

ARGO Onlus - Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo  
Roma/Milano/Padova, dicembre 2023, N.9

# Gruppo: Omogeneità e differenze

**Gruppo Corpo**

a cura di S. Bruni, S. Corbella, S. Marinelli, N. Fina, L. Romeo, G. Ziliotto, A. Detcheva

2023, Vol. 9

## Indice

Ringraziamenti

Presentazione di S. Marinelli e S. Corbella

Corpo e Gruppo: presentazione di E. Lecourt

In contemporanea, sul sito di Argo, sezione Inconscio Creatività Opere,  
opere di P. Valerio, L. Di Luzio, P. Zampa

## Contributi

Gruppo Corpo: varianti e invarianti dell'angoscia di malattia. S. Bruni

Ascolto analitico e linguaggi del corpo/mente nel gruppo. S. Corbella

La presenza del corpo nel gruppo terapeutico.

Per una possibile ricomposizione della scissione mente-corpo. N. Fina

Mito e rito: essere corpo nel gruppo. S. Marinelli

L'elefante senza orecchie. Quando il corpo è acefalo. S. Anastasia

Adolescenza: quando il corpo "fa rumore". P. Carbone

Selfless Body: il corpo di un Sé inesistente. G. Di Luzio

L'adolescente, il corpo e i suoi tradimenti. E. Casini

Gruppo con pazienti obese e iperfagiche. G. Ziliotto

L'omosessualità maschile nella prima adolescenza, ricerca  
dell'identità e rapporto col proprio corpo. F. Rocchetto

Il rapporto psiche-corpo-tatuaggio: aspetti individuali e gruppal. V. De Blasi

L'identità di genere. G. De Vita

**COVID 2020: Contributo di Pietro Roberto Goisis:**

Psicoanalisi del Covid da un letto di ospedale

## Psicodramma e corpo

Riflessioni sulla presenza del corpo nello psicodramma  
psicoanalitico di gruppo.

B. Duez, C. Duez

Giocare il corpo nel gruppo. C. Merlo

Intervista a Gianni Boria. A cura di S. Corbella

## Corpo e gruppo di cura

Il gruppo di cura in un reparto di pediatria: il corpo del bambino  
come campo di comunicazione. M.I. Colombini

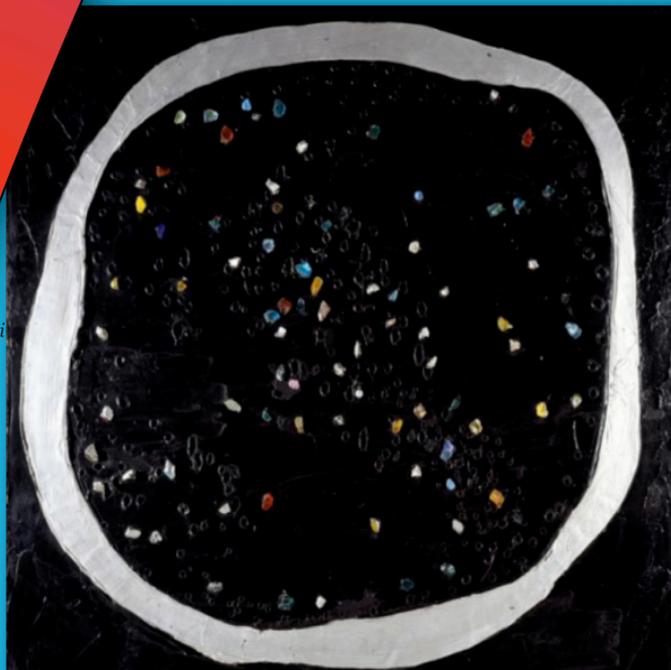
Il progetto di "Psicoterapia Sospesa": il gruppo come cura e creatività per i minori  
che escono da esperienze di violenza domestica. S. Gnechi Ruscone, A. Dondona

Alla ricerca di un'identità: un'esperienza di gruppo  
con persone in transizione. A. Argiolas

Utilizzo del metodo Balint per il sostegno alla genitorialità  
nell'approccio integrato ai DCA e ad altre patologie mentali  
in adolescenza e tarda adolescenza. F. Menaldo, B. Dusi

La gestione del corpo e il linguaggio della corporeità in gruppo  
nello scambio circolare tra lo spazio virtuale e reale. M. Cucinotta

## Recensioni



Lucio Fontana. *Concetto spaziale: la Luna a Venezia*, 1961

## **Gruppo: Omogeneità e differenze**

ISSN 2704-7946

Rivista on line annuale dedicata alle ricerche nel campo dei gruppi, con particolare riferimento al tema della composizione omogenea, o non, del gruppo terapeutico e allo studio dei diversi aspetti, di superficie o profondi, delle dimensioni della “omogeneità” e dei processi di differenziazione

**Nona edizione, 2023**

## **GRUPPO CORPO**

a cura di **Simonetta Bruni, Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Nadia Fina, Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva**

**Comitato scientifico:** Paolo Boccara (Roma) Giovanna Cantarella (Milano) Luigi Cappelli (Roma) Paolo Cruciani (Roma) Nadia Fina (Milano) Robi Friedman (Haifa) Robert D.Hinshelwood (Londra) René Kaës (Lyon) Édith Lecourt, Claudio Neri (Roma) Fulvio Tagliagambe (Milano) Giulio Cesare Zavattini (Roma)

**Comitato di redazione:** Adelina Detcheva, Lilli Romeo, Maurizio Salis, Vincenzo De Blasi

**Direttrice:** Stefania Marinelli, Silvia Corbella

**Web Master:** Marco Dimastrogiacomo

**Consulente per le immagini:** Marco Tramonte

**Consulente per la copertina:** Federico Dazzi

**Assistente tecnico:** Daniele Nesci

### **Autori**

Sergio Anastasia, Andrea Argiolas, Gianni Boria, Simonetta Bruni, Paola Carbone, Elisa Casini, Maria Iole Colombini, Silvia Corbella, Marilù Cucinotta, Vincenzo DeBlasi, Giulio De Felice, Adelina Detcheva, Giuseppe De Vita, GianCarlo DiLuzio, Adriana Dondona, Bernard Duez, Christiana Duez, Nadia Fina, Saba Gnechi Ruscone, Roberto Goisis, Irene Liberti, Federica Menaldo, Claudio Merlo, Edith Lecourt, Stefania Marinelli, Federica Menaldo, Fabrizio Rocchetto, Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto

## GRUPPO CORPO

A cura di

**Simonetta Bruni**  
**Silvia Corbella,**  
**Stefania Marinelli**  
**Nadia Fina**  
**Lilli Romeo**  
**Giuliana Ziliotto**  
**Adelina Detcheva**

### **In collaborazione con le Associazioni**

**ARGO**, Associazione per la Ricerca sui Gruppi Omogenei, Roma, Milano  
**ARPAD** Associazione Romana per la Psicoterapia dell'Adolescenza  
**AMIGB** Associazione Medica Italiana Gruppi Balint, Milano  
**LIMEN** Centro popolare di psicologia clinica, Roma

Le curatrici dell'edizione  
la Redazione  
i Soci di Argo

### **Ringraziano**

*Gli Autori*

*Gli Artisti* che hanno partecipato con Opere tematiche, Sito di Argo  
*Pietro Roberto Goisis* e 'il Venerdì di la Repubblica' per il diritto di  
ripubblicare *Psicoanalisi del Covid da un letto di ospedale*

*I Soci Onorari* di ARGO e *i Membri del Comitato Scientifico* della Rivista  
per il loro accompagnamento e ispirazione del lavoro editoriale

Il curatore delle copertine *Federico Dazzi*

*Daniele Nesci* per l'assistenza tecnica

Le *Associazioni* che hanno collaborato, con

**Paola Carbone**, Fondatrice e già Presidente di **ARPAD**, Caporedattore di A&P  
Adolescenza e Psicoanalisi

**Stefania Marinelli**, Presidente di **ARGO** e Co-Direttrice con Silvia Corbella di Gruppo:  
Omogeneità e differenze

**Federica Menaldo**, Presidente **AMIGB** Associaz. Medica Italiana Gruppi Balint, Milano

**Saba Gnechi Ruscone**, **Socia di LIMEN – Centro Popolare di Psicologia  
Clinica**, Roma

E il nuovo Socio Onorario di ARGO e membro del Comitato Scientifico **Édith Lecourt**

## INDICE

<b>Ringraziamenti</b>	Pg 3
<b>PRESENTAZIONE</b> di <b>Stefania Marinelli e Silvia Corbella</b>	Pg 6
<b>ÉDITH LECOURT, CORPO E GRUPPO: presentazione</b>	Pg 8
<b>In contemporanea con l'edizione, Sito di Argo, Inconscio Creatività Opere</b> Entrando nella Galleria dell'edizione, di <b>Stefania Marinelli e Silvia Corbella</b> <b>Paolo Valerio: Medusa</b> <b>Luca Di Luzio: Atlas Ego Imago Mundi</b> <b>Paola Zampa: Bosco Sacro</b>	<a href="http://www.argo-onlus.it">www.argo-onlus.it</a>
<b>CONTRIBUTI</b>	Pg 13
<b>Simonetta Bruni</b> Gruppo Corpo: varianti e invariati dell'angoscia di malattia	Pg 14
<b>Silvia Corbella</b> Ascolto analitico e linguaggi del corpo/mente nel gruppo	Pg 26
<b>Nadia Fina</b> La presenza del corpo nel gruppo terapeutico. Per una possibile ricomposizione della scissione mente-corpo	Pg 38
<b>Stefania Marinelli</b> Mito e rito: essere corpo nel gruppo	Pg 49
<b>Sergio Anastasia</b> L'elefante senza orecchie. Quando il corpo è acefalo	Pg 66
<b>Paola Carbone</b> Adolescenza: quando il corpo "fa rumore"	Pg 72
<b>Giancarlo Di Luzio</b> Selfless Body: il corpo di un Sé inesistente	Pg 78
<b>Elisa Casini</b> L'adolescente, il corpo e i suoi tradimenti	Pg 86
<b>Giuliana Ziliotto</b> Gruppo con pazienti obese e iperfagiche	Pg 91
<b>Fabrizio Rocchetto</b> L'omosessualità maschile nella prima adolescenza, ricerca dell'identità e rapporto col proprio corpo	Pg 105
<b>Vincenzo De Blasi</b> Il rapporto psiche-corpo-tatuaggio: aspetti individuali e gruppali	Pg 114
<b>Giuseppe De Vita</b> L'identità di genere	Pg 125
<b>COVID 2020: CONTRIBUTO DI PIETRO ROBERTO GOISIS</b> Psicoanalisi del Covid da un letto di ospedale	Pg 131
<b>PSICODRAMMA E CORPO</b>	Pg 139
<b>Bernard e Christiana Duez</b> Riflessioni sulla presenza del corpo nello psicodramma psicoanalitico di gruppo. Testo francese in Sito, Homepage, Testi in lingua originale	Pg 140

**Claudio Merlo** Pg 149

Giocare il corpo nel gruppo

Intervista a **Gianni Boria** a cura di **Silvia Corbella** Pg 156

**CORPO e GRUPPO di CURA** Pg 164

**M. Iole Colombini** Pg 165

Il gruppo di cura in un reparto di pediatria: il corpo del bambino come campo di comunicazione

**Saba Gnechi Ruscone e Adriana Dondona** Pg 180

Il progetto di "Psicoterapia Sospesa": il gruppo come cura e creatività per i minori che escono da esperienze di violenza domestica

**Andrea Argiolas** Pg 188

Alla ricerca di un'identità: un'esperienza di gruppo con persone in transizione

**Federica Menaldo, Beatrice Dusi** Pg 204

Utilizzo del metodo Balint per il sostegno alla genitorialità nell'approccio integrato ai DCA e ad altre patologie mentali in adolescenza e tarda adolescenza

**Marilù Cucinotta** Pg 212

La gestione del corpo e il linguaggio della corporeità in gruppo nello scambio circolare tra lo spazio virtuale e reale

## RECENSIONI

*Il diritto di esistere. Scritti sulla ricerca psicoanalitica di Lydia Pallier* a cura di **M.G. Chiavegatti, G.Di Luzio**. Avio Edizioni Scientifiche, Roma. Nota di lettura di **Stefania Marinelli** Pg 216

Introduzione dell'Autrice di *SIMBOLI IN PSICOANALISI. Contenitori di esperienze emotive*. Editore Blucher - São Paulo. The Harris Meltzer Trust, London di prossima edizione in Italia, di **Marisa Pelella Melega** Pg 217

*TEMPO E INCONSCIO. Inattualità e creatività in Wilfred R.Bion*, di **Goriano Rugi** FrancoAngeli, Milano. Recensione di **Lilli Romeo** Pg 220

*Corpo teatro*

di **Jean-Luc Nancy**. Cronopio: Napoli, 2010.

Recensione di **Adelina Detcheva** Pg 222

*Lock-mind. Due diari dalla pandemia* di **Angelo Antonio Moroni** e **Pietro Roberto Goisis**. Enrico Damiani Editore, Milano. Recensione di **Irene Liberti** Pg 223

**LINK** Pg 224

Rivista semestrale AeP Adolescenza e Psicoanalisi 2/2023 – **Temporalità**, Sommari

## **Gruppo Corpo**

a cura di *Simonetta Bruni, Silvia Corbella, Stefania Marrinelli, Nadia Fina, Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva*

### **PRESENTAZIONE**

di *Stefania Marinelli e Silvia Corbella*

Molti corpi dialogano in questo numero, esprimendosi a più livelli e su piani diversi e creando una molteplicità unisona: è la sorprendente capacità del corpo e del gruppo.

Il tema dell'edizione in particolare è nato nel gruppo di intervizione clinica sviluppato all'interno della redazione e di Argo.

Il contatto con gli Autori, con i colleghi della redazione, con il gruppo clinico di intervizione soprattutto e con tutti i soci di Argo, ci ha permesso di fare una esperienza straordinaria. All'inizio c'era timidezza per avere scelto un tema così generale: il corpo - seppure l'affiancamento con la parola Gruppo orientava subito i primi pensieri in modo più definito. La naturale inerzia dell'avvio era aumentata dalle perplessità e il dubbio di farcela tutti insieme, numerosi e diversi. E anche dopo, insieme ai consueti timori editoriali, si è protratta una particolare titubanza. Sembrava che la parola Corpo potesse voler dire tutto e nulla insieme. E che separare il corpo dall'unità del soggetto e della vita creasse una dissonanza e un rischio di fraintendimento. Inoltre le discipline e i punti di vista coinvolti con lo studio del corpo sono innumerevoli. Di che avrebbe trattato il numero Gruppo Corpo? Del gruppo che è un corpo? e viceversa? O del ponte che lega uno all'altro per farli esistere e sentirsi esistere entrambi?

Infine la risposta è stata semplice, diciamo così, da trovare, perché stava nel solito luogo: la fiducia nei legami del gruppo.

Le tematiche si sono sviluppate via via, sono nati dagli scambi i pensieri, le idee, i vertici, i temi, e l'armonia dei diversi piani di trattazione si è creata da sola, o meglio il Gruppo e i suoi partecipanti l'hanno creata. E proprio su questo punto desideriamo ringraziare gli Autori, generosi e originali, che testimoniano con preziosa costanza la loro attenzione all'evoluzione dei temi delle realtà attuali; e tutti i colleghi, amici, soci che si sono affiancati alla ricerca orientandola al meglio, dando risposte parziali, progressive, insature, che hanno plasmato i vertici principali, in grado di armonizzare la molteplicità. Dare una sequenza all'Indice di questa edizione è stato alquanto impegnativo: sia per il valore dei contributi sia per quello dei temi trattati (la suddivisione in paragrafi è infatti formale, derivando dal desiderio di indicare più la simultaneità e sinergia delle trattazioni che non la loro sequenza in ordine di salienza o parentela disciplinare).

Quando "tanti" corpi hanno iniziato a dialogare, l'attesa si è sciolta e ognuno è riuscito a collocare un modo di parlare della sua esperienza del corpo senza che questa diventasse separata dal suo essere pensata come parte dell'insieme. Forse, il timore iniziale era stato ipocondriaco, come quando il corpo è sentito mediante una relazione di preoccupazione, distanza o irrealtà. Solo che in questo caso non è stato necessario ammalarsi o aver paura di ammalarsi. Al contrario è stato creativo condividere la sensazione che il corpo nell'atto di essere narrato possa racchiudere la presenza piena della vita, e che possiamo imparare ad ascoltarlo e a riconoscere i suoi segnali e funzionamenti.

Ringraziamo in particolare Simonetta Bruni che ha dato il LA al lavoro di gruppo con preziosi resoconti clinici e originali riflessioni teoriche. Nadia Fina che ha dall'inizio indirizzato il lavoro con ricchi e puntuali punti di vista e passione. Adelina Detcheva che ha costantemente sostenuto e nutrito il gruppo. Lilli Romeo che ha favorito la 'buona socialità' e aiutato la sua evoluzione. Giuliana Ziliotto che ha portato novità inaspettate dal profondo della sua ampia esperienza con la clinica dei gruppi. E ancora una volta Silvia Corbella per la sua perspicacia affettuosa verso i movimenti e la vita del gruppo e la sua coerenza teorica.

Infine, impossibile non dirlo! questo lavoro sul Corpo ha incontrato lungo il suo percorso la gestazione a termine di un'Atrice, Saba Gnechi Ruscone, e poi la nascita della sua bambina, Aria, e vogliamo salutare con Felici Auguri questo evento tenero e straordinario che ci ha accompagnati, dono anche per i lettori.

