

Gruppo di discussione del “Focus” del Centro Studi del 4 novembre 2010.

(sono presenti i dottori: Boyer, Coen, Monteverde, Tadiello, Viganò)

Coen: Volevo fare una parziale ammenda riguardo a quanto ho detto in altre occasioni a Voi e anche al Convegno quando ho affermato che il concetto di identità di percezione non ricompare più nell’opera di Freud e ho anche cercato di fornire una interpretazione di questo fatto. In realtà la parola, il termine non ricompare più ma il concetto è presente, diciamo così, sotto traccia e fa la sua ricomparsa per esempio nell’articolo del 1911 “Precisazioni sui due principi dell’accadere psichico” e in quello del 1924 “La negazione”. In particolare mi pareva potesse valer la pena rileggere un passo di quest’ultimo e provare a rifletterci sopra assieme. E’ un testo piuttosto difficile.

Monteverde: A proposito di identità di percezione, mi sono sorti dei dubbi. Noi diciamo che il paziente viene da noi e cerca di stabilire una identità di percezione attraverso una certa relazione di ruolo, inducendo in noi l’assunzione di un certo ruolo. Mi sembra che non sia vero del tutto. Il paziente di fatto sembra continuare a difendersi contro la realizzazione dell’identità di percezione, che se conseguita rappresenta una minaccia. L’esperienza di soddisfacimento del desiderio è una esperienza gratificante, ci dà sicurezza, benessere, ci tiene lontano da esperienze spiacevoli etc. Tuttavia nel corso dello sviluppo recuperare questa esperienza è faticoso per cui noi, nel corso dello sviluppo dobbiamo arrangiarci a cercare di conseguire l’identità di percezione, cosa che non riusciamo mai a fare in maniera completamente soddisfacente. Impariamo allora ad adattarci utilizzando i vari meccanismi di difesa, adattarci allo stato di frustrazione che consegue alla impossibilità di ottenere l’identità di percezione rispetto al nostro desiderio di base, rispetto alla nostra ricerca di una gratificazione completa. Quindi nella relazione di ruolo quello che noi vediamo è l’insieme delle difese. Se voi considerate il caso clinico di cui parlano i Sandler (pagine 70 e 71 del libro di J. E A-M Sandler “Gli oggetti interni. Una rivisitazione”) voi vedete che Sandler interpreta i derivati di quelli che sono i desideri di base, il reale soddisfacimento che il paziente ricerca, quello cioè del desiderio di essere estremamente protetto, estremamente amato. Non so se è chiaro. Quanto ho detto fa parte di un dubbio che ho in testa.

Coen: Mi sembra che ciò che tu dici rientri nel concetto che Sandler introduce di identità di percezione mascherata e che si pone per così dire a mezzo fra i concetti freudiani di identità di percezione e identità di pensiero.

Monteverde: Il vero desiderio del paziente era quello di avere l’amore e l’ammirazione da parte del padre ma lui non riusciva a conseguirlo, si è sempre dovuto arrangiare per proteggersi da questo

desiderio, per proteggere la sua coscienza dalla rappresentazione di se stesso come colui che sta dietro al cercare di conseguire, di realizzare questo desiderio.

Qui leggendo il caso, pare che tutto riguardi il conseguimento del derivato, l'arrangiamento.

Viganò: Perché parli di difese, perché si deve difendere da quel desiderio?

Monteverde: Se questo paziente si consapevolizza del fatto che il suo vero desiderio è quello di avere l'amore esclusivo del padre, io credo che si scombussolerebbe. Quello che il paziente mette in piedi in tutto il corso della sua vita è una sorta di arrangiamento volto a proteggersi dalla consapevolezza di questo desiderio di base.

Coen: Anche il caso presentato al Convegno ultimo dalla Signora Sandler si può interpretare in questo modo. Per la paziente realizzare che il suo vero desiderio era quello di ottenere un rapporto di amore e di benessere quale quello configurato nel rapporto con la balia era molto pericoloso perché la poneva in conflitto con una diversa immagine di sé legata ai valori, agli ideali trasmessigli dalla madre. Ha dovuto trovare un arrangiamento, un compromesso.

Viganò: Ma questo caso mi sembra diverso. Qui sono presenti due relazioni oggettuali diverse e distinte.

