dal relatore, attraverso il ritorno al punto di partenza: *la gioventù di oggi ha nuovi modi di abitare la città*, compresi i nonluoghi, per questo diviene necessario che gli adulti di oggi possano riconoscere la costruzione di nuovi significati degli spazi, così che essi possano essere *luoghi narrativi*. Quando un luogo, attraverso un reciproco adattamento, diviene espressivo per chi lo vive, e può divenire un luogo del ricordo, assume il significato di luogo narrativo: *il valore soggettivo può diventare collettivo, ove sia riconosciuto e interpretato come tale da una comunità e può diventare pubblico se le stesse condizioni si verificano in una società*. I temi posti dal Prof. Bosi, a mio avviso, aprono a diverse domande, alcune emerse proprio durante la discussione: possiamo rileggere il movimento, il tempo e lo spazio dei giovani rinunciando alla visione nostalgica dei 'nostri' luoghi narrativi? Siamo disposti a lasciare che i giovani abitino con significato gli spazi in cui transitiamo? Si può cercare nell'urbanizzazione del prossimo futuro la 'città a misura d'uomo', che rispetti determinate caratteristiche, date dalle azioni e dalle relazioni con e dentro lo spazio da abitare, e che permetta l'espressione, anche automa, di un vivere relazionale?

- iii) La città: ultimo tassello, o forse primaria cornice di tutte le riflessioni affrontate, il tema della città come forma di vita chiude il ciclo di incontri, attraverso l'intervento del Prof. Costi, in cui emerge come la visione che i giovani possono avere della città trovi la sua radice nell'esperienza che essi ne hanno nell'infanzia e poi nell'adolescenza. La vita vissuta tra luoghi contenitori, 'recinti', è evidente fin dai primi anni, dove i bambini sono 'spostati' nei diversi luoghi che abitano senza che vi sia uno spazio ed un tempo libero di esplorazione della città. La città perde così la sua occasione di essere luogo di gioco per tramutarsi in un luogo 'ostile', in cui crescendo, nonostante il divenire ragazzi permetta lo *sciamaire* per la città, gli adolescenti si muovono senza una reale possibilità di abitare gli spazi della città, che appaiono come *negati* al loro poter stare lì. Da un lato vi è la costruzione dell'identità e il bisogno di espressione per poterla radicare e dall'altra uno spazio che, a fatica, sa accogliere questa necessità attraverso luoghi plastici, modellabili al nuovo senso dato dal linguaggio dei giovani. Questo apre al rischio che i giovani si trovino di fronte spazi con un significato già previsto, da abitare secondo ruoli prefissati, da raggiungere per conformismo e non per scelta. La presente visione evidenzia la difficoltà della città odierna nell'essere luogo di relazione: la mancata esplorazione, la perdita del gioco, dell'autonomia, la non accoglienza e il non supporto delle idee giovanili rischiano di enfatizzare il degrado; la mancanza di luoghi identitari e il mancato riconoscimento come appartenenti alla comunità. Come affronteranno i giovani questo modello di città? La riflessione,

aperta alla discussione, che il Prof. Costi presenta, raccoglie il filo tessuto nei precedenti due incontri e lo riporta all'intervengo plenario, dei tre relatori: la possibilità di rivedere e rigenerare i luoghi può partire da una visione collettiva, in cui le idee e i significati che i giovani vivono verso la città, possono contribuire alla realizzazione di un laboratorio aperto, in cui ridefinire i luoghi narrativi; promuovere la conversione dei vuoti urbani in nuovi spazi di socialità, di verde, accessibili ed accoglienti. Il linguaggio dei giovani che si orienta verso il *cohousing*, il *coworking*, la *homeschooling* e la *sharing economy*, è una possibilità di lettura della città futura come *incubatore e acceleratore delle idee giovanili*, dove l'innovazione tecnologica può essere orientata a servizio di spazi innovativi, flessibili, dove l'infrastruttura culturale, tecnologica ed economica della città è sostegno e non limite.

La scelta dei tre elementi, *la gioventù, i luoghi narrativi e la città*, mi hanno permesso di rivivere i contenuti del ciclo di incontri e di ritrovare il filo che, per mia interpretazione, li ha uniti: l'apertura alla Partecipazione. La partecipazione, che per definizione testimonia il prendere parte a una forma qualsiasi di attività, sia semplicemente con la propria presenza, con la propria adesione, con un interessamento diretto, sia recando un effettivo contributo al compiersi dell'attività stessa,² può aiutarci a dare significato alle forme di relazione interpersonali, sociali e nello spazio che i giovani vivono e a cui possono e vogliono partecipare.

² <https://www.treccani.it/vocabolario/partecipazione>

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 luglio 2023.

Accettato: 16 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:838

doi:10.4081/rp.2023.838

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

Fabio Vanni*

Commento al film: *Vicini di casa*

di Paolo Costella, 2022

Sappiamo che il cinema è spesso in grado di rappresentare movimenti affettivi e culturali presenti nella società, di darne un orientamento che compartecipa a questa cultura e talvolta ne esplicita aspetti poco evidenti ai più.

Il film di Costella mi pare rientri fra questi e si inserisca, per alcuni aspetti dei quali diremo, all'interno di una serie di produzioni visuali che alcune piattaforme multimediali hanno certo il merito di aver portato alla visione di un pubblico potenzialmente di massa.

In passato (*Ricerca Psicoanalitica* Vol. XXXI, n.2-2020 pp.381-383), proprio in questa rubrica, ho avuto modo di commentare due serie Netflix che condividono con il film di Costella l'attenzione alle forme delle relazioni affettive e familiari che la civiltà contemporanea sta esplorando.