Cara amica e codirettrice ammiro ancora una volta la tua capacità di pensare in modo profondo e costruttivo e di stimolare la composizione di un gruppo di ricerca su un tema complesso e non del tutto "coscientemente" presente nel gruppo di intervizione. Nell'ultimo incontro si era parlato di corpo, poi di corpo e gruppo e poi..... Non ricordo precisamente ma è come se nel campo gruppale dell'incontro si fossero intrecciati fili con eleganza preconsa.

Una tessitura che tu hai saputo arricchire presentandola ad altri tessitori che si sono aggiunti. E mi ha stupito la naturalezza con cui si sta formando un arazzo di cui il soggetto corpo appare e scompare per ripresentarsi in modo inaspettato nel gruppo di lavoro e nell'ordito e mi stupisce anche come questa dinamica ci riporti al lavoro dei gruppi terapeutici dove un tema può fare capolino, poi sparire e ricomparire inaspettatamente, arricchito dagli apporti dei partecipanti che scoprono quanto fosse importante affrontarlo e quanto il bisogno di farlo fosse condiviso. Ringrazio insieme a te tutti gli Autori e aspetto con curiosità di vedere l'arazzo terminato.

Intanto l'ordito sta prendendo forma (1): intravedo un giardino con tante diverse fioriture all'interno di percorsi, dove figure si incrociano e si separano, in un gioco di luci ed ombre capace di stupire e sorprendere.

La Redazione della rivista e l'Associazione Argo ringraziano particolarmente Édith Lecourt per la Presentazione del suo lavoro pluridecennale su Gruppo e Corpo e per avere accolto la proposta di divenire Socio Onorario di ARGO e membro del Comitato Scientifico della Rivista.

## **Note**

(1) L'indice di questo numero della Rivista ora è stato quasi completato (ottobre 2023).

## **CORPO E GRUPPO: presentazione**

*Édith Lecourt*

### **Il corpo in un gruppo e l'effetto presenza**

Quando Stefania mi ha contattato per questo numero speciale, ho scoperto con sorpresa che "corpo e gruppo" è esattamente il titolo del seminario che tengo da anni nell'ambito della SFPPG (Société de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe). L'avevo proposto quando avevo notato che la questione sessuale era difficile da affrontare e poco presente nella letteratura sulla gruppoanalisi.

Con il tempo, questo seminario si è strutturato come un evento di un giorno (un sabato 5 volte all'anno, a volte di più). Innanzitutto, abbiamo beneficiato dell'ospitalità dello studio di una mia vecchia allieva, ora psicologa clinica, vicinissimo a casa mia e di fronte al parco delle Buttes Chaumont, a nord-est di Parigi. Ora c'è un'altra collega che condivide con noi il suo studio per questa attività, dall'altra parte dello stesso parco. Dico questo perché il corpo fa parte dello spazio, proprio come il gruppo.

Questa vicinanza al parco mi ha portato a suggerire un'opzione di jogging prima dell'inizio del seminario. L'idea era quella di sfruttare al meglio il parco prima di chiudersi in casa per riflettere e scambiare idee (riunione alle 8.30). Questa introduzione materiale al corpo è stata poi integrata, dopo il mio diploma di insegnante di yoga, da una lezione di yoga facoltativa nella stessa fascia oraria prima dell'inizio delle riflessioni. Recentemente, questa opzione ha sostituito la prima, per avere più tempo da dedicare allo yoga.

L'opzione è facoltativa e metà del gruppo è abbastanza interessata a impegnarsi, tra 3 e 5 partecipanti (al momento siamo in dieci, in uno spazio limitato).

Dopo, alle 10, prendiamo un caffè e diamo il benvenuto agli altri partecipanti (che spesso arrivano con qualche dolcetto). Per il pranzo andiamo insieme al ristorante, prima di rimetterci al lavoro per il pomeriggio fino alle 16.30 (alcuni partecipanti che risiedono in provincia devono prendere il treno). Dopo il COVID si è introdotta una nuova dimensione. Naturalmente, durante il periodo di interruzione, abbiamo mantenuto le nostre riunioni, passando al Visio (applicazione francese per il faccia a faccia online). Dalla ripresa di quelle che oggi chiamiamo riunioni in presenza, il Visio è stato mantenuto per i partecipanti della provincia che non possono venire sempre a Parigi. Abbiamo quindi un sistema misto. Solo qualche tempo dopo mi sono accorta, durante una delle nostre riunioni, che avevamo aumentato il numero di incontri, che improvvisamente erano diventati quasi mensili (da 5 a 9)! Nessuno aveva reagito a questo. In altre parole, gli incontri in presenza hanno ancora un futuro brillante davanti a sé... Va aggiunto che una collega di questo seminario, che per diversi anni ha esitato e manifestato la sua riluttanza (usava quel tempo per portare a spasso il cane), si è ora unita al piccolo gruppo di yoga.

Ho parlato del corpo, ma non delle nostre riflessioni... Il gruppo è rimasto molto aperto: tutti (c'era solo un uomo) hanno contribuito con la propria esperienza clinica, con le proprie domande, proponendo una riflessione basata su un articolo, ecc. Il gruppo comprendeva due arteterapeuti (miei ex dottorandi), uno dei quali è un pittore che lavora in un ambiente carcerario molto chiuso (per jihadisti). Un collega ha lavorato per anni con gruppi di persone gravemente disabili. E poi, naturalmente, c'è il posto del corpo nella cosiddetta malattia "mentale", nelle istituzioni e per i senz'altro, per esempio.

Scorrendo i contenuti di questo numero, mi sono imbattuta in alcuni di questi temi:

Il corpo esposto, troppo grasso, troppo magro, deforme, il corpo interessato, manifestato, il linguaggio del corpo e la sua lettura nel gruppo, il corpo in trasformazione del bambino, dell'adolescente, dell'anziano: tutto questo all'interno del setting di gruppo, nel faccia a faccia plurale che esso impone, nel dominio del visivo (e della presenza dell'olfatto!). Il suono (che io ho sempre sottolineato) gioca un ruolo più sottile, mentre il tatto è spesso

limitato dal contesto. L'attrazione/repulsione, gli sguardi negli occhi fanno da eco a tutti questi movimenti nel gruppo.

Il primo gruppo di genitori che ho creato (negli anni '70!) nell'ambito di un programma di affido specializzato, mi ha messo di fronte a questo problema fin dalla prima seduta. Mezz'ora prima dell'orario previsto, una coppia di genitori si presentò alla porta. Quando ho aperto la porta, ho avuto un forte movimento interno (e non solo interno) di ritiro. Non erano attesi! (Era stato inviato un invito - non una convocazione - a tutti i genitori per una riunione aperta). No, questa coppia di alcolisti altamente degradati, con i loro volti e i loro corpi deformi - davvero impressionanti - non erano attesi; li abbiamo visti solo a casa loro e solo molto raramente. Sono stati felici dell'invito e si sono messi a loro agio nelle due grandi poltrone Luigi XVI ai lati di un'imponente mensola da camino, sulla quale si trovava il busto del fondatore (un'altra forma di presenza fisica!). Il corpo è scenografico. L'équipe che si era opposta all'apertura di questo spazio finora riservato alle riunioni del consiglio di amministrazione, al gruppo, ha considerato la mia proposta fuori luogo (volevo uno spazio non segnato dalle consultazioni e creare una nuova relazione) e inopportuna, ed è rimasta scioccata. La proposta si basava sulla constatazione che queste famiglie non rispondevano alle convocazioni.

Ero già sensibilizzata su questi problemi. Avevo avuto la fortuna di debuttare nella psicoanalisi partecipando a uno dei primi esperimenti di gruppoanalisi in Francia. Era gestito da due analisti (G. Testemale e M. Basquin) nell'ambito del servizio sociale degli studenti. All'inizio eravamo una dozzina di studenti, ma ben presto diventammo otto e infine cinque, e l'esperimento durò tre anni. All'inizio ero particolarmente sensibile all'incontro faccia a faccia, alla disposizione fisica del gruppo e alla posizione degli analisti, che spesso erano vicini l'uno all'altro (rafforzando la figura della coppia). Ho sperimentato diverse posizioni, da quella più vicina agli analisti all'altra opposta nel gruppo.

Fino a che queste sensazioni "hanno scelto". Questa precoce esperienza di gruppo (poi integrata da "tranches" di analisi individuale) è stata decisiva per la mia carriera, sia nei gruppi che nelle istituzioni, e in particolare per la mia carriera accademica. Mi ha portato a concentrarmi particolarmente sulla pratica clinica in gruppo (naturalmente ho continuato a lavorare anche con l'individuale).

E' in un assetto familiare specializzato di questo tipo che ho creato, oltre a gruppi di genitori naturali (che hanno funzionato bene), un gruppo di famiglie affidatarie (durato 17 anni!) e gruppi di bambini. Per questi ultimi, ho ideato due schemi principali, un "gruppo di libera espressione" in cui il corpo era centrale (per esempio, a volte facevano insieme una grande "pila di corpi"), e un "gruppo di espressione scritta". Quest'ultimo ha avuto un particolare successo. Va detto che ho potuto allestire una stanza in una mansarda, con una grande varietà di materiali per la scrittura a disposizione dei bambini (materiali attraenti). Questa diversità, abbondanza e libertà hanno finito per sedurre i bambini (che spesso erano molto deprivati, inibiti e, soprattutto, avevano familiarità con i problemi scolastici). Il successo si è riversato nell'istituto, perché una volta afferrati i vari materiali per la scrittura e con la garanzia di non essere rimproverati per la scrittura stessa (gli "errori" di ortografia sono stati utilizzati in un'interpretazione creativa), i bambini hanno iniziato a scrivere ai responsabili, all'assistente sociale, alla segretaria, lettere, ma anche parole sotto le porte e manifesti! Fortunatamente il piacere è stato condiviso e le scritture sono state rispettate.

Tutte queste esperienze e quelle sviluppate nello stesso periodo nella creazione della musicoterapia - in particolare i gruppi di "comunicazione sonora" per studiare ciò che accade in un gruppo centrato sulla relazione sonora non verbale (l'intervallo sonoro alla base della musica), mi hanno portato alla mia seconda tesi, una tesi di Stato in Arti e Scienze Umane (tesi che non esiste più) sotto la supervisione di René Kaës: "La musica, il gruppo e l'inconscio" (1985). Va precisato che la mia prima formazione musicale è

avvenuta principalmente in gruppo, in particolare in una banda di ottoni. Il mio piacere per la polifonia, per tutte le polifonie (sono spontanee nei gruppi, nelle tribù, nelle musiche tradizionali), soprattutto per quelle composte spontaneamente in questi gruppi di libera associazione sonora (e di cui potevo osservare la realizzazione suono dopo suono), mi ha portato a mettere in relazione la struttura gruppale della psiche (il gruppo interno), la struttura psichica gruppale (l'APG di R. Kaës) con la struttura "gruppale" della musica. Non solo il gruppo musicale (gruppo esterno), ma piuttosto la composizione stessa: oltre la monodia, le strutture armoniche o polifoniche. L'analisi di dodici gruppi evolutivi sulla base della "comunicazione sonora" mi ha permesso di sviluppare questo approccio e di trarne le conseguenze per la clinica musicoterapica. Inoltre, l'analisi del passaggio dalla monodia alla polifonia nella storia della musica occidentale del Medioevo (dall'XI al XIV secolo), attraverso l'analisi dei mottetti, mi ha affascinato e ha fornito argomenti molto importanti per la mia dimostrazione. Un soggiorno musicale in India ha completato questo studio aprendolo alla dimensione sociale. (Ogni società sembra proporre, in un determinato periodo, un modello di struttura musicale che riflette il suo funzionamento. Questo modello è diventato noto come "musica classica". Altre forme di musica della stessa società non sono riconosciute e sono addirittura escluse da questa enfasi. Così, in realtà, la polifonia è sempre esistita tra le tribù dell'India (e ho avuto la fortuna di incontrare un ricercatore su questo tema), tribù che erano a loro volta escluse dal modello sociale prevalente. Allo stesso modo, in Occidente, il periodo del canto gregoriano è stato imposto dalla Chiesa, che ha cercato di sradicare la polifonia tradizionale e regionale per garantire il potere attraverso l'omogeneità (una voce per tutti, in un modello gerarchico).

Questa tesi (e le precedenti esperienze, responsabilità e pubblicazioni) mi hanno permesso di ottenere un posto di professore di psicologia clinica e psicopatologica all'Università di Strasburgo (1987-1993), dove ho potuto introdurre gli studenti all'approccio psicoanalitico ai gruppi, un nuovo orientamento in un ambiente psicoanalitico lacaniano. In seguito sono stata trasferita all'Università di Parigi 5/Paris Descartes, ora Paris Cité (1987-2015). Anche qui l'analisi di gruppo non era presente, ma la coppia e la famiglia erano già state introdotte dal mio predecessore, il professor Jean-Georges Lemaire. Il polo "individuale" dell'ortodossia psicoanalitica era particolarmente attivo e fortemente rappresentato dai colleghi. Ci sono volute molte energie per istituire l'analisi di gruppo, con un DESS specializzato, poi una specializzazione all'interno del Master in Psicologia Clinica. Il risultato sono state molte esperienze meravigliose con gli studenti e con l'istituzione. Allo stesso tempo, ho istituito quattro master in arti-terapia (musica, arti visive, danza e teatro). Nonostante il mio pensionamento, queste specializzazioni sono state mantenute (non senza difficoltà, come sempre) fino ad oggi, il che è una delle mie più grandi gioie. Sono molto grata ai miei colleghi che ora si occupano di queste specialità.

In altre parole, gruppo-corpo (sensibilità, percezione, sensazione) - psicoanalisi sono stati associati a me fin dall'inizio e per tutta la mia carriera professionale.

Con Ophélie Avron, per sedici anni ho avuto il privilegio di co-dirigere un gruppo di ricerca all'interno della SFPPG. Abbiamo lavorato sui concetti delle varie teorie di analisi di gruppo e sull'analisi del funzionamento del nostro gruppo, basandoci su casi di studio. Ophélie ha sviluppato gli "effetti della presenza", l'intreccio ritmico degli scambi nel gruppo, riflettendo su un'impulsività nel gruppo che non è esclusivamente sessuale, risvegliata proprio da questa compresenza (si legga il suo libro *La pensée scénique*). Era vicina a Bion e aveva una lunga esperienza di analisi di gruppo e di psicodramma. Suo marito Philippe, attore due volte premiato da *Les Molière*, a volte ci concedeva, alla fine di una seduta, uno di quegli "effetti di presenza" sviluppati sul palcoscenico teatrale. Ophélie parlava di "effetto presenza" per "designare certi processi di interconnessione psichica che si realizzano attraverso l'attivazione reciproca delle psiche". (1996, p.13)

Questo molto prima della pandemia! Ma la questione del virtuale era già stata sollevata: potevamo immaginare un "effetto di presenza" al di fuori della presenza fisica? No, Ophélie insisteva sulla necessità della presenza fisica in terapia, una presenza essenziale per il transfert. Ma questo non ci ha impedito di sperimentare e interrogarci. Fu allora che organizzai un esperimento con i miei studenti: un blog condiviso. Sono stata la prima a sorprendermi quando è apparsa una "illusione di gruppo" che ha messo in discussione la nostra ipotesi iniziale! Di conseguenza, molti miei studenti hanno scritto delle tesi di laurea sull'argomento. Era solo l'inizio, non sapevamo cosa ci aspettava! Ma eravamo molto curiosi. Come membro dell'équipe (tecnica) universitaria che lavorava su questi nuovi temi, a volte ho tenuto una conferenza dal mio laboratorio universitario a un gruppo di avatar di "Second Life" di un'altra università. L'esperienza non ha avuto molto successo, né dal punto di vista tecnico né da quello della qualità della comunicazione!

Più recentemente, la pandemia ha preso piede. Ci ha costretti ad adattarci, a cambiare il nostro modo di relazionarci (anche indossando maschere!). Al di là delle sfide del blog, è stato un esperimento mostruoso! Non ero più all'università, quindi non ho dovuto affrontare questo enorme sforzo di adattamento per garantire la continuità nonostante tutti gli ostacoli. Per me è stata l'esperienza del virtuale attraverso lo "zoom", o Visio che dir si voglia. Tutti questi incontri erano essenzialmente "ortopedici" all'inizio, in attesa di un ritorno alla normalità. Ma questo ritorno non c'è stato, piuttosto un ritorno "misto". E si è persino introdotto nelle lezioni di yoga. E, sorprendentemente, funziona... A volte devo sostituire il mio insegnante per le lezioni di zoom. Recentemente ho dovuto fare due sostituzioni e, non essendo abituata a questi orari, non sapevo chi sarebbe venuto (soprattutto perché l'insegnante era assente...). Sono stata piacevolmente sorpresa di trovarmi con due gruppetti molto simpatici (alcune facce conosciute, ma anche altre che non lo erano, tra cui un principiante). In seguito mi sono anche chiesta se ci fossero state delle illusioni di gruppo in queste due classi. Da dove viene questa capacità di "stare insieme", di divertirsi, di "essere un gruppo" anche a distanza? E persino in Visio, in una situazione centrata sul corpo? In realtà stiamo parlando di non-presenza, ma il corpo, in Visio, è molto presente, diversamente, a distanza, ma comunque presente e, soprattutto, ben rappresentato in ognuno di noi in un incontro faccia a faccia senza volume, un incontro faccia a faccia come appiattito sullo schermo. Allora, cosa funziona? Come funziona? La nostra ricerca ha ancora molta strada da fare! Oltre all'impulso a comunicare, Ophélie Avron parla di "impulso all'intreccio ritmico". E le nostre facoltà di rappresentazione, memoria e immaginazione giocano un ruolo molto importante in quelle circostanze. Mentre scrivo queste parole, penso all'arto fantasma delle persone amputate! Il COVID ha contribuito a sviluppare in noi questa produzione di fantasmi? Il processo di identificazione è naturalmente molto richiesto, forse ancora di più nei gruppi che non sono faccia a faccia.