Coen: Non so se parlerei di due relazioni oggettuali quanto piuttosto di due diversi tipi di bisogni. Infatti quello che mi sembra che Sandler dica a proposito dell'identità di percezione mascherata è che ad un certo punto dello sviluppo le cose si fanno talmente complesse che non possiamo più cercare di soddisfare il desiderio di base perché sorgono i conflitti, ci sono altri desideri, bisogni e quindi andiamo a cercare un compromesso.

Boyer: Mi sembra che tu Milton abbia in mente una sorta di irrealizzabilità di questo desiderio di base, una irrealizzabilità, diciamo, ontologica e che quindi il desiderio in quanto irrealizzabile è di per sé fonte di malessere.

Monteverde: Se noi pensiamo agli stati di esaltazione, di grande benessere, stati di innamoramento, di idealizzazione, vediamo che in essi domina il meccanismo della negazione, una sorta di maniacalità. E' come nel sogno, noi sappiamo che tanto facciamo finta, che tanto è un sogno, è un fingimento illusionale. Quello che possiamo quindi ottenere nella relazione di ruolo sono molteplici aspetti dei nostri arrangiamenti ottenuti nel corso della vita. Quello che il paziente vuole

ottenere da me non è la tetta, quanto piuttosto di mantenere l'equilibrio. Io credo invece che molto spesso si pensi che quello che il paziente cerca di realizzare nella relazione di ruolo terapeutica è la gratificazione del desiderio primario; e facendo attenzione a questo aspetto non valutiamo sufficientemente i "compromessi" che dovrebbero costituire il centro della nostra cura..

Coen: Rileggendo questo libro e in particolare i casi che Sandler riferisce mi ha colpito come, in tutti, Sandler consideri la relazione di ruolo transferale e controtransferale, quale si stabilisce in terapia come la copia precisa di quanto è realmente accaduto, secondo il terapeuta, nell'infanzia del paziente. Non c'è mediazione: quanto è accaduto con il padre, la madre, il fratello nella prima infanzia si ripete nel rapporto con il terapeuta. Nel caso che tu, Milton, hai citato, il paziente quindi non cerca di realizzare il desiderio primario, ma ripete nella relazione con il terapeuta quello che è stato il rapporto reale con il padre, quello che tu chiami il suo arrangiamento difensivo, il suo adattamento alla situazione in cui si è trovato a vivere.

Monteverde: A me sembra che si dica una sorta di bestemmia quando si fa confusione fra il padre reale e il padre ideale. Qui si dice che questo padre era un pugile, era violento, era poco comunicativo. Che cosa so io di ciò che è capitato nella testa del bambino con un padre in quel modo lì. Si fa confusione fra il padre reale e il padre vissuto, fra infanzia reale e infanzia vissuta.

Coen: Anche nel caso presentato dalla signora Sandler dopo un certo intervento della signora la paziente dice "questa è mia madre". A me ciò che la paziente dice non mi convince, mi sembra un bel pezzo di intellettualizzazione da parte di questa donna che ha una lunga esperienza analitica e sembra sapere cosa si deve dire. Non mi convince questo riportare il discorso all'infanzia.

Monteverde: Tu adesso però stai parlando di un'altra cosa, del fatto cioè che esiste un gap storico fra l'infanzia e l'attualità. C'è una storia, uno sviluppo in mezzo.

Coen: Sì, quello che succede è molto complesso, quello che il paziente ha fatto per adattarsi a quello che è successo è molto complesso. Alla fine fare questi parallelismi un po' semplicistici fra il passato infantile e il presente adulto non mi sembra affatto convincente. Oltre tutto contraddice tutto quanto Sandler dice riguardo alla ricostruzione come un lavoro di ipotesi, di plausibilità, di supporto al lavoro principale che si svolge e riguarda l'attualità

Tadiello: Quindi la relazione di ruolo che si cerca di attualizzare va intesa come un compromesso fra certi desideri di base e altri che sono legati per esempio agli ideali, ai valori. Per qualche motivo

il paziente non riesce più a realizzare nella sua vita questa relazione e viene in terapia con questo intento in testa.