Questo film racconta la storia di una coppia, Giulio e Federica (Claudio Bisio e Vittoria Puccini gli attori che la interpretano) della borghesia agiata di una città italiana, che invitano a cena, più per iniziativa di lei che di lui, una coppia di vicini di casa (Valentina Lodovini e Vinicio Marchionni) che da poco abitano nel palazzo. L'appartamento della coppia ospitante è un'eredità che proviene dalla famiglia di lei (un riferimento interessante al valore della tradizione) ed è ricco di elementi espressivi del gusto dei due – genitori di una giovane figlia che è però assente dalla scena quella sera.

Tutto il film si svolge, sostanzialmente, all'interno o ai confini dell'appartamento situato al piano terra di un elegante palazzo che è dotato di un cavedio che pone la vita familiare sotto gli occhi di chi abita ai piani superiori, come Laura e Salvo, i vicini di casa. Trasparenza accentuata dalla scelta di Federica di non utilizzare tende per la sua casa.

È quindi una casa aperta, e questo prefigura già il tema del film giacché,

*Psicologo, psicoterapeuta, Presidente 'Rete Psicoterapia Sociale', Direttore Scientifico 'Progetto Sum ETS'. E-mail: fabiovanni@progettosum.org

anche la coppia ospite si era fatta sentire rendendo in qualche modo di dominio condominiale la gioia e la frequenza dei loro rapporti sessuali che, scopriremo durante il film, non erano solo fra loro due ma si estendevano ad altre coppie.

L'espressività sessuale che pareva essere di Laura e Salvo è un antefatto della serata avendo già costituito per Giulio e Federica motivo di commento: infastidito per Giulio, più partecipe e carico di un pizzico d'invidia per Federica. E qui c'è già un tema. Lo spazio della sessualità e del desiderio all'interno di una coppia che ha vissuto almeno una ventina d'anni di relazione e che ha compiuto quel passaggio della genitorialità nel quale i figli sono oramai fuori dall'esigenza di protezione e responsabilità che ha caratterizzato la loro infanzia e la loro adolescenza. I vicini di casa, di età non molto differente, hanno una traiettoria diversa, scopriremo, e vivono una sessualità intensa e appagante pare, e questo non lascia indifferenti Giulio e Fede, pur ognuno a suo modo.

Ecco, quindi, la ragione dell'invito a cena che Federica compie e che sorprende Giulio. Un invito che in realtà ha altri antefatti costituiti da incroci di sguardi fra Salvo e Fede, complice l'assenza di tende, e fra Giulio e Laura, complice quel tempo intenso costituito dai viaggi in ascensore che era capitato di compiere ai due fra silenzi imbarazzati e corpi seducenti.

Sono certo Laura e Salvo che avanzano la proposta durante la serata, proposta inattesa anche per l'insoddisfatta Federica: un'esperienza sessuale a quattro. Una proposta definita con cura anche in alcuni interessanti dettagli: rapporti omosessuali solo se graditi, rapporti anali da concordare, grande rispetto delle sensibilità reciproche e naturalmente riservatezza e nessun impegno per il futuro. L'esplorazione di una relazionalità. Poi si sarebbe visto se e come proseguire.

La proposta non lascia indifferenti Fede e Giulio che ne rimangono differentemente turbati, sollecitati in qualche modo a reintrodurre anche fra loro fantasie e desideri non confessati prima (interessante, per le ragioni che diremo, quello di Giulio che osserva con il telescopio – un suo hobby – una coppia lesbica, ma anche quello di Fede di farsi guardare nuda da Salvo).

Il racconto di come è nata questa scelta di estensione della sessualità della coppia Salvo-Laura è anch'esso meritevole. Salvo infatti dice che quando ha conosciuto Laura era legato ad un'altra donna e che la possibilità di una relazione sessuale a tre ha costituito di fatto un passaggio, uno sviluppo della relazione che poi ha preso piede con altri.

Scopriremo forse nell'eventuale sequel che sviluppi avrà la serata, ma quello che avviene nell'immediato è il rifiuto di Giulio, cimentato piuttosto in una relazione 'muscolare' anziché seduttiva con Salvo, ed una posizione più aperta di Federica non lontana dalla complicità con Laura.

Il film esplora le possibilità, ma anche le difficoltà presenti oggi nella relazionalità affettivo-sessuale. Mi pare utile per comprendere gli eventi

considerare la crisi dei riferimenti etici che hanno caratterizzato la famiglia per le generazioni precedenti e dunque i temi della fedeltà, dell'indissolubilità, dell'eteronormatività, del ruolo riproduttivo della sessualità, per citarne solo alcuni.

Nonostante si parli e si sperimenti su questo terreno da almeno mezzo secolo in buona parte del mondo questi elementi fondativi del familiare nell'occidente del mondo sembrano essere ancora molto presenti anche se con sfumature e pesi differenti. Giulio e Federica ne sono più presi, Salvo e Laura meno.

Mi pare però che la presenza di essi all'interno di prodotti filmici rivolti al grande pubblico (qui Amazon Prime), ma si potrebbero citare sitcom o serie anche RAI o Netflix, testimoni di una presenza di queste sensibilità, desideri ed opzioni ad un livello più pop. Segnalo che il mondo del porno porta da tempo queste tematiche (ed altre anche più scabrose) ad un pubblico sempre più ampio ed oramai di entrambi i generi (e naturalmente per il mondo non binary). Piuttosto pare significativa la scelta di 'Vicini di casa' di schierarsi in modo così netto in senso eterosessuale, esprimendo addirittura due personaggi maschili differentemente stereotipici, soprattutto Giulio, ma evitando comunque del tutto allusioni relative ad attrazioni intragenere – fatto salvo lo 'spettacolo' della coppia lesbo che piace a Giulio, ma comunque solo da guardare con il telescopio.

Altrettanto stereotipica la maggiore apertura delle due donne (Laura, peraltro psicoterapeuta, non fa mancare qualche intervento derivante dalla sua competenza professionale) verso il nuovo.