In questo numero della rivista troverete un articolo di Silvia Corbella che guarda alla telepatia come a una capacità arcaica (e spesso "perduta") di relazionarsi al di là del presente e/o dello spazio condiviso. Tutti gli ostacoli attuali sono arrivati a richiamare questo livello molto profondo dello sviluppo umano, un livello che, come ci ricorda l'autrice, può essere osservato anche in alcuni animali? Ho avuto alcune esperienze telepatiche - fuori dal tempo, fuori dallo spazio - ma in situazioni individuali. È questo il termine giusto? Sarebbero necessari altri elementi per distinguere questi effetti ancora misteriosi? Uno dei miei analisti, W. Granoff, ha scritto un libro sulla ricerca di Freud su questo tema (W. Granoff e J-M. Rey *L'occulte, objet de la pensée freudienne*, 1983), sulla sua determinazione, sulla sua fiducia a volte, sulla sua speranza alla fine di riuscire a spiegare questi fenomeni, senza tuttavia riuscirci. Saremo in grado di fare meglio, di superare il maestro? Forse siamo stati troppo veloci nel considerarli "estranei", addirittura "occulti" (riecheggiando la nostra paura di essere invasi, sopraffatti?) senza darci i mezzi

per aprirci ad essi, per portare avanti le nostre domande, per considerarli come oggetto di ricerca. Forse un giorno ci diventeranno familiari e ordinari?

Questo numero si nutre di molte domande cliniche, di molte ipotesi, che testimoniano l'intensità dell'attività psichica mobilizzata dalle diverse cliniche di gruppo presentate sul tema del corpo e del gruppo, e anche, va detto, dal pensiero (e dagli scambi individuali e di gruppo) che un numero comune sul tema ha saputo suscitare.

Non mi resta che ringraziare l'associazione ARGO per l'onore di avermi accolto come socio onorario, e Stefania Marinelli e Silvia Corbella per questa opportunità di condivisione di gruppo su un tema che mi sta a cuore.

**Édith Lecourt** Professore emerito dell'Università Paris Cité, psicologo clinico, psicoanalista, musicista e musicoterapeuta, presidente della SFPPG (Società francese di psicoterapia psicoanalitica di gruppo) cofondatore e vicepresidente dell'AFM (Associazione francese di musicoterapia) segretario generale dell'EFPPFrance Federazione (Federazione europea di psicoterapia psicoanalitica), insegnante di yoga (FNEY, Federazione nazionale di yoga Insegnanti).

**Email :** [contact@efppfrance.fr](mailto:contact@efppfrance.fr)

Tradotto dal traduttore automatico DEEPL e riletto dalla redazione

Testo originale francese: in Homepage Sito di ARGO [www.argo-onlus.it](http://www.argo-onlus.it) *Testi in lingua originale*

Nona edizione, 2023

## **GRUPPO CORPO**

a cura di *Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Nadia Fina,  
Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva*

## **CONTRIBUTI**

*Simonetta Bruni, Silvia Corbella, Nadia Fina, Stefania Marinelli,  
Sergio Anastasia, Paola Carbone, Giancarlo Di Luzio, Elisa Casini,  
Giuliana Ziliotto, Fabrizio Rocchetto, Vincenzo De Blasi, Pino De Vita*

*CONTRIBUTO DI ROBERTO GOISIS*

## **Gruppo Corpo: Varianti e Invarianti dell'Angoscia di Malattia**

*Simonetta Bruni*

### **Abstract**

Attraverso la rivisitazione di tre esperienze di gruppi omogenei a termine svolti in ambito medico (due clinici rivolti a donne affette da neoplasia mammaria e a ragazzi craniolesesi, e uno di formazione rivolto ad operatori sanitari), e grazie alla recente letteratura neuro-scientifica e psicoanalitica intorno al problema mente-corpo, si propone un vertice di ascolto della qualità dell'angoscia presente in queste esperienze. Si individuano nello specifico elementi "invarianti" dell'angoscia di malattia, ritrovati in tutte le esperienze, ed elementi "varianti" sintonici a caratteristiche specifiche della patologia presentata o al compito istituzionale assegnato nel caso del gruppo di formazione. L'invariante dell'angoscia di malattia, come supportato dall'esperienza clinica, sarebbe suggestiva di un difetto nella primaria costituzione del sé, che si propone come nucleo contenente elementi matriciali e originari dello sviluppo della malattia somatica.

**Parole chiave:** gruppo, corpo, protomentale, psiche-soma, psico-sensoriale

### **Abstract**

Through the revisiting of three experiences of homogeneous term groups carried out in a medical context (two clinical targeted at women suffering from breast tumour and head injured patients, and one training group aimed at healthcare professionals), thanks the recent neuro-scientific and psychoanalytic literature on the mind-body issue, a perspective is proposed for listening to the quality of anguish present in these experiences. Specifically identifying "invariant" elements of illness anguish, which were found in all experiences, and "variant" elements in tune with specific characteristics of the pathology presented or the institutional task assigned in the case of training groups.

The invariant of illness anguish, as supported by clinical experience, would suggest an defect in the primary constitution of the self, which is proposed as the nucleus containing matrix end original aspects of the development of somatic disease.

**Key words:** Group, body, proto-mental, psyche-soma, psycho-sensory

“Dobbiamo riconoscere che a volte solo la patologia ci permette e costringe a renderci conto [...] di come le forme somatiche siano intessute di significati affettivi e le fantasie inconse di esperienze somatiche. Spesso comprendere il senso di una malattia nella propria storia, restituisce se stessi alla propria vita” (De Toffoli, 2001)

Posso dire oggi di comprendere in modo più esaustivo le parole di Carla De Toffoli; a diversi anni da alcune esperienze che ho svolto presso un ospedale di Roma (A.C.O. S. Filippo Neri) con gruppi omogenei a termine, sia clinici che di formazione, in qualità di coordinatrice del lavoro di Counseling Psichiatrico che il S.P.D.C. (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) dell'ospedale svolgeva presso le restanti Unità Mediche e Chirurgiche dell'Azienda.

Tali esperienze sono state già trattate in precedenti pubblicazioni, a cui rimando (Bruni: 1999; 2004; 2008; 2009; 2012;), e restano oggetto anche del presente lavoro che vorrebbe tentare una sintesi riflessiva su elementi comuni patognomoni, o differenzianti le esperienze stesse. Più esplicitamente, vorrei proporre con maggior chiarezza un vertice di lettura, maturato negli anni, di alcuni aspetti solo accennati nelle pubblicazioni precedenti, dove avevo posto più attenzione alla sofferenza psichica conseguente all'ammalarsi. Vorrei cioè sottolineare l'importanza di porre ascolto alle angosce più profonde espresse da questi gruppi. Un'angoscia di qualità primaria che ho chiamato "invariante" in quanto presente in

tutte le esperienze, e un'angoscia di tipo più secondario, che si è declinata in ogni gruppo in modo più specificatamente sintonico con gli accadimenti somatici da cui ognuno era caratterizzato, o per compito istituzionale nel caso del gruppo di formazione: "variante".

E più in generale intendo sostenere l'ipotesi che l'ammalarsi sia sintomo di una sofferenza che ha preceduto e generato lo sviluppo della malattia.

Dunque, per tornare alla suggestione delle parole di Carla De Toffoli, "...comprendere il senso di una malattia nella propria storia", cioè comprenderne il senso nelle vicende affettive che si sono svolte nel nostro passato, permette di ritrovarsi. E quindi, drammaticamente e paradossalmente, la malattia si porrebbe come una possibile occasione di contatto con aspetti traumatici antichi e inevasi che hanno giocato un ruolo nel determinarla. In un lavoro successivo (2003) la stessa De Toffoli chiarisce il proprio vertice epistemologico, non ipotizzando un prima della vita psichica che si incarni nel corpo, né un prima del corpo che "trascenda" se stesso nella possibilità di rappresentarsi, ma: "...proponendo l'ipotesi che lo sviluppo ontogenetico della psiche e dell'intero organismo (siano) paralleli e concomitanti fin dalla vita fetale." Sostenendo che la reciprocità degli scambi materno-fetali sarebbe la base della prima, fondante esperienza di esistere: "In termini Winnicottiani possiamo dire che l'esperienza di sentirsi abbracciati, sostenuti e permeati in tutto il proprio corpo in modo armonico e sufficientemente prevedibile dall'ambiente fisico-chimico intrauterino attraverso la pressione e quantità del liquido amniotico, la ritmicità delle contrazioni uterine e gli scambi placentari, fa sì che la fragile "bolla" dell'esperienza di sé non venga schiacciata e costretta a reagire "dimenticandosi" di sé per sopravvivere... In termini bioniani potremmo dire che l'esperienza protomentale del feto necessita nel suo divenire di una trama portante sufficientemente spessa di microeventi di risonanza all'unisono con lo psichosoma materno... Il contatto emotivo della madre con il nuovo essere dentro di sé potrebbe esprimersi nel linguaggio biochimico delle emozioni che arriverebbero fino a lui..."

Ciò che le permette di arrivare ad ipotizzare: "...che la doppia dimensione (psichica e somatica) propria dei vissuti emotivi faccia di loro il luogo in cui si gioca il raccordo o il deragliamento tra soma e psiche" (2003). E questo troverebbe riscontro nelle recenti acquisizioni delle neuroscienze, in particolare cita un lavoro di Kaplan-Solms e Solms (2000) che dice: "L'accadimento interno che è inconoscibile e che chiamiamo affetto è registrato simultaneamente in entrambi le superfici di percezione: è percepito come emozione sulla superficie interna della coscienza e come stato somatico sulla superficie esterna".

Anche G.C. Soavi (1996; 1998) supportato come Carla De Toffoli dalle più recenti acquisizioni neuroscientifiche, basti pensare alla scoperta del ruolo dei neuroni specchio nell'empatia, e riferendosi in particolare alla teoria sulla Selezione di Gruppi Neuronal di Edelman (1989; 1992), riflette sulla sostanza degli affetti e sull'origine della malattia somatica: "Le ricerche condotte dai neurobiologi e dai cognitivisti sostenevano la tesi, condivisa anche dagli psicanalisti, che le risposte affettive fossero depositate entro complesse reti neurali che si selezionerebbero in modo unico per ogni individuo, forse anche prima della nascita, in modo adattivo e regolativo all'interno della relazione madre-bambino. Alcuni patterns procedurali verrebbero rafforzati dal successo e dalla gratificazione e selezionati, mentre altri sarebbero abbandonati. Ipotizzando inoltre un'istanza procedurale, il "Parallel Distributed Processing... in grado di decidere di volta in volta, in base ad opportunità adattive, se la situazione di crisi attraversata dall'individuo era meno traumatico che venisse fronteggiata a livello somatico o psichico o ad entrambi i livelli contemporaneamente".

La malattia somatica dunque, avrebbe la stessa sostanza di un disturbo psichico, sottesa da una sofferenza che è adattivamente più efficace esprimere con un sintomo corporeo, e che acquista senso se la si può cogliere nella propria vicenda affettiva, come per un disturbo psichico. Prodotta da un'esperienza senza nome, lì dove lo "psiche-soma" era ancora

un'esperienza senza nome; un fluire di vissuti sensoriali più o meno piacevoli e più o meno tollerabili e nominabili, dunque più o meno evocabili coscientemente.

E ancora le neuroscienze ci tornano in aiuto quando individuano nel nostro sistema nervoso percorsi e luoghi differenziati sia per fissare la memoria inconscia degli eventi "procedurali", non rievocabili coscientemente, che per la memoria "dichiarativa", cioè passibile di rievocazione consapevole (1).

Ancora Soavi chiarisce (1998): "Nella memoria procedurale venivano quindi accumulati schemi procedurali che, al di fuori della coscienza, consentivano l'attivazione dei vari accadimenti interattivi. Tali piani procedurali comprendevano processi come quelli che sono in grado di attivare la muscolatura striata o i fenomeni endocrino-neurovegetativi che rendono operativi i vari apparati totalmente estranei al controllo volontario, [e situazioni di difficoltà avrebbero la possibilità]...di riattivare schemi comportamentali depositati nelle reti associative che si erano mostrati in passato capaci di affrontare con risultati positivi situazioni in qualche modo simili!"

Anche Winnicott (1958), pur non avendo il supporto delle attuali conoscenze neuroscientifiche, ma avvalendosi della sua ampia esperienza di pediatra e delle sue fini capacità osservative, ipotizza qualcosa di simile: e cioè come una organizzazione primaria difensiva, segnata dal fallimento di un buon "insediamento" dello psiche-soma che definisce "lo stabilirsi della psiche nel soma e viceversa" (1989), sia all'origine dei disturbi somatici. Pur riconoscendo un senso alla produzione di tali disturbi, in quanto "l'individuo valorizza (così) il potenziale legame psico-somatico" che era stato più o meno fallimentare. "Agli inizi il buon ambiente [psicologico] è un ambiente fisico, tanto che il bambino si trovi nel grembo materno, quanto che sia tenuto o più generalmente curato. Solo con il tempo l'ambiente acquisisce una caratteristica nuova che ha bisogno, per essere descritta, di un termine nuovo: emozionale, psicologico o sociale...Un ambiente negativo è tale perché, non potendosi adattare, esercita una pressione a cui lo psiche-soma (il neonato) deve reagire... [attraverso] un'iperattività del funzionamento mentale...[che] comincia ad assumersi il compito e l'organizzazione dell'assistenza allo psiche-soma", danneggiando il processo di sviluppo di un vero sé, fin anche a poter organizzare aspetti di falso sé. Mentre "In condizioni di salute il vero sé, continuità d'esistenza, riposa sullo sviluppo dello psiche-soma" (Winnicott, 1958). Si connette così lo stato di salute alla formazione di un "sé" sufficientemente integrato, che riposerebbe sullo sviluppo indisturbato e sintonico dello psiche-soma all'interno della relazione materna.

Anche Bion (1961) si riferisce al "protomentale", quando individua un livello primario antico "in cui il fisico e lo psicologico o il mentale si trovano in uno stato indifferenziato", come luogo di origine della malattia. Ma specifica e sottolinea che la sfera dei fenomeni protomentali è il gruppo, anche se i sintomi si manifestano nell'individuo. E in un ulteriore lavoro (1976) afferma, rispetto al lavoro del gruppo, che: "se si potesse convincere trenta persone con dolori reumatici a riunirsi si imparerebbe qualcosa [...]. E' probabile che il processo di gruppo ci dica tutto su qualcosa che le nostra interiora potrebbero dirci, la fame per esempio, su qualcosa che non si sa cognitivamente". Così come suggerisce di indagare la sofferenza di un gruppo sociale nella lettura di fenomeni epidemici.

"Il gruppo favorirebbe dunque una sincronizzazione dell'esperienza protomentale in grado di produrre segnali a diversi livelli, sia sul versante somatico che sul versante psicologico, offrendo l'opportunità, attraverso l'attivazione della funzione gamma gruppale, di un lavoro di simbolizzazione profondo di elementi grezzi altrimenti scarsamente rappresentabili" (Bruni, 2004).

Devo dire che quando introdussi l'utilizzo dei gruppi per dare risposte a richieste specifiche di alcune Unità Operative dell'Ospedale, non mi sono tanto valsa della teoria nel valutare questa proposta piuttosto insolita in ambiente medico, o comunque non ancora così diffusa, quanto piuttosto dell'esperienza che andavo facendo nei miei incontri con i pazienti e nei colloqui, che precedevano e seguivano le mie consulenze, con i medici che ne

avevano fatto richiesta. Ad esempio mi fu chiesto dall'Unità di Chirurgia Oncologia di operare un sostegno psicologico alle donne a cui era stato diagnosticato un tumore della mammella. Nei colloqui con le pazienti che ne seguirono, mi resi subito conto che parlare con uno psichiatra non era il problema principale di chi avesse sviluppato una emergenza somatica così grave, in quanto era comprensibilmente sentito più utile avere rassicurazione da un colloquio con il chirurgo o con l'oncologo. Così pensai al gruppo, proposto come uno spazio di condivisione che in effetti venne accolto come un luogo più adatto in cui non sentirsi soli; ancora non completamente consapevole delle potenzialità così profondamente evocative e riparative che avrebbe potuto avere, anche nel caso di pazienti affetti da una patologia del corpo.

Credo che alcune caratteristiche date e alcune specificità proposte abbiano aiutato nella riuscita di questo particolare tipo di gruppi: il dato che queste persone si trovassero a dover affrontare un'emergenza drammatica e grave, piombata improvvisa e inaspettata nel corso della loro vita, che il gruppo che proposi fosse "omogeneo" per la patologia presentata, cioè che l'analista avesse operato una pre-concezione sul tema centrale che il gruppo era chiamato ad affrontare (in questo caso tutte avevano da poco ricevuto una diagnosi di tumore della mammella), e che fosse dichiaratamente a "termine", cioè le pazienti sapevano fin dall'inizio che ci saremmo viste una volta a settimana per tre mesi.

E aggiungerei, la particolare possibilità che il gruppo riesce ad offrire alla costruzione di una scena teatralizzata di una creazione iconografica originale agita, inconsapevole espressione di costellazioni affettive senza nome perché immanenti all'esperienza somatica. Questo ha portato a un precipitato velocizzato e fortemente investito, drammatico e confuso, quasi onirico, dei contenuti e dei temi del gruppo, qui considerato come corpo e contenitore unico rispetto al processo di pensabilità.

Ciò che mi ha spinto a tornare a riflettere sull'insieme di queste esperienze in ambito medico, e a cercare di individuarne gli elementi portanti comuni e differenti, è stato proprio, prevedibilmente e comprensibilmente soprattutto in quelli clinici, il livello altissimo di angoscia spesso libera, o più o meno contenuta, in cui si era immersi particolarmente nei primi incontri. Angoscia che mi ha inevitabilmente attraversato e poi interrogato e che ho appunto chiamato "invariante" dell'angoscia di malattia. Quando questa si presenti ovviamente in modo grave e con un rischio immediato, annunciato o attraversato di morte.