Boyer: Ricordo che alcuni anni fa girava per il Centro uno schema dove veniva rappresentato il desiderio di base, originario, che poi si scontra con le difese, viene modificato e così trasformato, procede verso la realizzazione: ora io non credo che questi desideri di base, originari, esistano veramente, che siano rimasti lì depositati a partire dai primi giorni e mesi di vita intonsi e immutati. Non è che il paziente vuole la tua tetta perché se fosse così ci sarebbe veramente qualche problema. La ricerca dell'identità di percezione riguarda invece, secondo me, i desideri attuali. Il paziente di cui parla Sandler ha nei suoi confronti dei desideri che non c'entrano niente con quelli che aveva quando aveva sei anni e che intratteneva nei confronti del padre.

Viganò: Sì, però lui nel suo modo di porsi e di relazionarsi nell'attualità con il dott. Sandler utilizza tutto quello strumentario che si è inventato nel corso dello sviluppo e che caratterizza il suo attuale stile di relazione oggettuale.

Monteverde: Il desiderio ci può essere stato, per esempio in questo caso riportato da Sandler, se volete è un desiderio basato biologicamente, diciamo un desiderio di un amore totale ed esclusivo ma questo desiderio è stato frustrato. Il paziente non ha probabilmente conseguito appieno il suo desiderio e quello che ha determinato il suo carattere è stata l'esigenza di proteggersi da questa frustrazione causata da questa mancata realizzazione. Allora lui ha imparato, per esempio, a porre le domande in maniera indiretta. L'idea di Sandler di riportare al momento genetico la problematica del paziente può essere salvabile soltanto se noi utilizziamo questo dato come qualcosa che suggerisce lo stile delle maniere difensive.

Coen: Sì, io penso che il desiderio di base c'è. Non c'è bisogno di far riferimento in modo particolare al padre piuttosto che alla madre, lasciamo stare i personaggi. Però l'aspirazione ad un certo stato emotivo, chiamiamolo di benessere, c'è e percorre tutta la vita, per lo meno come aspirazione.

Monteverde: Quando questo paziente presenta, da adulto, ai soci della sua organizzazione i dati ottenuti sul piano finanziario, che ci possiamo immaginare, data la posizione che egli ha raggiunto, siano molto positivi, Sandler ci dice che va in ansia. Quindi il desiderio che possiamo immaginare di metterci cioè al centro dell'attenzione e dell'ammirazione di tutti è per lui un desiderio

minaccioso. Quindi la relazione di ruolo che il paziente cerca di instaurare ha un rapporto indiretto con il desiderio originario.

Coen: Sì, però io penso che il paziente parte con un proposito di realizzare una situazione di pieno benessere emotivo ma poi entri in qualche tipo di conflittualità segnalata dall'ansia e quindi dirotti il desiderio originario verso qualcosa di indiretto, di compromissorio.

Boyer: Quello che ho difficoltà a immaginare è che persista un desiderio del periodo infantile. La Costituzione americana dice che il cittadino ha diritto alla felicità. Allora il benessere che noi diciamo che la persona va cercando ha a che fare con questo, ma non ha a che fare con una realtà. Io ho difficoltà a immaginare che sussista un desiderio antico, originario, infantile. Non riesco a far risalire il desiderio di questo paziente di essere al centro dell'attenzione del gruppo dei suoi soci ad un desiderio originario da cui tutto il resto discende.

Coen: Io penso che in ogni momento della vita c'è una tensione verso uno stato di benessere. Noi in media abbiamo dei momenti in cui ci diciamo "come sto bene!" e poi dopo mezz'ora non stiamo più bene. Sandler dice che il primo oggetto del bambino sono le emozioni. La tensione verso l'emozione "buona" c'è sempre. Questo paziente l'ha avuta da bambino e l'ha anche adesso, percorre tutta la sua vita.

Viganò: Sì. Cerca di avvicinarsi a questo ideale, mette in moto la funzione giroscopica per mantenere l'equilibrio, il benessere, con tutto il traffico che questo comporta.

Monteverde: Va bene. Supponiamo di aver raggiunto su questo un certo accordo. Ma sul piano della clinica come si tratta tutto questo? A me interessa questo.