Anche il tema dei confini mi pare rilevante. Si deve definire con nettezza chi fa parte della famiglia e chi no e dunque con chi condividere la nostra corporeità? Oppure si può rendere più fluido il limite? E per quanto riguarda quali ambiti? A ben vedere il tradimento costituiva già una rottura di questo schema ma era una rottura spesso traumatica e non etica. Qui siamo alla proposta esplicita e possibilmente condivisa (ma chissà quali sviluppi potrebbe avere la vicenda anche da questo punto di vista...) di una inclusione di altri nella sfera sessuale della relazione duale, una sfera che, confesseranno Giulio e Federica, è piuttosto sopita fra loro. Il soggetto però fantastica, cerca, spinge per realizzare, magari anche autoeroticamente, le sue esigenze e qui prova a farlo con una nuova relazione.

Interessante la presenza in un momento del film di altri due vicini di casa, più anziani, apparentemente più lontani e presi dalla tradizione (ma non sapremo mai se è davvero così...anche sulla sessualità in età avanzata quanti stereotipi!), certo meno attraenti, che appaiono sul pianerottolo in uno dei momenti di confronto sui confini fra le due coppie. Paiono funzionare come espressivi di un mondo altro rispetto a quello delle nostre due coppie, un mondo dal quale anche Giulio e Fede si sentono distanti. Non stanno più là ma non stanno ancora qua, come invece sembra accada per Laura e Salvo.

Mi sembra anche che la trattazione di questi temi viaggi su due livelli. Quello formale ed esplicito, il discorso pubblico che anche la politica fa suo, specialmente nel centrodestra, che mostra idee sulla coppia, sulla sessualità, sulla famiglia ispirate dalla tradizione, e poi pratiche, azioni, che diventano talvolta consuetudini che esprimono altro (per esempio Laura dice esplicitamente che i rapporti anali le piacciono). Non dovremmo certo stupirci come psicoanalisti di questa copresenza ma forse potremmo fare qualche considerazione su come questi piani sono integrati sapendo che le forme di questa relazione interna fra istanze sarà singolare e creativamente complessa e che non potrà essere meno complessa la relazione fra soggetti portatori di istanze così articolate, come il film illustra assai bene.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 25 luglio 2023.

Accettato: 1 agosto 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:844

doi:10.4081/rp.2023.844

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

Gianfranco Bruschi*

Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi

di Massimo Recalcati
FRANCO ANGELI, MILANO, 2002

Il libro di Massimo Recalcati, *Clinica del vuoto*, edito in Italia la prima volta nel 2002, è per me un testo fondamentale per la riflessione psicologica sulle nuove forme di malessere e disturbo psichico che osserviamo da diversi anni nelle società cosiddette occidentali e quindi anche in Italia. La lettura che ho fatto di questo libro è stata lenta e ripresa più volte ed in tempi diversi, quasi a lasciare depositare la densa rete di significati che assume per il lavoro clinico nell'ambito dei disturbi della nutrizione e alimentazione (così come vengono chiamati oggi), nelle dipendenze patologiche, come anche nelle psicosi. Lo ritengo un contributo, per quanto di matrice teorica differente, importante per la mia esperienza di questi ultimi vent'anni di attività professionale.

Si tratta di un'opera che ha già vent'anni circa, ma che ha descritto con attenzione e precisione fenomeni clinici che oggi, specie dopo la pandemia da COVID-19, si sono sviluppati ancora di più in forme cangianti e complicate (si pensi all'attuale diffusione di tali disturbi in crescita raddoppiata rispetto a tre anni fa, in connessione con una cultura dell'immagine e della performance in continua evoluzione dai primi anni 2000), che possono essere interpretate attraverso le chiavi di lettura che l'autore ci propone, fornendo nel contempo una visione significativa anche dal punto di vista psico-sociale.

In effetti, Recalcati in questo testo affronta questi due grandi gruppi di disturbo mentale, definendo il discorso clinico che li riguarda come una «clinica del vuoto» appunto, distinguendola da una «clinica della mancanza». Quest'ultima si fonda sulla considerazione del desiderio inconscio che si crea a partire dalla «mancanza a essere», che si sente in relazione ad un Altro (inteso

*Psicologo psicoterapeuta con Incarico di Alta Specializzazione per i Disturbi del Comportamento Alimentare, Azienda USL di Parma, docente a contratto presso il Corso di Laurea in Infermieristica Università degli Studi di Parma, docente presso Scuola di Specializzazione Sistemica Integrata IDIPSI di Parma. E-mail: gianfranco.bruschi@gmail.com

come l'altro simbolico della relazione e della regola sociale) che c'è e che viene ricercato, attratto, interrogato. Il disturbo (dell'alimentazione o di dipendenza patologica) qui è visto come privazione, sacrificio che tende a richiamare il desiderio e quindi ad annullare la mancanza. Il soggetto nella sua costituzione di un io narcisista (impalcatura fondamentale per la costruzione del sé), sente la mancanza dell'oggetto, il sintomo ha senso metaforico, è un vuoto che chiama il desiderio dell'Altro. La costituzione narcisistica del soggetto, come scrive Recalcati, dapprima si struttura sulla distinzione, sull'odio, nei confronti dell'alterità che viene ad alterare appunto il godimento narcisistico, poi diventa uno stare nello stesso «campo dell'Altro» che toglie e fa sentire la mancanza, così che l'amore viene desiderato nell'Altro. Nei disturbi alimentari come anche nelle dipendenze patologiche, questo succede se si tratta di forme nevrotiche, scrive l'autore.