Dunque un'angoscia di morte, a volte non contenibile e debordante, che poteva mettere a dura prova l'apparato contenitivo della mente gruppale.

Anzi propone ad esempio in "Il gruppo e l'inconscio" (1976), che l'iniziale esperienza di partecipazione alla vita emotiva del gruppo corrisponda all'immersione in una esperienza sensoriale primigenia, sorretta da una fantasia di confusione e intrappo-lamento nel corpo materno. L'individuo entrerebbe nel gruppo immergendosi in un clima oniroide come nel sonno, che permette di rivisitare esperienze sensoriali non ancora organizzate in rappresentazioni, e dunque in forme di pensabilità.

Una sorta di esperienza gestazionale e regredita che permette l'emersione di quel livello indifferenziato antico, di qualità psicosensoriale, vissuto nella prima relazione materna.

Nella seduta iniziale, infatti, viene esperito uno stato mentale alterato, quasi allucinatorio, che potremmo definire di psicosi controllata; circolano momenti di angoscia acutissima e addirittura di panico. Una delle cinque signore ha un rosario in mano e porterà il primo, breve sogno del gruppo, "Ero in una stanza buia e scura e appare la Madonna di Lourdes, bella e luminosa. Non parla ma da un senso di tranquillità"

La sognatrice lascerà anzitempo la seduta, benedicendo prima di uscire il petto della più giovane con la croce del rosario, e successivamente non tornerà più.

Inoltre per tutto l'incontro le donne hanno parlato del loro tumore senza pensare di presentarsi neanche con il nome, ma soprattutto non si ascoltavano, si frammentavano in piccoli gruppetti dove le parole, come cellule impazzite, non consideravano l'altro ma

venivano proiettate violentemente nel campo gruppale come cose, e i discorsi si sovrapponevano in una sorta di babele biblica, dando forma ad un linguaggio incomprensibile se non, come mi accorsi nel tempo, letto come espressione di un'angoscia incontenibile di morte del sé corporeo, violato da una invasione maligna e incontrollabile, espressione di una disorganizzazione nell'esperienza originaria di sé, quando ancora la psiche e il soma erano ad un "livello indifferenziato", e che non era stata possibile integrare nella primaria relazione con la madre.

Forse solo la "Madonna di Lourdes", offerta al gruppo come una prima sorta di contenimento protettivo, che nel sogno evocava più la madre idealizzata degli inizi, fonte di amore assoluto e inesauribile, una madre senza parole dove prevaleva un'esperienza diffusa dei sensi fatta di luce, bellezza e tranquillità, avrebbe potuto salvarle illuminando e dando vita all'esperienza di buio in cui erano precipitate.

Ed ebbi modo di osservare nelle prime sedute successive, nel setting e nella dinamica interna, che il gruppo proseguì a rappresentare e teatralizzare concretamente gli elementi della malattia, funzionando come icona o come sogno delle sue caratteristiche specifiche: "Variante", di qualità più secondaria, dell'angoscia di malattia.

Il campo gruppale si strutturò concretamente come "contenente due metà contrap-poste" e doppie come i seni, nelle presenze e nelle assenze e nel gioco dei legami e delle configurazioni iconiche che si andavano creando al suo interno: nei due incontri successivi erano presenti solo le due signore Anne, metà del gruppo, (hanno lo stesso nome, che peraltro è graficamente simmetrico), una mastectomizzata e l'altra no.

"Le uniche sopravvissute!" dicono di se stesse.

E nell'incontro seguente il gruppo andrà deserto, agendo col corpo lo stato angosciosamente agonizzante in cui versava.

Questa esperienza di morte, di sparizione che il gruppo mi aveva lasciato vivere in solitudine, produsse in me un'angoscia importante che mi portò perfino a pensare di come avessi fatto a immaginare di mettere insieme persone tutte ammalate così gravemente.

Fu solo la vitalità dell'incontro successivo, dove le restanti quattro donne furono tutte presenti e dove finalmente poterono parlare alle altre del proprio tumore, anche se scoprendo, mostrando e toccandosi reciprocamente e "concretamente" il seno, che mi aiutò a comprendere quanto la comunicazione portante e importante, cioè ciò che queste signore avevano agito attraverso il corpo gruppale con l'assenza, inscenasse un'esperienza più o meno vacante e vacua del sé.

In effetti ciò che mi ha colpito in questi gruppi, forse per la brevità o per la drammaticità dell'esperienza che si voleva affrontare o forse proprio per la maggiore offerta di regressione che il gruppo offre nell'immediato, fu che si siano maggiormente lavorate esperienze primarie rispetto a quelle secondarie della maturità che restarono sullo sfondo, fiduciosamente passibili di sviluppo futuro, e più la relazione con la madre degli inizi che non quella successiva rispetto, ad esempio, a quanto mi era invece diversamente capitato in un'altra esperienza, di svariati anni precedente, con donne mastectomizzate che vedevo in colloqui individuali, e dove la maggiore preoccupazione di ciascuna era focalizzata sulle possibili conseguenze che la loro malattia avrebbe potuto avere nel rapporto con il proprio compagno di vita.

L'aver maggiormente lavorato sulla relazione con la madre primaria è quanto successo anche in un secondo gruppo di pazienti, tenutosi su richiesta dell'Unità Operativa di Neurochirurgia dello stesso ospedale. Si è trattato di quattro partecipanti che erano stati sottoposti a intervento chirurgico in seguito alla formazione di ematomi cerebrali conseguenti ad un trauma cranico e che, a seguire, avevano tutti avuto esperienza di ricovero in ambiente intensivo per coma post-traumatico o farmacologicamente indotto. Tutti presentavano inoltre deficit cognitivo-comportamentali ma non neuromotori.

In particolare i partecipanti erano adolescenti, due maschi e due femmine tra i 18 e i 22 anni, e dunque ancora fortemente coinvolti nel processo di individuazione/separazione proprio dell'età evolutiva, particolarmente attivato dallo sviluppo ormonale e somatico.

Riporto il primo sogno fatto da un rappresentante maschile: "Sono in un caffè-magazzino con un amico, ci sono delle ragazze, comincio a toccare il seno all'una e all'altra però non mi rispondono male, ma mi sorridono!" racconta stupito.

La parte maggiormente in evidenza del corpo delle ragazze è in effetti il seno, ma non c'è conflitto. Il seno viene donato con un sorriso e sembrerebbe anche qui sotteso da un'esperienza buona di investimento sul gruppo-madre, la madre degli inizi, e sulle sue possibilità nutritive.

In questa seconda esperienza però, i ragazzi entrarono da subito in una rapida confidenza tra loro, nonostante gli sguardi tristi e spenti vagassero inizialmente in un'atmosfera carica di dolore. Non erano stati invasi da un male infiltrante e incontrollabile che lavorava in sordina per divorare il corpo, il loro male era localizzato in una sua parte, la testa, e forse ciò permise loro di riconoscere da subito l'altro e di avvalersi della sua complicità. Avevano tutti visto la morte in faccia ed erano stati sospesi tra la vita e la morte, nel coma o nella sedazione, quando si erano trovati in terapia intensiva. Ma erano sopravvissuti, così che l'angoscia di morte restò in un primo momento più distante e difensivamente congelata. Erano sopravvissuti anche se rinati in un corpo peggiore: "Svegliarsi dal coma è come rinascere in un corpo peggiore, sei tu con un altro corpo" sostiene fin dalla prima seduta una delle ragazze.

Così l'angoscia verrà espressa nella preoccupazione di essere sé stessi in un altro corpo o, in modo speculare, essere un corpo che non ha più dentro sé stessi, declinando da subito il vertiginoso compito evolutivo che avevano avuto difficoltà ad affrontare. Cioè declinando prima del gruppo precedente, anche se solo per concreta enunciazione, l'angoscia specifica e "variante" della loro condizione di adolescenti, ampliata dalle conseguenze post-traumatiche dell'incidente.

E dunque il gruppo si racconta dell'incontro con questo nuovo corpo danneggiato in cui non si riesce a stare. Sara ha difficoltà a concentrarsi e a memorizzare, ha una sua foto sul comodino perché la aiuti a riconoscersi ma non si sente più quella di prima, non prova più emozioni, legge e rilegge le lettere del fidanzato, sono le stesse, ma le emozioni non ci sono più. Daniela non ci vede da un occhio ormai rimasto cieco, ha il mal di testa, non esce più, non le interessa più niente. Anche lei non si concentra e addirittura non sente più i sapori, e domanda se qualcuno avesse conservato l'olfatto. Fabrizio sente troppo gli odori. Per Alessandro il cinema scorre troppo rapidamente per i suoi occhi, ha degli accessi di rabbia, ma propone di vedere le cose dall'occhio giusto.

La seduta si conclude con la proposta di portare le proprie foto per mostrare agli altri come si era prima dell'incidente. L'esperienza di mostrare le foto la seduta successiva, "Di quando ero una bella ragazza!" commenta Daniela, "...è vissuta con intensa emozione, esse rendono immediato il senso di una frattura...portare le foto, ha lentamente permesso di veicolare emozioni e vissuti...; le foto scorrono sotto le mani di tutti, accarezzate dagli occhi di tutti, sono accompagnate dai commenti di tutti, da espressioni di sorpresa e da silenzi di tristezza. Non è dicibile quello che le foto raccontano ma perlomeno è condivisibile." (Bruni, 2009) Certamente i disturbi sensoriali sono qui residui neurologici del trauma cranico, ma l'ascolto non ha avuto bisogno di spiegazioni, perché il gruppo nel suo insieme sentiva di avere un occhio cieco, di non percepire gli odori o di sentirli in modo eccessivo, e che il mondo scorreva troppo rapidamente per i propri occhi in un vissuto di scollamento dallo scorrere della vita, ma lo sentiva col sapere del corpo "...sulla superficie esterna della coscienza".

L'aver però potuto nominare questi accadimenti scollati del corpo in uno spazio investito e plurimo ha potuto dotarlo di un apparato percettivo di contenimento, unico e collettivo, e soprattutto affidabile: Alessandro arriverà ad esclamare che "...finalmente qui si può

parlare senza problemi; ho la sensazione che ci siano cento orecchie che ascoltano”, cosa che ha permesso di cominciare a scongelare le angosce più impensabili come il rischio della propria morte, confermato dai tanti che si sono visti morire, la rabbia e le stesse idee di togliersi la vita, dibattute tra il disinteresse e l’intenso desiderio e diritto a viverla, e l’esperienza in terapia intensiva.

Paola Carbone (2009), psichiatra e psicoanalista dell’adolescenza, si è particolarmente occupata di indagare le diverse motivazioni che portano gli adolescenti ad avere un elevato tasso di incidenti, spesso reiterati o mortali, arrivando a concludere che si tratti di una sorta di break down evolutivo agito, sotteso da esperienze traumatiche antiche che non hanno permesso una sufficiente integrazione del sé, tale da consentirgli di sostenere il processo individuazione/ separazione. “Il trauma si trova sospeso in uno spazio mnemonico che non è né ricordo, né rimozione. Non può essere né ricordato né dimenticato”(Carbone, 2005), collegandolo inoltre alla presenza di un sovraffollamento affettivo che ha superato le capacità integrative dell’esperienza di sé.

Riporterò due sogni fatti da Sara. Nel primo dei quali, portato la seduta immediatamente successiva e fatto in Terapia Intensiva, partorisce finalmente quella area opaca e primaria, priva di immagini e rappresentazioni, che rende il gruppo cieco da un occhio.

“Sono in un letto di ospedale, alla mia sinistra ci sono dei medici, li chiamo perché devo partorire due ragni grandi neri e due piccolini. I medici mi dicono di rivolgermi ai pescatori sulla mia destra, oltre la finestra. Uno dei pescatori mi porta a partorire nel deserto. Mi toglie una coperta azzurra e partorisco”.

Sara dunque partorisce per il gruppo, attraverso questo sogno, gli ematomi-traumiragnetti neri dei suoi quattro componenti, da tre di loro procuratisi in un incidente automobilistico e per Sara in una caduta da cavallo. Ciò che l’occhio cieco non poteva vedere è sotto gli occhi di tutti, ciò che prima era stato possibile scorrere con gli occhi dall’esterno nel formato bidimensionale delle foto, o semplicemente essere enunciato per elencazione, ora ha una collocazione interna e tridimensionale che permette di restare al cospetto del proprio dolore. Al cospetto di quell’area originaria del sé, innominabile e traumatizzata, agita nell’incidente/break down perché fonte di una indicibile angoscia primaria di morte che non era stato possibile né ricordare né dimenticare. “Invariante” dell’angoscia di malattia.

Nel secondo sogno invece il gruppo procede nel lavoro di simbolizzazione dell’angoscia più specifica rispetto al senso dell’evento somatico: “variante dell’angoscia di malattia”.

Sara sogna di entrare in chiesa dove c’è un matrimonio: “Si sposa il mio capo scout con l’attuale moglie, ma in realtà è come se lui fosse il mio fidanzato e io ero andata in chiesa per la cerimonia in abito da sposa. Ma mi accorgo che la sposa è già presente, è un’altra, e scappo dalla vergogna. Chiedo scusa a tutti e vado a casa...”

Commenta di come il tempo per lei scorra più lentamente rispetto a quello del fidanzato sottolineando ancora un vissuto di scollamento e una preoccupazione/angoscia di fallire il proprio compito evolutivo.

Dunque Sara non è più un personaggio della scena che si andava svolgendo, è la sposa ma allo stesso tempo non lo è, anzi si scusa e si vergogna di averlo pensato e si rifugia a casa. Con questo declinando un elemento puntuale del dolore di tante adolescenze difficili: di restare in sosta in un luogo che non è né dei vivi né dei morti, dissociato dallo scorrere dell’esistenza dell’altro e della propria.

Vissuto peraltro ben rappresentato nel coma in ambiente intensivo, dove ci si sente sospesi tra la vita e la morte in un perturbante disorientamento spazio-temporale, come spesso occorre in questo tipo di ricovero.

Anche il gruppo delle donne arrivò a collocare internamente l’area difettuale primaria e congelata, espressa nella sviluppo della neoplasia, attraverso il sogno di una sua partecipante; la più giovane, che aveva da poco cominciato a carezzare l’idea di avere un bambino.

“Sono alla guida della mia macchina. Ad un certo punto incontro sulla strada una lastra di ghiaccio, ci scivolo sopra e mi capotto” La sognatrice associa e racconta di sé. Era nata da una “famiglia già fatta” con un distacco temporale dai primi fratelli, per curare la depressione della madre in quanto il terzo di questi era morto. Figlia di una mamma depressa e distante era stata allevata per lo più dalle baby sitter. E nel sogno rivisita lo scivolone improvviso, antico e attuale, intorno a vissuti ghiacciati e freddi che non l’avevano tenuta sufficientemente agganciata alla relazione primaria con lei.

Per tutta la durata infatti, il gruppo commentò e raccontò esperienze di gravidanze, nascite e allattamenti, passando dalla rievocazione di madri buone, generose e oblativo, che avevano “molto allattato” a madri, come sosteneva una delle Anne della sua, “cattive e prepotenti”, presenze/ombra persecutorie di parti avvenuti con difficoltà o di diagnosi di malformazioni fetali.

Dunque, aiutati anche dall’omogeneità di genere, si declinarono temi vissuti da un vertice femminile riguardanti la femminilità, il seno ne è un organo fortemente investito e il gruppo lavorò quote di eccessive ambivalenza della relazione con la madre, tra odio e amore, rivendicazione e gratitudine, rispetto al nodo centrale della inseparabilità e della emancipazione.

La centralità di questo snodo separativo, proprio di ogni processo terapeutico ma anche specificatamente significativo negli accadimenti gravi di interesse medico, è stato contro-transferalmente colto e elaborato persino nell’esperienza di formazione, svoltasi sempre nello stesso Ospedale.

Si è trattato di un gruppo di venticinque operatori che si occupavano della cura di pazienti oncologici. Prevalentemente medici, ma anche infermieri.

Per tutta la prima parte del suo svolgimento questo gruppo ha oscillato tra vissuti di necessità e bisogno e aspetti di negazione e difesa, inscenando anche un’imbarazzante contraddizione, a cui era difficile sottrarsi come operatori sanitari, insita nel vissuto collettivo della loro specifica missione: salvare vite umane più che vederne morire.

“I primi incontri furono dunque intensi e distratti insieme. Le sedute erano interferite da squilli di cellulare o di cercapersone per le urgenze che obbligavano a momentanee assenze, in un clima che oscillava tra il bisogno di affidarsi e la diffidenza. Si affastellavano con dolorosa impotenza, incontro dopo incontro, i racconti dei pazienti morti nella settimana o delle sofferenze che avevano dovuto patire; il gruppo inscenava i vissuti di saturazione psichica e sovraffollamento emotivo che avevano messo in crisi le potenzialità di pensiero e contenimento affettivo nelle relazioni di cura dei partecipanti.

Si alternavano presenze e assenze dei membri in modo disordinato e variamente distribuito, come a puntualizzare lo stato di collasso della pensabilità in cui versavano, e il bisogno di mettere a dura prova la capacità di contenimento dell’esperienza stessa per quanto riguardava la “crisi della presenza”, connessa all’angoscia annichilente della morte, nel soma o nella mente.” (Bruni, 2008)

Inizialmente infatti, i morti della settimana venivano anche qui buttati sul tavolo come “cose”, cose bollenti che si potevano tutt’al più enunciare, quasi in modo scaramantico e ossessivo, a difesa del terrore che la morte altrui prima o poi restituisse quanto proiettato da ciascuno rispetto al dolore di concepire il proprio ammalarsi o il morire, o anche scatenasse un aspetto di follia ben protetto dall’indossare un camice bianco o uno stetoscopio.