Coen: Si traduce per esempio in quelle situazioni transferali e controtransferali in cui il paziente crea delle situazioni molto infelici. Non credo che questo sia il suo intento primario ma è frutto di quello che tu hai chiamato il suo processo di arrangiamento, il compromesso che è in grado di conseguire, date tutte le variabili contemporaneamente presenti nel suo mondo interno. Per esempio ieri nel gruppo di supervisione si parlava di questa paziente che ad un certo punto ha sviluppato un atteggiamento estremamente oppositivo verso la terapeuta e si è impuntata a voler ridurre il numero delle sedute settimanali. A me è sembrato di poter dire che la paziente, man mano che si è sviluppato il processo terapeutico e si è infittita la relazione con la terapeuta ha sviluppato delle ansie di poter essere manipolata, che la terapeuta volesse tenerla per delle sue recondite ragioni e

non perché le voleva veramente bene. Questo accadeva in tutte le sue relazioni, per esempio di carattere sentimentale, che finivano tutte male perché lei si convinceva che il partner volesse stare con lei solo per soddisfare i suoi bisogni sessuali etc. Ora fra l'altro la terapeuta dice che questa paziente aveva una madre molto instabile di umore e che ogni tanto si assentava. Un collega nel gruppo ha avanzato allora l'ipotesi genetica che questa paziente nella sua infanzia non fosse mai sicura se la madre, quando si accostava a lei, lo facesse perché aveva lei madre bisogno di conforto o se era perché voleva lei dare conforto alla figlia. Il collega diceva che la paziente stabiliva questo tipo di rapporto da adulta perché le dava sicurezza, ripeteva una relazione familiare, ma non le dava benessere. Sulla base della sua esperienza doveva arrangiare il rapporto in un certo modo, trovare una vicinanza o se volete una distanza di sicurezza. Io devo dire che a me questo discorso della sicurezza non mi convince del tutto.

Boyer: Però mi sembra che questa sia una nozione centrale relativamente alla relazione di ruolo. La relazione di ruolo può essere fonte di sofferenza, ma ci ripaga con un sentimento di sicurezza. Anche a me questo punto di vista non pare del tutto soddisfacente e convincente. In questo caso che tu descrivi si può pensare che ci sia un aspetto di controllo, che la paziente invece di abbandonarsi alla relazione, avendo presente la minaccia rappresentata dalla instabilità materna, dalla sua imprevedibilità eserciti un certo controllo e ottenga in questo modo una certa sicurezza.

Coen: In fondo, a questo riguardo mi convince di più l'idea che è venuta fuori stamani, parlando con Milton, che il paziente può fare solo quello che conosce, quello che ha nella sua saccoccia.

Monteverde: Sì, non può fare altro che quanto ha sperimentato.

Boyer: Sì, per esempio questa paziente, di fronte all'ansia che la relazione terapeutica le suscita, ha come unica soluzione, l'unica che conosce, quella di fare un passo indietro e di esercitare un controllo. Non è che elabori una strategia, che ricerchi la sicurezza. E' questa idea di intenzionalità che non mi convince.

Coen: E noi possiamo farle fare una esperienza emozionale correttiva?

Monteverde: Nel caso di cui parlavamo stamattina non è tanto questione di esperienza emozionale correttiva. Stamani ho utilizzato la metafora orchestrale dicendo che è come se l'orchestra avesse nella sua attrezzatura un dato strumento ma come se non avesse suonato mai. Adesso il paziente può provare a suonarlo e si tratta di integrarlo, di armonizzarlo con il resto della struttura

orchestrata. E' possibile che il paziente più che una esperienza correttiva faccia una esperienza strutturante. Se la paziente di cui tu parlavi arriva ad avere più fiducia in una relazione non è perché ha fatto una esperienza correttiva, ma piuttosto una nuova esperienza. Prima faceva così ora fa in un altro modo.

Coen: Ma credo che Alexander intendesse il termine proprio in questo modo, la possibilità cioè per il paziente di fare una esperienza radicalmente diversa da quella originale.

Monteverde: Nel caso di cui riferisce Sandler ciò verso cui il terapeuta tende è che il paziente possa avvertire nel suo mondo interno la possibilità di realizzare il suo desiderio senza sentire la presenza della minaccia. E in questo senso il paziente corregge se stesso, corregge cose che sono già in azione, il vecchio modo che la sua orchestra ha di suonare: Io ho l'impressione che ci sono delle persone che certe esperienze non le hanno fatte, c'è una carenza di identificazioni con un padre strutturato e strutturante, un padre interno naturalmente.

Coen: Sì, e poi c'è il problema cui facevi cenno tu prima, che cioè il tutto va inserito all'interno dell'orchestra che è quello che è.