La clinica del vuoto invece rivolge il suo sguardo al sottrarsi alla relazione, all'esclusione dell'Altro per paura di una disintegrazione identitaria, dove i desideri e i «godimenti» sono senza l'Altro, cortocircuitano sul soggetto stesso. La costituzione del desiderio è chiusa in sé e mai soddisfatta (paradosso, ideale irraggiungibile e perfetto) senza che l'Altro sia considerato per paura di esserne fagocitato o controllato. Il soggetto rifiuta la mortificazione imposta dall'Altro, con il quale non c'è incontro e attraverso la pratica di consumo dell'oggetto che diventa una 'cosa', attua un godimento ripetitivo sempre uguale a se stesso. «Il desiderio si annulla in un godimento autistico, auto-trofico, che è desiderio di morte, di odio verso l'altro».

Inoltre, Recalcati traccia una ulteriore distinzione dell'oggetto del discorso, parlando di clinica *borderline* ma non di una clinica della personalità *borderline*, in quanto si discute di disturbi che ritiene non spiegabili ricorrendo alle classiche categorie di nevrosi e psicosi, e nemmeno considerando con Kernberg (in Recalcati, 2002) una terza struttura; prendendo le mosse dal pensiero di Jacques Lacan, l'autore sottolinea come la clinica del vuoto si centri su un investimento problematico della «costituzione narcisistica del soggetto», che non è più una funzione metaforica come quella del sintomo, tipica della clinica psicoanalitica classica, che lo considera come ritorno del rimosso, ma sconnesione del soggetto dall'Altro con diverse declinazioni contemporanee, che non fanno di separazione ma di indefinizione.

Nei casi clinici di cui si parla nel libro, la personalità si fonda su un «falso sé» (Winnicott in Recalcati, p. 146) o recita una parte che diviene involucro imprigionante («come se» di Deutsch in Recalcati, p. 146), oppure l'identità si disperde o si diffonde, con sentimenti di vuoto cronico (Kernberg, in Recalcati, 2002). Potremmo dire, da un punto di vista non psicodinamico, che contempla però una possibile transazione tra nevrosi e psicosi, che il senso di sé è vago e indefinito, tra bisogno di approvazione e paura di essere intrusi (Guidano, 1988).

La psicopatologia è qui descritta non più come deviazione dalla norma

(Edipo che uccide il padre) ma adattamento rigido alla norma (definita socialmente e non più da un *padre*), «assimilazione spersonalizzata all'insegna dell'Altro sociale, forma ordinaria compatibile con il buon ordine». L'autore parla, attingendo al pensiero di Lacan, di psicosi non scatenate, chiuse, che «sono mantenute sul bordo della crisi dalle forme di godimento nuove», come l'anoressia-bulimia, comprendendo anche l'obesità e le dipendenze patologiche, «da una compensazione immaginaria», come quella che può essere offerta dal corpo magro che può portare ad una «solidificazione» dell'identità nella malattia. Tale modalità viene descritta come dovuta non ad una incapacità di simbolizzare da parte del soggetto, ma piuttosto come difetto di simbolizzazione, che in realtà non è mai esaustiva del reale, ma che accoppia l'immaginario al reale senza mediazione simbolica. Il corpo stesso è definito come il «luogo dell'altro» (Lacan, in Recalcati, 2002, p. 192) e ha una veste simbolica e biologica secondo la prospettiva dell'autore. Così essere diviene recitare, ma senza vivificare la parte, per cui essere come gli altri sembra prendere letteralmente le misure esterne del corpo sociale (pubblicizzato nei media in genere).

L'autore articola e sviluppa i temi sopra delineati attraverso una trattazione che mette in evidenza alcuni nodi fondamentali riguardo al vuoto identitario, alle maschere che lo sostengono, alle segregazioni contemporanee che uniformano il soggetto. Egli accenna anche al trattamento di gruppo mono-sintomatico, ai significati tipici della famiglia anoressico-bulimica nelle funzioni simboliche dei genitori.

Recalcati ci conduce nella riflessione che ha carattere clinico, sui disturbi del nostro tempo, anche da una prospettiva socio-culturale, nel permetterci di vedere la «disarticolazione del legame dialettico tra vuoto, mancanza e desiderio». Il vuoto non è più, nell'anoressia e nella tossicomania, senso di mancanza dell'Altro, che porterebbe al desiderio: si tratta piuttosto di una dissociazione dal desiderio, di una chiusura alla relazione affettiva quindi, che lascia posto ad una inconsistenza e dispersione di sé, aprendo le porte ad un'angoscia indefinita. Tutto ciò può essere coniugato nell'ambito della cultura del narcisismo (Lasch, 1979), che da decenni segna l'evoluzione dei nostri modi di esistere nella relazione (una relazione che viene negata-rifiutata o manipolata-controllata) decretando un paradosso identitario, quello del 'farsi da sé'.

A questo livello appare interessante allargare lo sguardo dal soggetto al suo rapporto con la società, quella dei consumi e quindi del mercato, dove perciò il desiderio dell'oggetto di consumo è da sempre imperante e paradossale: per continuare a consumare occorre non avere la vera soddisfazione del desiderio, ma un suo surrogato, sostituendo così la rappresentazione dell'oggetto del desiderio con l'oggetto stesso che non passa più per la relazione con l'Altro, ma si ricurva su se stesso attraverso un godimento solipsistico e subitaneo che non può che essere rinnovato senza fine. La forma del discorso per cui siamo

parlati nelle relazioni, sempre più in questi ultimi anni, sembra escludere l'Altro simbolico, ponendo l'oggetto di consumo a rendere eterno il vuoto che pretenderebbe di colmare (Recalcati accenna al «Discorso del capitalista» di Lacan, 2002, p. 151), che mi suggerisce l'idea di un tempo in cui il futuro non è cambiamento nel ciclo di vita (in senso verticale), ma ripetizione dello stesso godimento fine a se stesso, per tutte le età o quasi (in senso orizzontale). Attraverso gli oggetti di consumo, reperibili sul mercato sociale e culturale, l'Altro viene sostituito, escluso, rifiutato; sullo sfondo l'era della tecnica (Galimberti, 1999), cioè la modalità di ottenere il massimo con il minor costo possibile, che sopravanza le capacità dell'essere umano, che l'ha costruita, di comprendere le conseguenze del suo invadere le vite di tutti noi.