Anche qui, la possibilità di inscenare concretamente, in una sorta di rito collettivo, il mortifero sovraffollamento emotivo procurato dalla relazione di cura contro-transferale con pazienti gravi, “invariante” dell’angoscia di malattia, e i vissuti di impotenza a fronte dell’idealizzata mission a cui corrispondere, “variante” dell’ angoscia, avviò un processo di internalizzazione di vissuti pur così estremi, che poterono comporsi nel sogno.

Questo gruppo produsse un solo sogno, portato a circa metà dell’esperienza dall’unica partecipante che aveva sviluppato una neoplasia.

La dottoressa sognò in una pausa notturna del suo turno di guardia: “Ero di guardia, e la mattina seguente al risveglio incontravo in reparto un mio paziente ricoverato, che mi fermava e mi chiedeva di aiutarlo a vivere almeno fino al matrimonio della figlia che sarebbe avvenuto pochi mesi dopo”.

E la mattina dopo la sua notte guardia, con grande stupore della stessa, alla sognatrice successe realmente di incontrare il paziente del sogno in corsia, che la fermò e le chiese di aiutarlo a vivere fino al matrimonio della figlia a cui desiderava essere presente.

Il suo racconto segnalava una raggiunta e così grande intimità col mondo interno del suo paziente, che arrivava ad anticipare il sogno. Nel riferirlo si commuove e associa la malattia di suo padre e anche la propria in giovane età, quando sviluppò una neoplasia tiroidea.

Il sogno connette in un rapporto significativo la morte alla nascita, la perdita alla vita, la dipendenza alla separabilità e all'individuazione.

La sognatrice acquisisce per il gruppo una sorta di assenso transgenerazionale verso il passaggio alla vita adulta. Il padre malato di cancro chiede di vivere fino a quando la figlia non ‘morirà’ separandosi da lui con il matrimonio, e la figlia sognatrice e sognata fantastica la morte del padre al nascere della propria vita, ma anche la necessità della presenza di entrambi perché possa compiersi questo passaggio.

La vulnerabilità umana, l'orrore e lo spavento dell'ammalarsi e del morire non appartenevano più solo persecutoriamente all'altro-paziente, ma erano resi internamente pensabili e più tollerabili. Inoltre anche la relazione di cura tra medico e paziente era proposta in modo meno appiattito al bisticcio tra onnipotenza e impotenza e più confidente nelle più incerte, ma realistiche e possibili, capacità umane.

Questo permise ad un'altra partecipante, rassicurata dalla tenuta del gruppo, di confessare la sua recente gravidanza di appena tre mesi.

“Essa sottolineò con particolare enfasi il significato che aveva rivestito per lei il modo con cui questo bambino era stato concepito, dopo l'affettuoso saluto di una sua paziente prima di morire. Da una telefonata postuma ai familiari, la collega riferisce di aver intuito che la morte della paziente e il concepimento si erano compiuti con una strana e “significativa” coincidenza” temporale.

Il gruppo nel suo proseguito associò, commentò e visse sentimenti di gioia ed invidia per la nuova vita in fieri, connessi alla consegna generosa del diritto ad esistere da parte di figure parentali, ma anche sentimenti di orrore e preoccupazione per l'eventuale possibilità di sviluppo di una gravidanza che avrebbe procreato un mostro, connessi all'ombra maligna di una mamma cattiva.

Sembra dunque che potersi separare attraverso un affettuoso saluto apre alla vita. E' una acquisizione sofferta e difficile da raggiungere, che si declina continuamente nel corso di un'esistenza tra l'anelito all'eternità e il limite della finitezza umana, e che sola permette di entrare nella storia, nella propria storia.

Ma l'incontro con la malattia, con il danno, la decomposizione, e il limite immanente il corpo è più che una sofferenza, è uno strazio. L'angoscia di malattia ha un suo specifico indicibile strazio, molto simile a una follia.

La malattia è paradossalmente un anelito alla vita e alla separazione, ma allo stesso tempo, soprattutto in una patologia grave, ne incarna il fallimento con il suo possibile trionfo nella morte. E' un fatto opaco che combacia con un'area difettuale del sé e con le sue terribili angosce. A riguardo di ciò Ciocca (2013) scrive del sé corporeo: “...il nucleo del nostro sé è embodied and embedded” (incarnato e incorporato), “...senso si sé basico e pre-riflessivo generato da un flusso continuo di sensazioni interne ed esterne, un dialogo continuo mente-corpo, potremmo dire, che sostiene e nutre l'esperienza soggettiva e la colora dei toni di vitalità, presenza a sé stessi, senso di esserci. Il corpo è una presenza attiva...”

E, sempre nella stessa pubblicazione (2013), Stefania Marinelli e Federico Dazzi scrivono: “Corpo allora non è la concretezza del funzionamento e della nostra rappresentazione. Corpo è vita, legame, non-conoscenza, ed è disturbo o presenza. Essere, origine, unità.”

Quindi origine inconoscibile, unità imprescindibile, l'essere che siamo. Presenza o disturbo. Custode affidabile anche di parti mai nate del sé che reclamano vita, attore e co-attore indiscusso nel processo di separazione/individuazione, ineludibile snodo capace di collocarci nel tempo della nostra storia e di accedere così al ricordo. Ciò da cui ci separiamo davvero può continuare a vivere in noi nel ricordo, che sia la madre degli inizi, l'adolescenza, o la morte di una persona cara. Ciò che è invece quasi impossibile concepire è la nostra morte, forse perché non la possiamo ricordare, perché non è elaborabile né riparabile da noi. Possiamo solo affidarci all'elaborazione e al ricordo dell'altro, fuori dall'orizzonte temporale della nostra vita. Ma l'essere incastonati nella storia più ampia della propria genealogia familiare e dei propri affetti, cioè aver ricomposto l'ambivalenza che ci legava alle figure parentali, ed averne accettato l'eredità liberando la nascita della propria vita e quella delle generazioni future, a cui consegnare il testimone della trasmissibilità procreativa, ci consente di ampliare nell'altro il luogo e il tempo del ricordo. "Un debito di vita inconscio lega, in una catena trans generazionale, i soggetti ai loro genitori, ai loro antenati...il riconoscimento di questo dovere di gratitudine, di questo debito di esistenza, è il perno della capacità di trasmettere la vita"(Bidlowski, 1997). E qui mi torna alla mente il saluto che un paziente consegnò alla moglie, rivolto a lei e ai loro figli, e alla loro discendenza, per congedarsi prima di morire; un dono prezioso di gratitudine per l'amore ricevuto, e dell'amore infinito di cui li aveva amati, viatico alla trasmissione della vita che la memoria del corpo avrebbe custodito. "Ricordati che vi amerò sempre, fino alla consumazione dei secoli!"

### **Bibliografia**

- Anzieu D. (1976), *Le group et l'inconscient*. Bordas, Paris. Trad. It. *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma, 1979.
- Bidlowski M. (1997), *La dette de vie*, Presses Universitaires de France. Trad.It. *Il debito di vita*, ed. Quattro Venti, Urbino, 2000.
- Bion W.R. (1961), *Experiences in groups and other Papers*. Tavistock Publications, London. Trad. It. *Esperienze nei gruppi*, Armando, Roma, 1971.
- Bion W. R. (1976), Interview with A.G. Banet jr, *Group end Organisation studies*, vol.1. Trad. It. Intervista con A.G. Banet jr, *Il cambiamento catastrofico*. Loescher, Torino, 1981.
- Bruni S., Marinelli S., Baglioni L., (1999), Sogno, corpo e malattia nel gruppo. Gruppo terapeutico nel reparto ospedaliero, *Funzione gamma*, 2, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Bruni S. (2004), Malattia corpo e gruppo. In *Gruppi Omogenei*, a cura di S. Corbella, R. Girelli, S. Marinelli. Borla, Roma.
- Bruni S. (2008), Un gruppo di formazione con operatori sanitari ospedalieri: dalla fatica della corsia alla produzione di significato. *Quaderni Argo* n 0.
- Bruni S. (2009), Il silenzio di una terapia intensiva: da un'esperienza dei sensi ad un'esperienza di senso. *Funzione Gamma*, n. 23, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Bruni S. (2012), Della riparazione femminile in gruppo. Rivisitazione di una esperienza con donne affette da neoplasia mammaria. *Funzione Gamma*, n 29 [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Carbone P. (2005), Il disturbo post-traumatico da stress in adolescenza. In *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Raffaello Cortina, Milano.
- Carbone P. (2009), *Le ali di Icaro*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Ciocca A., Dazzi F. Marinelli S., a cura di, *Anoressie: patologie del sé corporeo*. FrancoAngeli, Roma, 2013.
- De Toffoli C. (2001), Psicosoma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico. *Rivista di Psicoanalisi*, XLVII,3.
- De Toffoli C. (2003), Il lavoro somato-psichico della coppia materno-fetale: come "ciò" diviene "tu". *Richard e Piggie*, 3.
- Edelman G.M. (1989), *The Remembered Present. E Biological Theory of Consciousness*, Basic Books, New York. Trad. It. *Il presente ricordato*. Rizzoli, Milano, 1991.

- Edelmann G.,M. (1992), *Bright air, brilliant fire: on the matter of the mind*. Basic Books, New York. Trad. It. Sulla materia della mente. Adelphi, Milano, 1993.
- Kaplan-Solms K., Solms M. (2000) *Clinical studies in neuro-psychoanalysis. An Introduction to a Depth Neuropsychology*. International Universities Press, Madison. Trad. It. *Neuropsicanalisi: una introduzione clinica alla neuropsicologia del profondo*, Cortina, Milano, 2002.
- Soavi G.C. (1996), Motivazione e operare clinico, Relazione scientifica presentata al Centro di Psicoanalisi Romano, Roma.
- Soavi G.C. (1998), Memoria procedurale, regolazione interattiva e psicosomatica. *Medicina Psicosomatica*, 43.
- Winnicott D.W. (1958), *Trough Paediatrics to Psycho-Analysis*. Tavistock Publications, London. Trd. It. *Dalla pediatria alla psicoanalisi: scritti scelti*, Psycho, 2001.
- Winnicott D.W. (1989), *Psycho-Analytic Explorations*. Karnac Book, London. Trad. It. *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Cortina, Milano, 1995.

## Note

(1) La vita emotiva nasce con il corpo. Da una quantità di input percettivi raccolti dagli organi di senso, come stimoli sonori, uditivi, olfattivi, gustativi e percettivi cutanei, e da piccoli specializzati recettori sensitivi che raccolgono informazioni sia dall'interno che dall'esterno ad esso, calore, dolore, pressione, ritmi e movimenti. Tali percezioni sensoriali e sensitive vengono raccolte dal sistema nervoso periferico e portate al cervello, dove raggiungono inizialmente delle stazioni di arrivo sottocorticali che registrano queste tracce archiviandole come memorie implicite, "procedurali", cioè non ancora accessibili alla capacità discriminativa propria della corteccia cerebrale, ma che comunque producono stati interni più o meno intensi e più o meno piacevoli o sgradevoli, Alcune di queste percezioni possono raggiungere la corteccia che, a seconda del suo grado di maturità, può sottoporle ad un processo discriminativo per poi archivarle sotto forma di tracce mnesiche in una struttura chiamata Ippocampo. Questo tipo di archiviazione, chiamata memoria dichiarativa, archivia le tracce mnesiche in modo discriminato, riconoscibile e organizzato su coordinate spazio-temporali, e permette di rievocare coscientemente i ricordi, rendendo accessibile e consapevole la narrazione dei loro vissuti, e la formazione di associazioni e pensieri. Le esperienze archiviate invece solo nella memoria implicita, a causa della immaturità della corteccia nel momento in cui sono state esperite o perché troppo intense, dolorose e repentine, non possono essere raggiunte consapevolmente, ma comunque informano ciò che siamo, e il nostro vissuto dell'altro e della realtà. Parte di tali vissuti, di qualità psico-sensoriale, se debitamente accolti e riconosciuti, possono essere recuperati come esperienze consapevoli e nominabili che restituiscono senso all'esperienza che li ha prodotti, e dunque divengono anch'essi utilizzabili nei processi associativi e nella formazione dei pensieri.

**Simonetta Bruni** Medico Psichiatra, Psicoterapeuta. Già Coordinatrice della Attività di Psichiatria di Consultazione e Collegamento del SPDC, DSM RM1 presso l'ACO S. Filippo Neri di Roma (1996/2011), e già Responsabile della Attività Terapeutica di Gruppo presso la UOC Prevenzione e Interventi Precoci Salute Mentale, DSM RM1, fino al pensionamento (2018). Socia Fondatrice e membro del Direttivo Argo, da sempre interessata a temi riguardanti il problema mente-corpo, ha prodotto diversi scritti pubblicati sulla rivista on line "Funzione gamma", e sulla rivista di Argo "Gruppo: Omogeneità e Differenze", ed è stata co-autrice del libro "Gruppi Omogenei".

**Email:** [simonettabruni6@gmail.com](mailto:simonettabruni6@gmail.com)

## **Ascolto analitico e linguaggi del corpo/mente nel gruppo**

*Silvia Corbella*

### **Abstract**

In questo scritto viene sottolineato come sia importante, fin dal primo incontro con il paziente, che il terapeuta prenda attenzione e ascolto psicoanalitico anche a tutte le comunicazioni che provengono dai linguaggi del corpo. La prospettiva cui oggi guardiamo al rapporto psiche-soma è olistica. Dopo un rapido sguardo sintetico alla relazione psiche-soma all'interno del pensiero filosofico, si fa riferimento al rapporto psiche-soma alla luce delle moderne teorie dell'integrazione, avendo ben presente che nel setting gruppoanalitico la dimensione corporea dei partecipanti è in primo piano. Questo setting è particolarmente idoneo a condurre il singolo partecipante e il gruppo tutto verso una consapevolezza sempre più integrata della relazione psiche-soma che porta alla comprensione di sé e dell'altro come "persona" intera. Viene presa in considerazione la relazione fra corpo-cervello e mente ricordando il pensiero di Mauro Mancini: la mente è un epifenomeno complesso che epistemologicamente si differenzia dal cervello, ma che ontologicamente è legato al cervello e alle funzioni cerebrali e quindi la mente non può che essere il risultato di operazioni del cervello. Quindi il cervello è il produttore di qualsiasi evento mentale anche delle Esp. (extra sensory perception). A questo proposito viene spostata l'attenzione sui fenomeni Esp nel setting analitico individuale e di gruppo e all'importanza che l'analista sia disponibile a riconoscerli e ascoltarli, dotandoli di significato. Vengono portati esempi clinici che valorizzano anche questa tipologia arcaica di comunicazione resa possibile dalla disponibilità dell'analista ad entrare in risonanza con essa.

**Parole chiave:** Ascolto analitico, corpo, psiche/soma, cervello, Esp

### **Abstract**

In this paper it is emphasised how important it is, from the very first meeting with the patient, that the therapist also pay attention and listen psychoanalytically to all the communications that come from the body language. The perspective we now look at the psyche-soma relationship is holistic. After a quick summary look at the psyche-soma relationship within philosophical thought, reference is made to the psyche-soma relationship in the light of modern integration theories, bearing in mind that in the group-analytic setting the participants' bodily dimension is in the foreground. This setting is particularly suited to leading the individual participant and the group as a whole towards an increasingly integrated awareness of the psyche-soma relationship that leads to an understanding of self and other as a whole 'person'. The relationship between body-brain and mind is considered, recalling Mauro Mancini's thought: the mind is a complex epiphenomenon that epistemologically differs from the brain, but ontologically is linked to the brain and brain functions, and therefore the mind can only be the result of brain operations. Thus, the brain is the producer of any mental event even of ESP (extra sensory perception). In this regard, attention is shifted to Esp phenomena in the individual and group analytic setting and to the importance of the analyst being willing to recognise and listen to them, endowing them with meaning. Clinical examples are given that also enhance this archaic type of communication made possible by the analyst's willingness to resonate with it.

**Key words:** Analytical listening, body, psiche/soma, brain, Esp

## 1) Ricordi

Quando si è parlato del corpo, nel nostro gruppo di intervizione, dalla mia mente inaspettata-mente si è sprigionata l'immagine del mio primo incontro con il dott. Lopez, supervisore per il primo caso preso in analisi a quattro volte alla settimana, come richiesto dalla SPI. Insieme a questo, quasi magica-mente, mi sono tornati alla memoria l'emozione, l'imbarazzo e il timore dell'incontro con un Maestro come Lopez che venivano espressi (come da sempre all'epoca, ancora mi capitava) attraverso il rossore sulle guance e sul collo e le parole dette con voce un po' tremante. Ricordo anche la modalità rigorosa e accogliente di Lopez nel dirmi come fosse importante notare fin dal primo incontro il linguaggio del corpo del paziente e nel suo consigliarmi di leggere *L'analisi del carattere* di W. Reich. che trovai di profondo interesse e di grande utilità. Ovviamente mi sentii scoperta nelle mie emozioni ma anche accolta.

Grazie a Lopez e a Reich ho ben presente che il corpo entra in gioco in ogni interazione sociale distinguendoci nella nostra specificità. Già Freud (1928; 488) aveva scritto: "*L'Io è innanzitutto tutto un'entità corporea*". Diventata analista, nel corso del lavoro, ho verificato come fosse vero quanto sostenuto da Reich relativamente al fatto che la richiesta fatta al paziente di dire tutto quello che viene in mente, permettendosi *libere associazioni*, in rari casi possa essere subito accolta e messa in atto.

E' quindi molto importante non solo ascoltare il contenuto delle supposte libere associazioni ma anche prestare attenzione a come vengono espresse, in modo da poter cogliere eventuali incongruenze fra il contenuto e la modalità di esprimerlo.