Boyer: Pensavo alla paziente di cui parlavi prima. Si potrebbe anche pensare che questa persona non ha costruito una struttura che le permetta di sopportare l'intimità, il calore di una relazione stretta. Quando la relazione terapeutica si scalda ed entra in azione lo strumento sinora silente, per usare questa metafora, si crea una dissonanza, una disarmonia rispetto al precedente modo di funzionamento dell'orchestra. E' qui che si gioca la capacità della coppia terapeutica di sopportare questa dissonanza, questa disarmonia fintanto che il nuovo strumento non si accorda con gli altri. Non so se questa sia una esperienza emozionale correttiva, che è poi un termine che non mi piace perché c'è dentro un aspetto manipolatorio, come se il terapeuta fosse capace di offrire una esperienza nuova di questo tipo. Mi sembra piuttosto che il contributo del terapeuta consista nel fornire un aiuto a sopportare le difficoltà scatenate dalla novità dell'esperienza.

Monteverde: Io credo in una cosa ancora diversa e cioè che solo a posteriori possiamo dire ciò che abbiamo fatto. Di fatto è successo così. Di fatto questa è stata una esperienza emozionale correttiva. Non è che possiamo metterci a tavolino a programmare a priori. Quando programiamo in genere ci difendiamo, cerchiamo di aumentare il nostro senso di sicurezza.

A questo punto il dott. Monteverde parla di una paziente, una persona di circa 60 anni che chiede di essere aiutata per una conflittualità col marito e con i figli che le rimproverano di essere troppo aggressiva con tutti: sia in casa sia nelle situazioni sociali dove si diverte ad attaccare, a provocare, mettendo spesso, a suo dire, a disagio le varie persone. La paziente si rende perfettamente conto di essere troppo aggressiva e pensa che spesso è riuscita ad offendere il prossimo. M. reagisce alla denuncia delle autoaccuse con incredulità ed un sentimento di simpatia, spesso ridendo di certe sue battute “cattive” fatte in società: in realtà M. non crede che questa persona sia veramente aggressiva: Ha in mente che avendo avuto numerosi fratelli e sorelle fin da bambina la paziente ha dovuto farsi largo per farsi notare, suscitare attenzione ed avere testimonianze di affetto: per questo è stata considerata sempre una rompiscatole. Il dott. Monteverde, utilizzando il suo sentimento controtransferale verso questa donna, improntato a forte simpatia e a un senso di tenerezza, spiega alla paziente che lei ha avuto bisogno di comportarsi in questo modo, di stabilire questa particolare relazione di ruolo cioè perché ha fatto fatica a sopportare la pena di non sentirsi notata, considerata, ma piuttosto marginalizzata dai fratelli più grandi. Quando la paziente si accalora nel prendersela con il suo prossimo, denuncia in realtà che sente la mancanza di un affetto, di un supporto, di qualcuno che le voglia bene.

La paziente reagisce a questa interpretazione riferendo un ricordo della sua infanzia, relativo al periodo in cui frequentava la scuola elementare e che da tempo era scomparso alla sua memoria. Ella ricorda che a quell'epoca le capitava di sentire il bisogno di impossessarsi in maniera perentoria di alcuni oggetti sparsi in casa, prendere, quasi con lo spirito della ladre, qualcosa delle sue compagne di scuola. Risulta che è la prima volta che la paziente rammenta di essere stata una sorta di cleptomane: si dice molto sorpresa di questo ricordo ed esprime col volto una sorta di simpatia e benevolenza per se stessa.

Il dott. Monteverde sottolinea il suo vissuto controtransferale verso questa donna che egli sente come una sorta di bambina, quasi che la sua infanzia fosse ora viva e presente, nonostante l'età e l'importante posizione sociale raggiunta che, teoricamente, potrebbe invece incutere una certa sorta di soggezione. M. è quasi sorpreso dal fatto che, contrariamente alla sua tendenza a lavorare con i pazienti nell'hic et nunc, nell'attualità, si trova con questa paziente ad utilizzare molto la sua storia particolare, la sua infanzia. M. non sente alcuna aggressività né senso di seccatura verso questa paziente il che gli ha fatto pensare che il suo vero problema sia la presenza di una importante situazione carenziale di cui la paziente si rende conto molto limitatamente. La paziente ha paura oggi a esprimere affetto ai suoi e al suo prossimo non perché voglia loro veramente male ma perché ha una qualche paura di essere rifiutata, di essere marginalizzata, di essere considerata infantile. La paziente sembra aver già tratto vantaggio da questo breve scorcio di lavoro analitico e riferisce che per la prima volta nel week-end i suoi non l'hanno rimproverato di essere aggressiva e di rompere le

scatole agli altri. M. si chiede se in questo caso la spiegazione ricostruttiva data non possa essere sufficiente ad aiutare la paziente a modificare un comportamento disturbante per gli altri e per lei stesso.