La separazione tra il discorso sociale e la realtà della relazione con l'Altro sociale non appare più, non è più distinguibile. Lacan, ci dice Recalcati (2002, p. 13), a questo proposito parla di 'psicosi sociale' cioè di «un'esperienza di assenza, di vuoto esistenziale, di ordinarità anonima». Come dire con Bateson (1979) che mappa e territorio (che non sono la stessa cosa) non comunicano, sono disconnessi e non si distinguono l'una dall'altro. A proposito di mappe propongo un parallelo con la teoria del «desiderio mimetico» di René Girard (1999) per cui la formazione psico-sociale del soggetto avviene attraverso l'osservazione e apprendimento delle pratiche dell'altro. Un richiamo può essere fatto anche alla scoperta dei neuroni specchio (Gallese *et al.*, 2006) che ci ha permesso di considerare una memoria relazionale implicita (inconscia): la conoscenza di sé e dell'altro, l'inter-soggettività, si realizza primariamente tra sé corporei con cui diventiamo capaci di condividere/sperimentare le sensazioni ed emozioni.

Mi sembra di poter osservare così con Recalcati, che l'adattamento sociale si fa recitazione, in una società dell'immagine in cui l'obiettivo reiterato è apparire (inevitabilmente non si può non apparire, ma tale fondamento viene vestito di mille fogge, ognuna utile all'occorrenza). Il rapporto tra apparire ed essere si fa evanescente, attraverso ciò che non è più reale, non è più corpo ma un suo simulacro; «ogni apparire è imperfetto, nasconde l'essere; a partire da lui si costruiscono un voler essere e un dover-essere che sono già una deviazione del senso» (Greimas, 1987, p. 25). Recalcati parla di maschere, che coprono il «vuoto fondamentale nella costituzione narcisistica del soggetto», non più in un gioco di identificazione per fare desiderare l'altro, ma per far esistere il soggetto in una identità fittizia che diventa unica identità. L'anoressia può essere infatti vista come una maschera sociale del corpo magro (rinforzato culturalmente) che può compensare il vuoto narcisistico del soggetto.

In conclusione, mi piace porre una prospettiva che possa aiutarci a trovare un filo nella complessità che abbiamo richiamato con Recalcati. Il cambiamento delle relazioni è il cambiamento del soggetto e viceversa, in una doppia spirale auto-poietica, nella quale noi operatori della salute, intesa in senso bio-psico-sociale, siamo parte; specie nei disturbi alimentari e nelle

dipendenze patologiche, in cui vi è la necessità di un lavoro integrato multidisciplinare, che unisca i discorsi sconnessi di corpo e mente. In questo senso colgo quanto dice l'autore della «supplenza» cioè come lavoro terapeutico verso la differenziazione identitaria, sostituendo l'immagine speculare di sé cercata nell'Altro, volto a favorire la costruzione di opere nelle quali ri-conoscersi.

BIBLIOGRAFIA

- Bateson, G. (1979) *Mente e natura*, Adelphi, Milano 1984.
- Gallese, V., Migone, P., Eagle, M. (2006). *La simulazione incarnata: i neuronispecchio. Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*, *Psicoterapia e Scienze Umane*, vol. 40, 3.
- Galimberti, U. (1999) *Psiche e techne, l'uomo nell'età della tecnica*, Feltrinelli, Milano.
- Girard, R. (1999). In Manghi, S. (2014) *L'altro uomo, violenza sulle donne e condizione maschile*, Pazzini Editore, Rimini.
- Greimas, A.J. (1987). *Dell'imperfezione*, Sellerio editore, Palermo, 1988.
- Guidano, V.F. (1988). *La complessità del sé*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lasch, C. (1979). *La cultura del narcisismo*, Bompiani, Milano, 1981.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 21 luglio 2023.

Accettato: 25 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:842

doi:10.4081/rp.2023.842

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

*Emanuele Arletti**

La magia del doppiaggio. Un'esperienza didattica innovativa presso un liceo e uno strumento terapeutico di gruppo per gli adolescenti di Parma

Luglio 2021, circa un anno e mezzo dopo l'inizio della pandemia COVID. Durante questo tempo di riflessioni, emergenze, notizie e cambiamenti, inizio a chiedermi come posso essere di aiuto nel contesto scuola, per sostenere ragazzi e ragazze nel loro percorso di crescita, in un modo nuovo. Un modo che possa includere il lavoro sul gruppo e sulle relazioni, la voce e la respirazione, il corpo, la consapevolezza di sé e delle proprie qualità psico-emotive e di sentire, accogliere e trasformare le paure e l'ansia in forza, energia vitale e consapevolezza. Un modo nuovo che esca dai confini della stanza di terapia ed entri, con gentilezza, professionalità ed entusiasmo, nei contesti scolastici di gruppo in cui transita la vita mattutina degli adolescenti.

Da qualche anno, nel mio studio privato, sperimentavo e conducevo gruppi e terapie individuali in sinergia con il logopedista Luca Militello, utilizzando lo strumento del doppiaggio e tecniche integrate di psicoterapia e logopedia per trattare disfluenze verbali e diverse tipologie di stati d'ansia. Ci siamo resi conto, al di là delle categorie diagnostiche, che questo strumento ha una potenza terapeutica diversa da altri strumenti, perché implica un lavoro sinergico che comprende il corpo, la voce, le emozioni e le relazioni. Ed è a questo punto che decidiamo di proporre un percorso di questo tipo in ambito scolastico. La lungimiranza e la sensibilità di Pier Paolo Eramo, dirigente scolastico del liceo G.D. Romagnosi di Parma e del Vicepresidente Prof. Allegri responsabile dei Fuori Classe, apre una possibilità di iniziare a febbraio 2022, proprio nell'ambito delle attività denominate Fuori Classe, che si svolgono durante l'orario scolastico e comprendono diversi percorsi di gruppo. E così, tutto inizia.