Freud (1905) scriveva: "*Chi ha occhi per vedere e orecchi per intendere si convince che ai mortali non è possibile celare alcun segreto. Chi tace con le labbra chiacchiera con la punta delle dita, si tradisce attraverso tutti i pori*".

## 2) Comunicazioni del corpo

Da allora sono sempre stata attenta, fin dal primo incontro con il paziente, anche a notar come cammina, allo spazio che occupa sulla poltrona. Per questo, sebbene a causa del Covid ci siamo abituati anche alla possibilità di incontri virtuali, ritengo molto importante che almeno il primo incontro possa essere in presenza e ci possa essere un buon incontro a livello personale e diretto fra analista e paziente, perché non possiamo dimenticare che anche il corpo dell'analista sarà oggetto di attenzione, conscia o inconscia, da parte del paziente. Ritengo si possa considerare W.Reich un precursore nel introdurre l'importanza del linguaggio del corpo nella situazione psicoanalitica individuale.

A maggior ragione dobbiamo tener conto che nel gruppo la dimensione corporea dei partecipanti è in primo piano. La comunicazione non avviene utilizzando in modo particolare la parola e l'ascolto, come nell'analisi individuale. La vista viene privilegiata rispetto all'udito, dal momento che il terapeuta e i membri del gruppo, seduti in cerchio, si guardano reciprocamente. Essere nel gruppo secondo Rouchy (1993) è una sorta di ritorno alle origini, poiché: *all'inizio era il gruppo*. Questo è vero sia riguardo alla storia di ogni individuo (tutti nasciamo e fondiamo la nostra identità all'interno di un gruppo-famiglia) sia riguardo alla storia della psicoanalisi. Freud nel 1885 era stato stimolato a interrogarsi in modo nuovo sul funzionamento della psiche proprio all'interno di un gruppo con Charcot, padre della neurologia francese, all'ospedale della Salpêtrière. Una parte delle lezioni di Charcot, note all'epoca ai medici di tutta Europa, consisteva in uno "spettacolo" in cui di fronte a molti studenti curiosi ed attenti, giunti a Parigi da diverse nazioni europee, le pazienti isteriche "esibivano" le loro crisi fino a raggiungere il *leggendario* arco isterico. Contro l'effetto isterogeno del gruppo e del suo spazio seduttivo spettacolare Freud *inventa* la psicoanalisi, in cui privilegiare l'ascolto e la parola.

Le dinamiche che si sviluppano nei nostri gruppi terapeutici però non sono quelle dei gruppi formati dagli spettatori della drammatizzazione isterica alla Salpêtrière, e le patologie che dobbiamo affrontare non sono sempre riconducibili a quelle dell'epoca di

Freud e di Charcot. Oggi incontriamo persone la cui patologia ha avuto spesso origine a livelli molto arcaici, fino a quello in cui non vi è ancora distinzione fra psiche e soma. Le dinamiche del gruppo ci possono permettere, nel divenire della spirale del tempo, di riattualizzare anche livelli molto primitivi di esperienza.

Il rapporto fra gruppo e corpo è di reciproco rimando. Nel gruppo, come nel sociale, ciascun partecipante è visto prima di tutto nel suo essere corpo. E la rappresentazione del gruppo come corpo è presente nelle metafore più antiche del pensiero filosofico, religioso e politico: basti ricordare l'apologo di Menenio Agrippa.

Il gruppo analiticamente orientato viene spesso vissuto dai pazienti come un corpo materno, una matrice-utero, sia per la sua forma circolare sia per le funzioni che a volte assolve.

Il corpo di ogni partecipante può, nel e attraverso il gruppo, narrare la propria storia, per la rilevanza che in questo setting viene data sia al simbolico sia alla comunicazione non verbale. L'inizio della consapevolezza del proprio essere nel mondo passa dalla consapevolezza dell'esserci come corpo, per poi arrivare al sentire di esserci come persona, capace di una buona integrazione dei propri aspetti psicofisici. La prospettiva cui oggi guardiamo al rapporto psiche-soma è monistica o meglio olistica.

### **3) La relazione psiche-soma nella storia della filosofia**

I nostri più lontani antenati spiegavano animisticamente, in un certo senso *psicologicamente*, non solo i fenomeni che riguardavano il loro corpo, ma tutti i fenomeni naturali attraverso la proiezione delle loro emozioni sulle divinità. Il lampo e il tuono esprimevano l'ira di *esseri sovranaturali* e la malattia era inflitta dagli spiriti del male. Il primo tentativo di spiegare gli eventi naturali con cause naturali venne fatto dai filosofi cosmologici del settimo e sesto secolo avanti Cristo. Le loro considerazioni razionalistiche vennero sistematicamente applicate ai fenomeni biologici da Ippocrate e dalla sua scuola. Il modo di considerare i cosiddetti problemi *mentali* non era psicosomatico ma somato-psichico, implicante cioè la causalità organica dei fenomeni psichici. La malattia *mentale* veniva vista come il risultato dell'intreccio dei quattro umori fisici derivanti dai quattro elementi di Empedocle.

I sofisti, Protagora in particolare, manifestarono per i fenomeni psicologici un interesse che si accentuò nella filosofia di Socrate, Platone e Aristotele. All'interno del loro pensiero la "psicologia", abbandonate le componenti magiche e demonologiche, era diventata una psicologia "razionale", basata sulle conoscenze "introspettive". L'entità "uomo" veniva spiegata col principio di un governo centrale, "anima", che era ritenuto responsabile di tutti i processi del corpo, e in grado di organizzarli ad un fine. Tale concetto finalistico (entelechia aristotelica) sopravvisse fino all'epoca moderna. I Padri della Chiesa portarono il dualismo platonico alle sue estreme conseguenze fino alla nascita della Scolastica, in cui la riscoperta della filosofia di Aristotele permise a Tommaso d'Aquino di ridurre il dualismo esasperato spostando il punto focale dall'anima all'uomo, inteso come un corpo fornito di anima

Nel Rinascimento con la riscoperta dei classici, risorse la tradizione razionalistica e lo spirito *scientifico*. La natura venne definitivamente "deanimata" e si posero le basi per l'epoca moderna, caratterizzata dalla speranza di risolvere *i misteri della vita* con l'applicazione delle leggi operanti a livello fisico e chimico. Cartesio, scienziato e filosofo, separò il corpo, riducibile a una sorta di "macchina", dalla mente e li unì fra di loro grazie ad una non meglio definita "ghiandola pineale". Leibniz radicalizzò la visione cartesiana e spiegò la coesistenza corpo e mente con il concetto di parallelismo psicofisico. Solo Spinoza rifiutò il punto di vista dualistico e considerò la mente e il corpo come due aspetti diversi di una medesima realtà. Non è certo un caso che attualmente Damasio si sia richiamato proprio a lui.

*"Il pensiero epistemologico contemporaneo ha spostato la sua attenzione dal "homo*

*natura” al “homo persona”, dove il soggetto umano non può più essere dissolto e generalizzato con il termine “uomo” o peggio “mente” (Binswanger 1955). Il concetto di persona “serve oggi a indicare il referente o il titolare dell’esperienza cosiddetta psichica (...) e il ritorno dell’Io-persona valorizza quella che vorrei chiamare la dimensione irriducibilmente soggettiva dell’esperienza” (S.Moravia 1994). Moravia sottolinea che l’homo persona non è, come sono gli altri enti mondani, solo un essere, ma rappresenta anche la tensione – l’intenzionalità di husserliana memoria – verso un non essere, verso un altro da sé. L’homo persona è un essere nel mondo, non certo solipsistico ma in relazione dialettica con il suo ambiente, inteso non tanto e non solo come contenitore esterno ma come dimensione costitutiva del Sé.*

#### **4) Il rapporto psiche-soma considerato alla luce delle moderne teorie dell’integrazione**

Il Sé origina dal contatto fisico con un altro corpo, dall’esperienza della manipolazione e dalla progressiva acquisizione dell’esistenza dell’altro (Winnicott). Il Sé è una dimensione psichica, legata primariamente alla fisicità, base per l’affermarsi di uno spazio mentale. L’unità originaria psiche-soma si evidenzia nelle ineludibili interrelazioni fra movimenti corporei e stati psichici ed emotivi e nello stretto legame dell’uomo, animale sociale, con l’ambiente (alle origini il gruppo di appartenenza primario), con il proprio corpo e quello altrui. Il setting gruppale è lo strumento più adeguato per sostenere il singolo partecipante e il gruppo tutto verso una consapevolezza sempre più integrata della relazione psiche-soma che porta alla consapevolezza di sé e dell’altro come “persona” intera ed integrata, identificabile sia nel proprio essere corporeo sia nella propria intenzionalità. Il gruppo può sia accogliere e comprendere la ricaduta emotiva di eventi corporei sia la ricaduta sul corpo del malessere mentale. Il valore del guardarsi e del reciproco rispecchiamento a diversi livelli di realtà, dall’aspetto esteriore ad aspetti anche inconsci di sé, induce i partecipanti al gruppo a dare attenzione anche alle comunicazioni che passano attraverso il corpo. Iniziamo la vita esprimendoci a livello corporeo, ma ognuno con il proprio irripetibile corpo, così per quanto *nulla di umano ci sia estraneo*, ognuno attraverserà le tappe dell’umano esistere in modo personale, senza mai prescindere dal nostro essere corpo. E’ proprio il nostro essere corpo che permetterà l’attuarsi, nel divenire del lavoro gruppale, di quella che Neri ha definito con il termine *Buona socialità*. A volte un gesto di un componente del gruppo è più terapeutico di qualsiasi pensiero che si traduce in parole. Un’alzata di sopracciglia che mette in dubbio un’eccessiva autocritica, un sorriso di sostegno e di piacere di fronte ad un successo, il dono di un fazzoletto mentre scende una lacrima, uno sguardo di approvazione rispetto ad un cambiamento evolutivo, verranno trattenuti nella mente come un dono prezioso a cui ricorrere nei momenti di difficoltà. Condivido perciò il pensiero di Claudio Neri (2014) che ritiene *le fasi di scambio affettivo e felicitazioni fra i partecipanti un sostanziale apporto al lavoro analitico*.

Questo è l’aspetto propriamente specifico della cura relazionale nel gruppo, modello di rapporti sani ed evolutivi per tutti i partecipanti. Secondo l’autore:

*Se queste fasi non esistessero, il campo del gruppo sarebbe diverso ed anche tutto ciò che viene detto in seduta apparirebbe e sarebbe differente. Queste fasi, inoltre, aiutano a rimettere in moto il pensiero di gruppo, dopo che ha subito l’impatto di resoconti, immagini e sentimenti molto forti. La loro influenza si fa sentire anche sulle funzioni che sono all’opera nelle fasi di intenso e profondo silenzio. Il calore e l’amichevolezza che promuovono, infatti, facilitano i processi di introiezione degli elementi presenti nel campo del gruppo. Le fasi di “scambio affettivo e felicitazioni” dunque hanno una sottile ma essenziale influenza sul funzionamento complessivo del gruppo e costituiscono un ingrediente importante di quella che ho definito Buona socialità del gruppo. Queste fasi sono possibili solo con la presenza fisica dei partecipanti che attraverso i linguaggi non verbali del corpo, ti fanno sentire riconosciuto e accolto nella tua specificità e unicità*

psicosomatica. Anche per l'analista osservare i movimenti del corpo dei pazienti è importante, vedere se prendono lo stesso posto o lo cambiano, notare a chi si siedono vicini o se avvicinano o allontanano la propria sedia da altri partecipanti. In alcuni casi i pazienti si siedono di fronte all'analista a volte per poterlo guardare bene in faccia e altre volte in modo oppositivo, "scalciando" nervosamente nel vuoto. Stupiti poi, quando chiedo loro perché mi vorrebbero prendere a calci. Di solito dopo qualche minuto di silenzio mi dicono che in effetti nella seduta precedente erano rimasti male per qualcosa che avevo detto.

### **5) Il corpo, il cervello e la mente**

Ho di recente ritrovato per caso vecchi appunti di un seminario del Prof. Mancina che per primo in Italia ha cercato una possibile integrazione fra le scoperte delle neuroscienze e la psicoanalisi, pur nella consapevolezza delle loro diversità, sostenendo che "la mente è un epifenomeno complesso che epistemologicamente si differenzia dal cervello, ma che ontologicamente è legato al cervello e alle funzioni cerebrali" e quindi "la mente non può che essere il risultato di operazioni del cervello". Quindi il cervello, l'organo più complesso del nostro corpo, di cui ancora non si conoscono tutte le funzioni è il produttore non solo dei movimenti fisici, ma di tutto quello che accade nella nostra mente, dai pensieri ai sogni, dalle emozioni alle percezioni extrasensoriali, le Esp.

Il riferimento alle Esp mi induce a chiedermi se invecchiando ci sia un particolare piacere a ritornare con la memoria a momenti della giovinezza. Ho ricordato il mio incontro con Lopez e ora eccomi a parlare delle Esp. (extra sensory perception, ESP), ossia "quei fenomeni riconducibili a percezioni diverse da quelle note, di senso" (Gaddini, 1965) e che "sembrano condurre all'acquisizione di informazioni per via anomala o sconosciuta" (Papa, 2006).

Ritorno con la mente a quando, neolaureata in filosofia, ero stata a lungo in dubbio rispetto a come continuare i miei studi: iscrivermi alla specializzazione, presente solo a Bologna, in "Parapsicologia" o, a Milano a quella in "Psicologia"? La facoltà di Bologna, di cui avevo letto alcune pubblicazioni, si proponeva, mediante l'osservazione diretta ed esperimenti scientifici appositamente istituiti, di convalidare l'esistenza di fenomeni psichici rari e apparentemente non spiegabili, o di confutarli definitivamente. Fra questi fenomeni era compresa "la percezione di esperienze psichiche di altre persone senza il ricorso alla parola o ad altri organi di senso – la cosiddetta trasmissione diretta di pensieri o emozioni – cioè la telepatia" (Vasiliev, 1964, p. 7).

Fra le letture consigliate per accedere alla facoltà di Bologna ricordo in particolare *Metapsichica e scienza sovietica* (Vasiliev, 1964). In questo testo, veniva citato l'illustre biologo Mecnikov che considerava la chiaroveggenza o telepatia una caratteristica atavica dell'essere umano:

"È possibile che un ben determinato fenomeno, come la chiaroveggenza, possa limitarsi a risvegliare particolari sensazioni atrofizzate nell'uomo, ma presenti negli animali" (1908, p. 134)." A chi possiede gatti o cani è nota la loro capacità di pre- sentire l'arrivo delle persone di casa, che li porta ad aspettarli con anticipo sulla soglia della porta, o, in campagna, sulla strada, in attesa dell'arrivo dell'automobile. Rileggendo il testo di Vasiliev, tornatomi alla memoria e "miracolosa-mente" ritrovato nella mia libreria, mi è venuto in mente che Neri in *Gruppo* (1995) scrive che Bion considera la mente e la capacità di pensiero responsabile, un'evoluzione del cervello primitivo che comunque continua a essere attivo. Questa ipotesi (ci ricorda sempre Neri) corrisponde alla teoria di McLean (1975) sulla copresenza nel cervello dell'uomo di tre cervelli:

- 1) Il cervello rettiliano, che comprende la formazione reticolare e lo striato, sede dei comportamenti di sopravvivenza dell'individuo e della specie, comportamenti automatici e invariabili, incapaci di adattamento all'ambiente.
- 2) Il cervello dei mammiferi antichi, che corrisponde al sistema limbico. È la sede delle motivazioni e delle emozioni; è capace di rispondere a un'informazione presente facendo appello al ricordo di informazioni passate.
- 3) Il terzo cervello è rappresentato dalla neo-corteccia. In virtù della sua porzione frontale, è il cervello dell'anticipazione, capace di scegliere la risposta a uno stimolo in funzione dell'effetto che avrà e in base alla memoria degli effetti che ha avuto in passato. È il cervello dell'intelligenza, caratteristico dei vertebrati superiori; conferisce agli individui un grado ulteriore di adattabilità e quindi una maggiore libertà.

Neri sostiene, in analogia con McLean, che nel gruppo esiste una sorta di *cervello primitivo collettivo*, che coesiste con un *cervello evoluto collettivo*. Per *cervello collettivo primitivo* Neri intende l'insieme di quei canali di comunicazione (ormonali, ferormoni, canali mentali e sensoriali basati sulla tensione muscolare, la postura ecc.) che sono in grande misura automatici e al di fuori della consapevolezza. Questo discorso di Neri verrà da me ripreso in seguito a proposito di "telepatia" nei gruppi. Pur avendo completamente dimenticato il nome Mecnikov, la tesi sostenuta nel testo di Vasiliev (1964) nel corso del tempo era diventata e rimasta per me un'acquisizione ovvia, trasformatasi poi in una sorta di automatismo. Ho da allora sempre considerato i fenomeni telepatici una capacità naturale arcaica che – atrofizzata sempre di più nei secoli e in particolare attualmente, vista la facilità, permessa dalla continua evoluzione tecnologica, delle comunicazioni ai nostri giorni – alcune persone, in alcune circostanze, hanno la possibilità di riattivare. In particolare, le circostanze della vita, mi hanno portato a pensare che la mia "naturalità" di essere telepatica possa essere derivata dalla frequentazione, nei primi tre anni di vita, con la mia nonna materna, molto affettuosa e attenta ma con problemi di udito, risoltisi poi con l'uso di un apparecchio acustico. Immagino che la sua sordità mi abbia attivato a utilizzare altre forme di comunicazione, visto che c'è sempre stata fra noi una profonda e facile comprensione.