Viganò: Questa signora instaura in genere una relazione di ruolo per cui tratta aggressivamente gli altri e rompe loro le scatole mentre con te si è subito stabilita una relazione molto diversa. Probabilmente tu ci hai sentito subito il “cucciolo”. Ti è capitato quello che succede con i bambini in terapia che ti tirano i calci e tu vai a vedere cosa c’è dietro a questo comportamento, qual è il bisogno che il bambino ha. La madre di questa paziente dopo aver sfornato tanti figli può essersi sentita un po’ stanca, affaticata e quindi lei può aver veramente provato una situazione di una certa carenza. Quello che tu dici è che andando al nocciolo del problema, mirando dritto dritto a questa situazione di base di tipo carenziale si ottiene subito un certo risultato, una modificazione.

Monteverde: Quello che voglio sottolineare parlando di questa persona e del mio rapporto con lei è che io ho fatto quello che mi è venuto di fare. Non ci sono stato a pensar su più di tanto, sì avrò registrato il mio sentimento di tenerezza ma non ci ho costruito sopra più di tanto. Quello che mi chiedo è dove si fa veramente il gioco.

Viganò: Nei neuroni specchio! Nel fatto che tu cogli subito che questo qui, al di là di tutta la coreografia che monta su, ha in realtà bisogno di carezze. E’ una cosa che cogli subito.

Monteverde: Cos’è sta storia dei neuroni specchio?

Coen: Sì, la base neurologica dell’empatia.

Monteverde: Non è empatia, è simpatia, credo sia una cosa diversa, mi sento di accettare con piacere la paziente: penso possa esserci fra noi due, da parte mia, un qualcosa di più complesso, che mi fa pensare che accetto non solo “la bambina dentro”, ma anche i tratti di carattere che sin sono strutturati magari per difesa nel corso del suo sviluppo: ritorniamo al concetto di “induzione di ruolo” inteso come identità di percezione “mascherata”, come ricordava Paolo prima.

Tadiello: Però è ipotizzabile che un altro terapeuta sarebbe andato a rovistare nell’aggressività e avrebbe messo in primo piano quel problema lì. I neuroni specchio non sono così scontati.

Coen: Beh, uno può avere paura della sua empatia, far fatica ad accogliere quello che i neuroni specchio gli dicono, può difendersene.

Viganò: Con i bambini è tipico: quando ti tirano i calci ti viene da chiederti come mai, senti che sotto c'è un bisogno. Credo che sia questo che ti è successo.

Monteverde: Quello che mi colpisce è il fatto che io in questo caso ho valorizzato questo dato storico, anamnestico.

Coen: Ma lo hai fatto dopo aver percepito questo aspetto carenziale che è attuale e , ipoteticamente, anche della sua infanzia.

Boyer: La mia impressione è che questa persona, che avrà pure una certa età, per come si è presentata, sia ancora una bambina, il che non è così frequente fra i nostri pazienti. L'infanzia di questa paziente è attuale, presente, i suoi sentimenti infantili ci sono tuttora.

Monteverde: Bravo, sì è così. Non è che io sono andato a riprendere la sua storia, la sua storia in qualche modo è adesso.

Boyer: Sì lei adesso fa i dispetti, e ti fa anche morire dal ridere.

Monteverde: In effetti l'altro giorno le ho detto che noi tendiamo ad abusare dell'espressione "il bambino piccolo che c'è dentro di noi, ma che pensavo che nel suo caso non servisse perché lei ha una vivacità, una intelligenza emotiva tale per cui per certi aspetti è proprio una bambina. Le ho detto proprio così. Mi viene in mente ora. Così sic et simpliciter.

Viganò: Questa persona per certi versi ti assomiglia, è una sorta di tua parente.

Monteverde: Sì, in effetti le voglio molto bene.