*Psicologo e Psicoterapeuta Sistemico-Relazionale, Master in EMDR e conduttore di Costellazioni Familiari, Fondatore di Centro Quintessenza Parma (www.quintessenza.net).
E-mail: e.arletti@quintessenza.net

Nello specifico, il progetto sfrutta il contesto divertente della recitazione cinematografica, di sua natura efficace per affinare le capacità verbali, comunicative e di gestione dei personali stati emotivi. Timidezza, ansia ed alta emotività espressa, siano esse manifeste o mantenute ad un livello di iper-controllo, esprimono possibili difficoltà relazionali nei diversi contesti di riferimento. L'attività di doppiaggio migliora la fluenza del linguaggio, le competenze relazionali, la consapevolezza di sé e delle emozioni vissute. La postura, la respirazione, la lettura, il ruolo da interpretare, determinano un linguaggio nuovo: si crea lo spazio per una migliore fluidità linguistica, timidezza e ansia diventano amiche da conoscere, comprendere e dalle quali non temere le re-azioni. Il potenziale di capacità linguistica e relazionale emerge attraverso la proiezione nel personaggio da doppiare. Questo laboratorio della comunicazione, si presenta quindi come forte strumento espressivo e linguistico: proporre questo percorso in fase evolutiva, può garantire il miglioramento e lo sviluppo delle capacità relazionali, della consapevolezza degli stati emotivi sperimentati in connessione alla voce e la restituzione di una immagine positiva di sé connessa ai personali talenti e capacità.

L'incontro tra Logopedia e Psicologia in età Evolutiva crea una sinergia preziosa. La fonetica, a sua volta, è intimamente collegata alla respirazione, la quale, poi, è strettamente collegata alla psicologia della persona (sia in età evolutiva che in età adulta), ai suoi stati d'animo ed emozioni, alle ansie del parlare in pubblico e alla gestione della fluenza verbale. L'inibizione al parlare può essere trasformata in coraggio, la difficoltà a modulare stati d'ansia può essere mitigata e divenire sicurezza. In accordo e sinergia con la scuola, ci siamo proposti (e direi abbiamo ampiamente raggiunto), i seguenti obiettivi del percorso:

- Imparare a conoscere, gestire e controllare la voce nelle sue diverse componenti (ad esempio: ritmo, tono, volume, pause);
- Esercitare e migliorare le abilità linguistiche, sia nella lettura sia nella fonologia- articolazione;
- Migliorare l'autostima e superare l'ansia del parlare in pubblico o davanti ad un gruppo;
- Sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e delle emozioni;
- Favorire la capacità di riflettere ed interiorizzare i vissuti;
- Stimolare il potenziale espressivo, per migliorare le capacità di comunicare le proprie idee ed emozioni;
- Promuovere la creatività e la partecipazione.

Gli studenti sono stati protagonisti di un viaggio alla scoperta della voce, dei personaggi e delle emozioni, lavorando ad ogni incontro su questi aspetti:

- Voce e respirazione
- Articolazione del linguaggio

- Fluenza, ritmo e tempi di parola
- Studio del Personaggio, attraverso l'analisi di scene e monologhi
- Analisi dei diversi stati emotivi
- Doppiaggio live di gruppo con registrazione voce e montaggio video

Ma non esiste una progettualità di questo tipo, senza comprendere la necessità e il desiderio di fornire la possibilità a più ragazzi e ragazze di sperimentare questo viaggio, oltre i confini del contesto scolastico, verso nuove rotte di navigazione che includano gli adolescenti del territorio di Parma. E come spesso accade, il desiderio può divenire realtà, se decidiamo di essere profondamente di aiuto ed incontrare le persone che possono sostenere, in piena sintonia, la realizzazione di questa progettualità orientata agli adolescenti. Nasce così l'incontro con la docente di Teatro del Liceo G.D. Romagnosi, Sabina Borelli: regista ed attrice, formatrice teatrale ed art project creator. Insieme, abbiamo creato un ponte tra la realtà scolastica e il territorio, affinché ci sia la possibilità, per ragazzi e ragazze di Parma, di dare continuità con il progetto di doppiaggio a scuola ed accedere ad un percorso specifico ed innovativo che consente di lavorare in gruppo, fra coetanei. Si tratta, in questo caso, di un secondo percorso nato dalle osservazioni ed esperienze maturate nel primo progetto relativo al Liceo G.D. Romagnosi, che si pone in continuità con le premesse del percorso svolto a scuola ma che, al tempo stesso, propone nuovi strumenti esperienziali di lavoro con gli adolescenti al di fuori del contesto scuola. Il progetto, in particolare, si svolgerà presso il mio studio di psicoterapia Centro Quintessenza a Parma, negli ambienti dedicati ai corsi di gruppo.

Una delle premesse che ha accompagnato il progetto al liceo G.D. Romagnosi e che sostiene il secondo progetto extra-scolastico a Parma è la seguente: *'non esiste una voce bella o una voce brutta, non esiste un corpo bello o un corpo brutto, non esiste un'anima bella o un'anima brutta, esisti tu, semplicemente tu, e non esiste alcun limite alle tue possibilità di vivere pienamente in armonia con te stesso e in piena sintonia con il tuo gruppo'*.