Rivisitando la letteratura in proposito ho scoperto che già nel 1950 Servadio scriveva: "Via via che percorriamo in senso evolutivo e ascendente la scala biologica [...] vediamo accentuarsi sempre più il momento della 'individuazione' [...] dall'indifferenziato al differenziato, dalla specie all'individuo [...] Tutto tende a farci ritenere che il pensiero cosciente individuale, il linguaggio verbale siano acquisizioni relativamente recenti dell'uomo rispetto a un passato biologico le cui origini si perdono nel buio delle epoche preistoriche". E ricorda Perfetto (1995): "Evolutivamente, prima della parola verbalizzata, prima della scrittura e prima ancora delle facoltà mentali superiori, si può supporre in questa vicinanza d'anime individuali, che all'uomo per comunicare, per interagire con un suo simile, fosse necessario, oltre al contenuto, il solo atto del pensiero: la telepatia [...] Servadio (1950) afferma che se l'individualità è una conquista biologica e un'acquisizione progressiva, essa riflette una parte della personalità umana, la coscienza, mentre i livelli più profondi inconsci mantengono ancora carattere di arcaicità. L'oceano in cui si riassorbono le individualità singole è il mondo dell'inconscio collettivo di Jung, è il mondo della percezione extrasensoriale. È in questo mondo oceanico, in cui non vigono né tempo né spazio, né passato né futuro che avvengono le osmosi telepatiche, le prese di contatto extrasensoriali, e le fusioni degli individui in una vita inconscia transindividuale. È qui che i vivi possono talvolta porsi in comunicazione, in comunione fra loro". Lopez (2009) scrive: "La mente degli individui appartenenti al clan non è individualizzata, ma è, se non proprio

unica nel senso di solistica, per lo meno ‘sociale’: essi sono in comunicazione telepatica più di quanto lo siamo noi civilizzati. Forse io sono telepatico, perché sono poco civilizzato. Il pericolo delle rivoluzioni civili (inglese, francese, americana) che hanno dato avvio alla civiltà dell’individualismo e della privacy è, a sentire i sociologi, l’eccessivo dissolvimento dei legami sociali e, per quel che mi riguarda, l’atrofizzazione delle antenne percettive e intuitive”. Leggendo queste righe mi sono sentita anch’io, come Lopez, poco civilizzata e allora ho ipotizzato l’origine di questo mio sentire nei confronti dei fenomeni ESP alla relazione con mia nonna, cosa che mi ha indotto da sempre, a considerare i fenomeni telepatici come normali.

## **6) Le Esp nel lavoro di gruppo**

Nel periodo in cui riflettevo su queste tematiche, durante una seduta di gruppo, Rodolfo, paziente molto intelligente, che usava le sue capacità dialettiche e razionali nell’illusione di tenere tutto sotto controllo, e la cui madre, sofferente di una forma grave di bipolarismo, era estremamente imprevedibile, espresse il disagio legato alla sensazione di non essere più in grado di controllare tutto. Disse di aver “mollato” e di sentirsi sgradevolmente confuso. Una paziente, interrompendo il discorso di Rodolfo, intervenne con una sua emergenza che occupò tutta la seduta e su cui lavorò tutto il gruppo. Il bisogno di aiuto di Rodolfo sembrava essere stato inascoltato, ma la seduta seguente il tema fu ripreso da Lucia che mi rimproverò di non avere accolto la richiesta di Rodolfo e da Giuliana che ricordò che, pur senza rispondergli direttamente, avevo però guardato Rodolfo in modo affettuosamente materno e aprendo le braccia (a proposito dei linguaggi del corpo non verbali), quasi a cullare un infante. Non mi ero accorta di questo gesto, ma ben ricordavo che nella seduta precedente mi ero sentita empaticamente molto vicina a Rodolfo, con un’intensità che non mi pareva adeguatamente verbalizzabile. Solo dopo la seduta, tornando a casa e interrogandomi sul perché non avevo verbalizzato il mio ascolto del suo disagio, compresi che avevo colto di lui, in quella situazione, il suo essere un piccolo bambino che, abbandonata la maschera del guerriero, poteva tollerare di non sapere che gioco giocare di fronte a una mamma empatica e accogliente che sosteneva la sua capacità di non sapere. Mi era sembrato che non ci fosse bisogno di parole. Ma non a caso la seduta seguente, interrogata da Lucia, trovai a fatica le parole per spiegare al gruppo questa mia modalità silenziosa e inconsapevolmente “automatica” di relazionarmi a Rodolfo e mi fu naturale narrare della mia esperienza con una nonna che sapeva accogliere e comprendere senza udire. Mi accorsi che ogni partecipante, chi con maggiore chi con minore fatica, comprendeva il mio discorso e Rodolfo l’accoglieva prima con stupore, poi con imbarazzo e infine con gratitudine. Doveva ammettere, anche se con fatica, di aver avuto la sensazione che in qualche modo “sconosciuto” la mia comunicazione silenziosa gli fosse arrivata. Si sentiva inaspettatamente visto e riconosciuto in una parte da lui negata perché non performativa di sé. Inizialmente l’aveva turbato e infastidito essere stato considerato e trattato nei suoi aspetti “piccoli” e fragili, e sottolineò come per lui fosse impensabile poter essere in relazione profonda con un altro senza usare le parole. Molto raramente si era sentito accolto e compreso da sua madre. Di fronte ai suoi inaspettati e spesso immotivati rimproveri si era sempre colpevolizzato e sentito un bambino cattivo e inadeguato (ancora una volta ci troviamo a confrontarci con la ben nota triade: impotenza-onnipotenza-colpa). Grazie alla mia spiegazione e alla mia assunzione di responsabilità rispetto al mio modo di “agire” della seduta precedente si era sentito visto insieme come adulto e come bambino. Per la prima volta poteva, grazie al mio silenzioso ascolto e accoglimento, entrare in contatto con una sua parte piccola e fragile. La mia risposta l’aveva rasserenato, lui che dal suo primo ingresso nel gruppo si era presentato come “Alieno”; si sentiva ora un po’ meno alieno, ma umano fra gli umani, come direbbe Neri (1995). Io stessa fui sorpresa di quanto era successo e rimango con la sensazione che questo sia potuto accadere perché grazie al

lavoro con un paziente, che mi aveva riportato alla mente le capacità di comunicazione telepatica fra me e mia nonna e il nostro comprenderci, avevo potuto preconsapevolmente riattivare le mie capacità telepatiche. Così ero entrata in comunicazione con il piccolo Rodolfo, solo e confuso, nascosto dietro la corazza del controllo onnipotente. Per inciso, a questo proposito, ricordo la tesi di una mia allieva, Chiara Schioli, sui gruppi che si formano all'istituto dei ciechi e che si definiscono "Dialogo nel buio", di cui lei stessa era stata molte volte guida. "Questa mostra-esperienza impone ai visitatori di vivere per un'ora nel buio più profondo: niente fughe di luce dall'esterno, niente fonti luminose a disposizione dei visitatori né delle guide; alcune ambientazioni ricostruite artificialmente nelle quali perdersi e ritrovarsi, percorsi entro cui orientarsi attraverso l'udito e grazie a un bastone, piccole esperienze pratiche da compiere con l'ausilio prezioso di tutti i sensi residui (quei sensi che non vengono neutralizzati dal buio); alla fine del percorso uno spazio accogliente dove riflettere tutti insieme sull'esperienza. Unico alleato, paradossale alleato, un cieco al quale è assegnato il compito di guida. Un'ora al buio, per chi vede e usa abitualmente la vista, può rappresentare un'esperienza davvero significativa: spesso l'emozione che durante quell'ora riaffiora tocca corde molto profonde, richiamando vissuti rimossi da lungo tempo o proponendo insospettite sensazioni e realizzazioni impreviste [...] Ma diamo un'occhiata nel buio. Il buio non è la condizione reale dei non vedenti, e sarebbe una semplificazione eccessiva credere che 'Dialogo nel buio' possa simulare la cecità. Il buio è una metafora dell'emarginazione e della discriminazione di cui i disabili sono tutt'oggi vittima. Essere disabili significa soprattutto essere definiti a partire dai propri limiti e non avere le stesse possibilità che hanno le persone senza disabilità. Il buio rappresenta anche le paure che sono dentro di noi, poiché evoca spettri nell'inconscio collettivo. E tuttavia il buio, come i molti anni di 'Dialogo nel buio' ci hanno insegnato, può anche essere uno straordinario strumento per comunicare e incontrarsi" (Ambrosi, 2006). In seguito l'allieva, considerando le dinamiche di quel particolare gruppo, mi ha detto anche della presenza frequente di comunicazioni telepatiche, evidenziando come il venir meno di un senso possa riattivare arcaiche capacità comunicative.

## **7) Le ESP nel lavoro psicoanalitico**

Ehrenwald (1978) sostiene che occorra anche un interesse dell'analista perché emergano i fenomeni esp. Personalmente ipotizzo che i fenomeni esp siano sempre potenzialmente presenti in qualsivoglia relazione umana, e quindi anche in quella particolare relazione che è la relazione fra analista e paziente. Si tratta di riconoscerli, di comprenderli e anche di capire se, quando e perché siano o meno da comunicare al paziente stesso. Ritengo essere responsabilità dell'analista il riconoscimento e la comunicazione di tali fenomeni, ricordando con Servadio (1950, p. 206) che "il modo in cui il paranormale si manifesta dipende in una certa misura dalla struttura di personalità" e, aggiungerei io, anche dalla fase che il lavoro analitico sta attraversando quando si presentifica il fenomeno esp. Il mio approccio ai fenomeni esp mi ha sempre portato a valorizzare i fenomeni telepatici come una riattualizzazione di un'arcaica capacità. Ancora una volta preferisco parlare di riattualizzazione e non di regressione, perché ho ben presente il valore del paradigma dell'et et e temo che usare il termine regressione evochi comunque una connotazione negativa. Il poter utilizzare forme arcaiche di esperienza non deve certo sostituirsi a forme di consapevolezza più matura, ma il poter giocare su più livelli permette una comprensione più articolata anche dell'esperienza analitica. Questo vale non solo per il paziente ma anche per l'analista. In particolare per quanto riguarda i pazienti, credo che questo mio atteggiamento abbia una funzione terapeutica grazie al fatto che nel momento in cui una persona comunica un suo sentire che può essere ricondotto a un'esperienza extrasensoriale, sia in analisi individuale sia in gruppo, è importante che in un primo momento senta accolta e riconosciuta la sua comunicazione nella sua specifica peculiarità,

e in seguito ne possa comprendere il significato all'interno del percorso analitico. Il paziente a volte non ne riconosce le origini e quindi ne parla come di qualcosa che ha occupato inaspettatamente la sua mente, come una sorta di sogno a occhi aperti. Ricordo il mio stupore in una seduta di gruppo, in cui, in una sorta di rêverie, Arianna dice di avermi immaginato in una casa nuova che, descritta nei particolari, assomigliava in modo imbarazzante a quella che ero appena andata a vedere e in cui mi sarei in seguito trasferita a vivere. Nessuno dei presenti poteva sapere che stavo per cambiare la mia casa di Milano. In quella situazione avevo pubblicamente riconosciuto la capacità di Arianna e l'avevo valorizzata, spiegando a lei e a tutto il gruppo l'origine arcaica della telepatia. Arianna era stata molto felice della mia reazione e si era sentita finalmente compresa, senza doversi pensare come una "maga", ma riconoscendosi come una persona capace di riattivare in sé capacità arcaiche che la collegavano a livello filogenetico ai nostri progenitori. Non doveva più sentirsi una "strana", una "diversa", come a volte, in altre situazioni in cui era stata in contatto telepatico con altri, si era sentita. Chiarito questo è anche stato possibile comprendere come proprio in quel periodo, vicino alla sospensione per le vacanze di Natale, Arianna, che aveva arcaici vissuti abbandonici, avesse attivato capacità particolari, di cui non era consapevole, per sapere dove sarebbe stata la sua analista. Non solo con Arianna, ma molte altre volte anche con altri pazienti ho potuto riconoscere in loro la capacità di comprendere o prevedere situazioni mie o di altri partecipanti al gruppo di cui a livello cosciente non potevano avere conoscenza.

Credo a questo punto di aver chiarito che sia a livello filogenetico sia a livello ontogenetico le esp fanno riferimento a una fase molto arcaica dello sviluppo, la fase preverbale, là dove una madre "sufficientemente buona" deve saper utilizzare in modo adeguato la funzione alfa. Le ritroviamo nelle fasi embrionali della formazione del sé, al livello protomentale dello sviluppo. Nel corso del tempo mi è parso a volte di riconoscere un filo rosso, una costante che non di rado accomunava le persone capaci di comunicazioni telepatiche: la totale imprevedibilità e discontinuità di uno o di entrambi i genitori oppure, o anche, gravi e antichi abbandoni traumatici che avevano reso necessario l'esercizio del controllo dell'altro attingendo anche ad arcaiche capacità. Ho quindi ipotizzato che fin dalla prima infanzia esse avessero dovuto mettere in gioco delle particolari antenne per cogliere e prevenire i cambiamenti umorali delle persone cui erano affidati, per non essere colte alla sprovvista e passare senza paracadute dalle "stelle alle stalle", per cercare anche di capire dove fossero la madre o entrambi i genitori, riducendo così l'angoscia di abbandono. In particolare Sonia, lasciata in cura alla nonna fin dai primi mesi di vita in un freddo paesino del Nord, all'inizio del percorso analitico individuale, cercando di essere scherzosa, definì i suoi genitori "quei simpatici ragazzi che ogni tanto nel fine settimana andavano a trovarla e a giocare con lei". Nel corso del lavoro analitico individuale emersero ben presto profonde angosce di abbandono che avevano una deleteria ricaduta nelle sue relazioni sentimentali e che si riattivavano violentemente nei momenti di sospensione del lavoro. Fino a quando in occasione delle vacanze di Natale, Sonia nella seduta prima della sospensione mi parla del suo progetto di un viaggio in Libia purtroppo andato in fumo, perché a causa del ritardo con cui un'amica aveva dato la sua disponibilità, nel gruppo dei viaggiatori non c'era più posto. Il gruppo di cui avrebbe dovuto far parte era esattamente quello a cui io e il mio consorte ci eravamo iscritti. Mi sembrò giusto comunicarglielo e commentarlo anche in modo scherzoso come un modo di sapere dove fossi e di non sentirsi del tutto abbandonata. Non era più la bambina alla mercé degli accadimenti, ma un'adulta che poteva decidere dove stare e dove andare. Abbiamo poi anche sorriso insieme sul fatto che ritrovarsi alla partenza per il viaggio in un gruppo così ristretto sarebbe stato imbarazzante per entrambe. Ancora Sonia, prima delle vacanze pasquali, che avevo deciso di passare nella mia casa di Baveno, nella seduta antecedente alla sospensione, mi racconta che per queste vacanze sarebbe dovuta andare da un'amica sul lago Maggiore a Baveno (la

paziente ignorava che io avessi una casa a Baveno) in un condominio un po' in alto. Dice che purtroppo però non potrà andarci perché le hanno rotto il vetro della macchina per rubarle il navigatore, così sarà costretta a restare a Milano. Per farla breve, nel prosieguo del discorso, vengo a scoprire che l'amica di Sonia abita esattamente di fronte a me: basta affacciarsi alla finestra per incrociare lo sguardo. Che dire? Ritengo ancora una volta importante svelare alla paziente il suo "prevedere" dove sarò, ma anche l'ambivalenza inconsapevole nel mettere in atto il suo piano di controllo. Non vivo un senso di persecutorietà, ma insieme condividiamo, come aveva scritto l'amico Fasolo a proposito delle ESP, "una discreta e lieta, fiduciosa, tonalità ludica e una modalità matriciale e germinativa di grande valore". Si può comunicare su piani diversi di realtà e si può anche sorridere di antiche angosce che diventano oggetti di gioco e scherzo. Sorridendo infatti ci siamo salutate dicendoci all'unisono: dove andiamo quest'estate? Forse anche all'interno del lavoro analitico, come nel corso dell'esistenza e anche all'inizio della vita in circostanze non necessariamente negative, ma particolari, ci possono essere importanti persone di riferimento (non solo i genitori) che sono in grado di attivare inconsapevolmente potenzialità comunicative implicanti momenti di profonda fusionalità che prendono vie anomale e arcaiche per trasmettere non solo affetti, ma anche pensieri e vere e proprie informazioni. Queste mie personali ipotesi, che in parte, grazie alla lettura degli articoli che compongono *Il*, ho compreso poter essere condivise, sono state sempre accolte dai pazienti con sollievo e con il piacere di poter dare un significato a qualcosa che spesso veniva percepito come non controllabile sul piano della volontà e incomprensibile a livello razionale.

In particolare ricordo Lorenzo, venuto in terapia con angosce profonde di non avere più limiti e di essere invaso da percezioni relative ai pensieri degli altri (che riferiti agli interessati, per altro, erano sempre riconosciute come valide). Temeva di aver raggiunto una sorta di porosità della mente totalmente fuori controllo. Questa situazione era sopraggiunta, dopo un lungo periodo di soggiorno in India, in seguito al raggiungimento di un livello molto profondo di meditazione all'interno di esercizi controllati da un maestro buddhista che lo aveva messo in guardia rispetto alla pericolosità di esercitare queste sue capacità in un contesto non adeguato, come quello del mondo occidentale. Con estrema naturalezza ho fatto mia l'ipotesi del maestro dicendo che nel mondo occidentale il bombardamento di immagini e di informazioni rendeva pericoloso l'esercizio di arcaiche capacità e che doveva ridurre l'intensità e la frequenza delle sue "meditazioni". Lorenzo, che aveva temuto di essere considerato "matto", paranoico, psicotico, fu molto tranquillizzato dalla mia comprensione, e, nel giro di pochi mesi, senza assunzioni di psicofarmaci, ma riducendo quasi del tutto la meditazione, riuscì a utilizzare queste sue capacità telepatiche in modo mirato e in certo qual modo selettivo, senza sentirsi più invaso. Dopo un anno di lavoro in individuale ho proposto a Lorenzo di continuare con una terapia di gruppo dove con piacere abbiamo ulteriormente constatato l'enorme riduzione dei pensieri telepatici e affrontato le sue difficoltà esistenziali relative ad aspetti nevrotici della sua personalità. Ora ha terminato la terapia e i fenomeni passati non sono più ricomparsi, ma continua ad avere particolari capacità nella comprensione dell'altro. Scrive Lopez (2009):

"I fenomeni telepatici sono derivati da una disposizione empatica, manifestazioni del funzionamento del preconsenso che analizza le situazioni prima ancora che esse vengano esaminate dalla consapevolezza".