E per fare questo, il lavoro di gruppo deve innovarsi e divenire ancora più completo, iniziando a includere ulteriori strumenti di aiuto per gli adolescenti, fra i quali:

- Teatro fisico e Biomeccanica teatrale
- Tecniche vocali di recitazione e dizione
- Improvvisazione teatrale
- Tecniche recitative e studio sul personaggio attraverso una intima interpretazione con approfondimento psicologico del proprio mondo interiore e del personaggio rappresentato
- Studio sul gesto psicologico ed il corpo in scena
- Doppiaggio live, registrazione e incisione

Nasce così questo secondo progetto rivolto agli adolescenti di Parma. Corpo, voce, emozioni sono le tre parole chiave di questo percorso. Come

psicoterapeuta, sono profondamente convinto che sia necessario creare percorsi di aiuto per adolescenti e in generale in età evolutiva, che siano terapeuticamente orientati alle relazioni, all'incontro di gruppo come esperienza interattiva che muove corpi, voci, emozioni in movimento, al superamento di break-down evolutivi, ansie e blocchi relazionali. E il percorso *'La Magia del Doppiaggio'*, entra pienamente in questa direzione, perché fra i vari aspetti, sostiene la sperimentazione di qualcosa di nuovo e di stimolante, attraverso l'esplorazione di nuovi modi di esprimersi e di comunicare con gli altri. Il doppiaggio e il teatro stimolano la creatività e la curiosità, imparando nuove tecniche recitative e di messa in scena, insieme ad altri coetanei. Le attività proposte e l'apertura psicologica al dialogo e alla meta-comunicazione su di sé e sulle relazioni, aiuta a conoscere meglio se stessi e gli altri, attraverso la riflessione e l'esplorazione delle emozioni e delle dinamiche relazionali. È anche un'opportunità per fare nuove amicizie e sentirsi parte di un gruppo di ragazzi e ragazze con interessi simili. Questo secondo percorso rivolto agli adolescenti di Parma si svolge in 14 incontri settimanali della durata di 2 ore ciascuno e segue un programma di crescita graduale: dai primi esercizi di consapevolezza corporea, emotiva e vocale verso la scoperta della dizione, della lettura di copioni e della respirazione diaframmatica, fino all'apprendimento di tecniche integrate di teatro e psicoterapia per entrare nei personaggi delle scene, nei personali vissuti emotivi e corporei, nella possibilità di esprimere pienamente con la voce e con il corpo le proprie emozioni, culminando nel doppiaggio di scene di film o cartoni con la registrazione live delle voci davanti ad un microfono. Già di per sé l'esperienza del doppiaggio mette in gioco la necessità di affrontare paure, ansie e timori, ma come ben sappiamo ci sono tante esperienze di doppiaggio più o meno giocoso o professionale nella solitudine della propria stanza, davanti ad un PC o ad un telefono. Ecco, noi ci proponiamo di far vivere un'esperienza integrata di voce, corpo, relazioni ed emozioni insieme ad un gruppo di coetanei e non nella solitudine della propria stanza. Un'esperienza a cui tutti possono accedere, perché non si tratta di diventare doppiatori professionisti, anche se tutti gli strumenti forniti dai docenti sono completamente in linea con le caratteristiche e le competenze che deve sviluppare un doppiatore professionista. Il focus è il viaggio di gruppo, l'aiuto nella consapevolezza ed espressione di sé, il superamento di ansie, paure e blocchi evolutivi, la possibilità di creare e sperimentare dal vivo relazioni, sensazioni e possibilità di sentirsi vivi. Nello specifico questo secondo percorso si svolge seguendo questo programma:

- Esercizi di teatro e psico-corporei sul creare relazione di gruppo, sulla consapevolezza e l'espressione del corpo, sulla voce libera, sulla voce a microfono sia di improvvisazione sia usando frasi/testi/copioni con esercizi di ascolto, sulla registrazione della voce
- Dizione, respirazione, articolazione, lettura, doppiaggio

- Esercitazioni pratiche di gruppo che seguono 5 metodi teatrali e psicologici per entrare nel personaggio, nello studio della scena corrispondente e nel doppiaggio con registrazione delle voci. Nello specifico, questi 5 metodi funzionano come attivatore di esperienze integrate di gruppo che coinvolgono corpo, voce, emozioni. Un esempio fra questi cinque è il metodo di Michael Chekhov. Si tratta di una famosissima tecnica di Chekhov basata su un approccio di tipo psico-fisico. Mira alla trasformazione. Si stacca dalla vita privata, porta all'immaginazione alla metafora e al fare poesia grazie al gesto psico-fisico. Qualcosa di esteriore che risveglia l'interiore. Utilizza il gesto psicologico, in relazione alle azioni fondamentali dov'è racchiuso poi un personaggio. Si sviluppa così una connessione tra mente e corpo attraverso le azioni fisiche e i movimenti. Anche il metodo Meisner è un altro buon esempio. Con la sua tecnica Meisner chiede all'attore di vivere in modo veritiero in determinate circostanze immaginarie: è un lavoro che richiede apertura, onestà e soprattutto saper ascoltare.

Tutto questo progetto, muove dal desiderio di aiutare ragazzi e ragazze in fase adolescenziale, per comprendere e vivere pienamente le nuove necessità e bisogni legati alle relazioni, alla voce e al corpo e mira non solo ad essere uno strumento di aiuto relativo ad ansie, paure, blocchi emotivi e relazionali, ma anche ad essere un percorso di gruppo che sostenga la prevenzione dello sviluppo delle problematiche citate precedentemente, favorendo al tempo stesso lo sviluppo di competenze e consapevolezza che possano implementare le esperienze positive e costruttive di questa fase dello sviluppo. Raggiungere emotivamente gli adolescenti per chi si occupa di relazioni di aiuto e per i caregiver in generale è un'impresa non sempre facile e penso sia importante interrogarsi non tanto sulle competenze quanto sulla creazione di contesti e percorsi che possano aiutare e stimolare la possibilità di creare momenti di relazione e di aggancio per lavorare sulle emozioni, sul corpo e sulla consapevolezza di sé. In questo senso un percorso di gruppo che utilizza strumenti come il teatro e il doppiaggio, in una cornice relazionale e creativa, può essere uno stimolo importante per lavorare su di sé e sul gruppo in termini interattivi, specifici e profondi. Le trasformazioni sociali e culturali che hanno coinvolto la società e la famiglia, hanno modificato la percezione, la soggettività e le relazioni adolescenziali, rendendole 'liquide' (secondo la definizione di Baumann) e questo rende necessario, come terapeuti, considerare molti elementi diversi nel processo di cura e di consapevolezza. Ciò che rimane invariata è l'esigenza di confrontarsi con il corpo che cambia, la voce e l'espressione di sé, le relazioni fra coetanei, la necessità di transitare verso l'adulità e trovare il proprio posto nel mondo. Da questo punto di vista penso sia fondamentale fornire strumenti e percorsi che possano incontrare i cambiamenti adolescenziali non solo in termini intrapsichici, ma soprattutto sistemici, incontrando terapeuticamente anche

le nuove modalità di comunicazione fra adolescenti, per poterle utilizzare come strumenti costruttivi e trasformale in risorse per lavorare su di sé. Ecco perché ho e abbiamo creato questi percorsi e progetti che ruotano intorno al doppiaggio, al teatro e alla voce.

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

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 2 luglio 2023.

Accettato: 16 luglio 2023.

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

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2023; XXXIV:837

doi:10.4081/rp.2023.837

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

EDITORIAL
Editorial 237
▪ Fabio Vanni

Focus 1:
**The anxiety and depression consensus conference:
a critical look**

Commentary on the Consensus Conference's final document on psychological therapies for anxiety and depression. What is the scientific evidence? 241
▪ Gianluca Lo Coco

A storm in a teacup: a commentary on the 'Consensus conference on psychological therapies for anxiety and depression' 249
▪ Silvia Paola Papini, Fabio Vanni

Italian guidelines on psychological therapies for anxiety and depression: innovation or missed opportunity? 277
▪ Simone Cheli

'Anxiety and depression': document of 2022 Ministry of Health Consensus Conference. What is the purpose? The question is a good one and needs an answer 289
▪ Miriam Gandolfi

Anxiety, depression and psychotherapy 305
▪ Luigi Cancrini, Francesca Romana De Gregorio

Focus 2:
Psychoanalytic supervision

Becoming a psychoanalyst: supervision as a central moment of training 317
▪ Maria Luisa Tricoli

Supervisory relationships 337
▪ Sandra Buechler

DIALOGUES ABOUT CARE RELATIONSHIPS
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 353
▪ Giuliana Nico

Commento al caso clinico:
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 363
▪ Valentina Argento

Commento al caso clinico:
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 369
▪ Cristina Sempio

La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita:
risposta ai commenti al caso 375
▪ Giuliana Nico

MEETINGS
Ciclo di incontri 'Giovani: forme dello stare nel mondo'. 30 marzo, 13 e 27 aprile 2023, Parma 379
▪ Manuela Di Fabio

GLANCES
Commento al film: *Vicini di casa* 385
DI PAOLO COSTELLA, 2022
▪ Fabio Vanni

LECTURES
Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi 389
DI MASSIMO RECALCATI
▪ Gianfranco Bruschi

TRANSFORMATIONS
La magia del doppiaggio. Un'esperienza didattica innovativa presso un liceo e uno strumento terapeutico di gruppo per gli adolescenti di Parma 395
▪ Emanuele Arletti

EDITORIALE
Editoriale 239
▪ Fabio Vanni

Focus 1:
**La Consensus Conference su ansia e depressione:
uno sguardo critico**

Commento al documento finale della Consensus Conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione. Quali evidenze scientifiche? 245
▪ Gianluca Lo Coco

Dalla montagna al topolino: commento a 'Consensus conference sulle terapie psicologiche per ansia e depressione' 263
▪ Silvia Paola Papini, Fabio Vanni

Le linee guida italiane sulle terapie psicologiche di ansia e depressione: un'innovazione o un'occasione persa? 283
▪ Simone Cheli

'Ansia e depressione': documento Consensus Conference 2022 del Ministero della Salute. Quale lo scopo? La domanda è buona e necessita di una risposta 297
▪ Miriam Gandolfi

Ansia, depressione e psicoterapia 311
▪ Luigi Cancrini, Francesca Romana De Gregorio

Focus 2:
La supervisione psicoanalitica

Diventare psicoanalisti: la supervisione come momento centrale della formazione 327
▪ Maria Luisa Tricoli

Relazioni di supervisione 345
▪ Sandra Buechler

DIALOGHI SULLE RELAZIONI DI CURA
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 353
▪ Giuliana Nico

Commento al caso clinico:
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 363
▪ Valentina Argento

Commento al caso clinico:
La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita 369
▪ Cristina Sempio

La figura paterna per una coppia lesbica che sta facendo procreazione medicalmente assistita:
risposta ai commenti al caso 375
▪ Giuliana Nico

INCONTRI
Ciclo di incontri 'Giovani: forme dello stare nel mondo'. 30 marzo, 13 e 27 aprile 2023, Parma 379
▪ Manuela Di Fabio

SGUARDI
Commento al film: *Vicini di casa* 385
DI PAOLO COSTELLA, 2022
▪ Fabio Vanni

LETTURE
Clinica del vuoto: anoressie, dipendenze, psicosi 389
DI MASSIMO RECALCATI
▪ Gianfranco Bruschi

TRASFORMAZIONI
La magia del doppiaggio. Un'esperienza didattica innovativa presso un liceo e uno strumento terapeutico di gruppo per gli adolescenti di Parma 395
▪ Emanuele Arletti