E Kaës (1999) sostiene:

“Noi sappiamo che la formazione del preconcio ha per condizione di essere iscritto nell’intersoggettività: ‘essa è tributaria del preconcio dell’altro, della sua capacità di rêverie, di contenimento e di trasformazione”.

Nel caso di Lorenzo c’era stata una madre caratterizzata da un’estrema variabilità dell’umore e da un pensiero arcaico dominato dalla legge del tutto o niente. Ma non sempre i fenomeni telepatici sono stimolati da situazioni drammatiche: a volte ci sono anche momenti positivi di trasformazione che possono essere condivisi su basi telepatiche.

Serena, nella fase finale del lavoro di gruppo, in un suo sogno telepatico portò, in un clima festoso, tutto il gruppo nella mia casa al lago (che nessuno dei partecipanti aveva mai visto nella realtà), che descrisse con realistica precisione, ponendo particolare attenzione alla presenza di una porta scorrevole. L’analisi l’aveva portata a poter godere anche di momenti ludici e a volerne e saperne costruire con le persone care. La porta scorrevole, realmente esistente nella mia casa lacustre, evidenziava la fase del fine terapia con la possibilità di essere un po’ dentro e un po’ fuori dal gruppo, ma anche la consapevolezza di aver costruito con me un rapporto sicuro da cui poteva entrare e uscire con il desiderio-cerchezza di poter essere accolta anche dopo il termine del lavoro analitico.

Potrei portare ancora molti esempi, ma preferisco solo ritornare al fatto che in gruppo esiste una sorta di “cervello primitivo collettivo” che coesiste con un “cervello evoluto collettivo” (Neri, 1995), e che il soggetto del gruppo è un “singolare plurale”:

“Nel gruppo, come in ogni legame intersoggettivo, l’inconscio si iscrive e si mani- festa più volte, su molti registri e in più linguaggi: in quelli di ciascun soggetto, in quelli del legame intersoggettivo e in quelli del gruppo [...] Nel corso delle mie ricerche, ho dovuto accettare il fatto che lavorare ai confini tra lo spazio soggettivo e lo spazio intersoggettivo ci pone di fronte a forme ibride di realtà, a formazioni miste, a dei ‘sanguini misti’ come lo sono stati per Freud la pulsione e il fantasma, ai confini del corporeo e dello psichico” (Kaës, 2007, p. 263). E, aggiungo io, come lo sono i fenomeni ESP.

Condivido con Bion l’ipotesi che in particolare il gruppo stimoli e permetta il riattivarsi di modalità di pensiero molto arcaiche proprio al confine del corporeo e dello psichico, stati che ha chiamato protomentali e che nel *Quaderno sulle ESP* (4) Nadia Fina e Caterina Vezzoli, citando Jung, hanno definito “psicoidi”. In *Storie e luoghi del gruppo* più volte ipotizzo che il pensare di gruppo si costituisca in modo particolarmente vicino al sognare, e che l’area preconciosa assuma un ruolo predominante. Mi riferisco anche al fatto, noto a tutti i gruppoanalisti, che spesso un paziente rimasto assente per alcune sedute porta un sogno particolarmente significativo per il gruppo tutto, come se fosse stato non solo sempre presente, ma avesse colto proprio l’essenziale del tema che tutti i partecipanti stavano trattando. Spesso proprio quel sogno può divenire una sorta di mito, di riferimento simbolico per il gruppo. Nel piccolo gruppo i confini dell’io divengono estremamente labili e questo modifica lo stato di coscienza dei singoli membri, attivando in ciascun partecipante l’aspetto del sé sognante (Corbella, 2003). La mia modalità di avvicinarmi ai fenomeni di telepatia credo mi abbia portato a evidenziare con particolare naturalezza alcuni fenomeni che caratterizzano il pensare di gruppo e a sottolinearne la ricchezza e la profondità.

## **Conclusione**

In questo momento storico così difficile e complesso, in cui sembra che in alcune situazioni la violenza sconfigga la ragione, come sostiene Bordoni in *Furor*(2023) sento più che mai importante che quanto accade nel piccolo gruppo analiticamente orientato possa divenire

un modello per un sociale più allargato. A mio parere il gruppo è come un bosco. (La Repubblica 18 agosto 2023) Mancuso (La Repubblica 18 agosto 2023. pg.31) scrive che “gli alberi migliorano l’ambiente in cui vivono, noi uomini lo peggioriamo”...Ogni albero in un bosco “fa parte di una comunità molto estesa ed è in contatto fisico con gli altri che vi sono intorno. Attraverso reti sotterranee condividono le risorse, l’acqua, le comunicazioni, mettono in atto quella specie di utopia umana, che noi perseguiamo da millenni, della condivisione reale. Le piante lo fanno davvero, a differenza nostra, che abbiamo una visione predatoria. Invece la vera forza dell’evoluzione sta nella cooperazione, nella simbiosi, nel mutuo appoggio”. E aggiungo io, con la consapevolezza che il nostro essere corpo ci rende capaci di comunicare attraverso molti e a volte inaspettati livelli e che il setting gruppoanalitico può essere un buon modello per il sociale.

### **Bibliografia**

- Ambrosi P. (2006) “Dialogo nel buio: le ragioni, i visitatori, le guide” In :ValentinottiM, De Zambotti a, Bonaventura W. (a cura di), *Passaggi: dialoghi con il buio; Mimesis-Interferenze*, Milano 2006.
- Binswanger L. (1955), *Funzione di vita e storia della vita interiore. Per un antropologia Fenomenologia*. Feltrinelli, Milano 1970.
- Corbella S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Corbella S. (2014), *Liberi legami*. Borla, Roma.
- Freud S. (1905 d), “*Three essays on the theory of sexuali- ty*”, S.E., 7 pp.135-343, Hogarth, London (ed. it.”*Tre saggi sulla teoria sessuale*”, *Opere*, vol. 4, BollatiBoringhieri, Torino 1980-89).
- Gaddini E. (1965), “Contributo allo studio dell’effetto Pesnella situazione analitica”. *Riv.Psicoanal*, 11:9-31.
- Eherenwald J.(1978), *The ESP experience*. Basic Books,New York.
- Kaës R. “La trama polifonica dell’intersoggettivo nel sogno”, Atti del congresso Internazionale *Sogno e gruppo*, Roma 4-5 giugno 1999.
- Lopez D.(1999), *La potenza dell’illusione: l’amore*. Angelo Colla, Costabissarra.
- McLeanP.D. (1970), “The triune brain, emotion and scientific bias” in: SchimttF.O.(a cura di) *The neurosciences second study program*.Rockfeller University Press, New York.
- Mancuso (2023), Mancuso a Baricco “Caro Sandro, bravo fatti guarire dagli alberi” in La Repubblica 18 agosto 2023. Pg. 31.
- Moravia S. (1986), *L’enigma della mente*. Laterza, Bari.
- Mečnikov I.I.(1908), *Etjudi Optimizma*. 1917.
- Neri C.(1995), *Gruppo*, Borla, Roma.
- Papa D. (2006) “Fenomeni paranormali e sintomi psichiatrici” *Rivista di psichiatria* 41,6.
- Perfetto G.(1995) “Parapsicologia psicoanalitica”: l’opera di Emilio Servadio. *Quaderni di parapsicologia* 2.
- Servadio E.(1950) “La percezione extrasensoriale,stato attuale degli studi sull E.S.P. *Nuovi Problemi di Metapsichica* 1:3-21.
- Vasiliev L.L(1964) *Metapsichica e scienza sovietica*. Bompiani, Milano 1967.
- Winnicott D.W. (1949), L’intelletto e il suo rapporto con lo Psiche-Soma in *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Firenze, Martinelli, 1975.

### **Note**

1. Il trattino prima del termine mente, mi è venuto in automatico ma poi mi ha evocato anche ricordi e appunti presi da un seminario di Mauro Mancia in cui diceva che “la mente non può che essere il risultato di operazioni del cervello” facendo riferimento anche a Damasio e al suo ritenere la mente un insieme di rappresentazioni o

configurazioni neurali che diventano immagini e che possono essere manipolate e diventare forme di una coscienza superiore. Questo discorso verrà ripreso in seguito parlando delle ESP.

2. Per ulteriori approfondimenti vedi Capitolo III di *Liberi Legami* (Corbella, 2014) Borla.

3. Per approfondimenti vedi *Funzione Gamma*, 26, Sensorialità, Corporeità, Sessualità nel Gruppo, 2011, a cura di S. Corbella, S. Marinelli, P. Russo, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)

4. Per maggiori approfondimenti vedi n.21-giugno-2011 dei *Quaderni degli argonauti* ESP e psicoanalisi, a cura di Silvia Corbella e Maurizio Salis.

**Silvia Corbella** Laurea in Filosofia (pieni voti con lode). Specializzazione in Psicologia (pieni voti con lode). Libera professionista, con studio privato in Viale Romagna 58, 20133 Milano. Psicoanalista individuale (SPI) e di gruppo (APG-Asvegra-Coirag). Socio fondatore di ARGO-Codirettrice con Stefania Marinelli di *Gruppo: Omogeneità e differenze*. Docente di teoria e tecnica di gruppo alla scuola Coirag di Milano e di Padova. Autrice di numerosi articoli a livello nazionale e internazionale. Relatrice a numerosi convegni nazionali e internazionale. Fra i libri ricordiamo: *Libertà e Amore*. Lopez, Corbella. Torino, Boringhieri 1986; La terapia di gruppo in *Trattato di Psicoanalisi*. Vol. I, Milano, Cortina 1988; *Storie e luoghi del gruppo*, Cortina, Milano, 2003; Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Raffaella Girelli (a cura di) *Gruppi Omogenei*, Borla, Roma, 2004; *Sognare e pensare nel gruppo: la nascita di miti*, in *Mito Sogno Gruppo* (a cura di S. Marinelli, F.N. Vasta), Borla, Roma, 2004. *Liberi legami*, Borla, Roma, 2014.

**Email:** [silviricor@gmail.com](mailto:silviricor@gmail.com)

## **La presenza del corpo nel gruppo terapeutico. Per una possibile ricomposizione della scissione mente-corpo**

Nadia Fina

### **Abstract**

L'autrice nel suo articolo affronta la problematica di una possibile ricomposizione della scissione Mente-Corpo nel setting del gruppo analiticamente orientato. Nel lavoro sono presenti esemplificazioni cliniche che seguono alle brevi considerazioni teoriche sull'argomento.

**Parole chiave:** scissione, mente-corpo, setting gruppale, analfabetismo emotivo, dipendenza

### **Abstract**

In her essay, the author is concerned with a problematic subject: that is the possibility of putting together the split mind-body, in the setting of a group analytically oriented. In the work, she offer clinical examples, briefly commented by theoretical considerations.

**Key words:** split mind-body, group setting, emotional analfabetism, dependence

### **La mente e il corpo**

Fin dalle sue origini la psicoanalisi si è occupata del rapporto mente-corpo. Gli studi sull'isteria da cui la stessa disciplina psicoanalitica ha avuto avvio, hanno donato pieno significato psichico al corpo divenuto "corpo parlante" pensato come oggetto psichico per eccellenza, come affermerà anche Sartre che lo definirà, via via, come "il solo oggetto psichico", "il *luogo* di riconoscimento dell'unità del soggetto e della sua identità", "l'elemento di relazione tra sé e l'altro" (Sartre, 1975).

Il corpo sostanzia dunque il soggetto e, divenendo oggetto psichico attraverso un linguaggio concreto, esprime sia il bisogno di riconoscimento identitario che il dolore psichico per la sua negazione.

Gli sviluppi clinici e teorici della psicoanalisi del Sé, in anni recenti, hanno posto grande attenzione alla centralità del corpo a partire dalle precoci esperienze sensoriali del bambino in funzione dello sviluppo della soggettività. Il Sé viene così ri-pensato grazie a nuove declinazioni dei molti livelli di analisi dell'esperienza e del senso di sé, concepito nei suoi aspetti corporei, mentali e autoriflessivi considerati tutti come possibili livelli sempre coinvolti nella vita dell'individuo, ma a condizione che possa sussistere una qualche forma di narrazione autobiografica. A tale proposito sarà Stern a ribadire che il Sé emergente è un'esperienza precoce finalizzata a promuovere forme di auto-strutturazione, laddove però l'oggetto accudente doni significato psicologico alla *percezione sensoriale* del bambino: attraverso la cura del corpo dell'infante passano affetti profondi, che trasformano gli stimoli tattilo-visivi in emozioni altrettanto profonde che estendono la rappresentazione corporea stessa in una progettualità densa di significato psichico per indirizzarla verso uno scopo evolutivo.

La problematica scissionale psiche-corpo presente in molte sindromi patologiche, trova da una parte forma espressiva attraverso i processi di somatizzazione, dall'altra mediante forme di iper eccitamento percettivo-sensoriale. Indicatori tutti della frattura profonda che isola il mondo affettivo da una sua capacità espressiva, reiterando in molti casi anche una scissione tra sessualità e pensiero. In ogni caso l'individuo rimane incastrato nella impossibilità di scoprire, e dare significato, al legame che sussiste tra il suo mondo psichico e il proprio corpo. Il lavoro psicoanalitico dovrà dare voce psichica al corpo, rendendo i sintomi parola narrante protesa a recuperare quei legami che

sussistono tra gli affetti, e i cui significanti sono stati interrotti da una traumatica cesura (Fornari 1985). Penso in modo particolare a quei pazienti imprigionati in una dimensione psichica colonizzata da un sovraccarico pulsionale, percettivo e sensoriale che corrode la capacità riflessiva e di auto-regolazione che ostacola la costruzione di un filtro necessario, distorcendone ogni forma di interazione e di scambio tra i differenti livelli del mondo interno e della coscienza inibita nel suo lavoro di orientamento nella e sulla realtà (Pucci, 2005). Si

tratta di un procedere discontinuo, che non permette nessun processo mentale in grado di elaborare e trasformare la materia -il corpo- in parola pensata, in immagine, in rappresentazione. In questi pazienti la funzione evolutiva di esperire un Sé separato, integro e continuo, un Sé in grado di riferirsi all'esperienza soggettiva Io-Tu necessaria a creare ponti coesivi tra il passato, il presente e il futuro è collassata. La possibilità disperimentarsi come oggetto e come soggetto di un'esperienza relazionale significativa non sembra sussistere. Sono forme patologiche che affon-dano le loro radici in un tempo lontano appunto, risultato del cedimento dello spazio intersoggettivo e relazionale tra madre e bambino. Un cortocircuito affettivo ed emozionale, che ha contribuito ad immobilizzare aree significative preposte allo sviluppo libidico -emotivo del soggetto riducendone sia la processualità creativa e simbolica, sia la possibilità di muoversi alla ricerca del piacere di sé e dell'oggetto. Tutto in una eccessiva e parossistica disgiunzione di libido narcisistica e libido oggettuale. (Pucci, 2005).

Gli sviluppi clinici e teorici della psicoanalisi ponendo la relazione al centro del processo di cura hanno, come ho affermato, contribuito ad evidenziare l'importanza delle precoci esperienze sensoriali per l'organizzazione e lo sviluppo del Sé come istanza fondativa della soggettività, valorizzando nel corso del lavoro terapeutico ogni forma espressiva non verbale del paziente. Questi infatti può esprimere molto di sé stesso attraverso gesti, espressioni somatiche, abbigliamento, manifestazioni ipocondriache, che sottolineano continuamente la relazione che intercorre tra Sé e Corpo. Quando la spinta vitale alla relazione è stata compromessa, la memoria affettiva e i fatti che la generano rimangono imprigionati in una esperienza che non è formulabile altrimenti che da modalità di comportamento e di scambio che si rappresentano attraverso azioni e linguaggi cifrati del sintomo.

Nel loro essere impliciti, definiscono una funzione adattiva primaria alla *qualità* esperienziale delle relazioni tra il soggetto e l'altro.

Questa forma di adattamento comporta una repressione dei propri stati emotivi così intensa da annullarne ogni risonanza possibile, fino a renderli non formulabili dalla mente. Il soggetto non interiorizza solo l'affetto negativo generato dal danno, quanto piuttosto una "abilità" ad inibire il pensiero di sé e la propria capacità immaginativa. A queste condizioni i vissuti pertinenti lo scambio con l'oggetto, non trovano una strada di possibile rappresentazione e codificazione simbolica.

Si tratta di eventi che non possono essere integrati nella realtà psichica, poiché non vengono reperiti - dal soggetto - mezzi adeguati a esprimere rappresentazioni significative di tali dati esperienziali. Al contrario invece, si realizza di volta in volta il momentaneo prevalere di uno stato mentale che resta in sospensione. Viene interrotta la ritmicità necessaria a modulare il rapporto tra continuità e cambiamento, in ragione del fatto che la memoria dell'esperienza viene incorporata in una forma di incluso psichico che arresta quello scambio generatore tra l'istanza dell'Io e quella del Sé, impedendo la costruzione tra loro di un passaggio dei vissuti precoci verso quelli maturativi.

Il Sé è un'istanza potenzialmente immediatamente disponibile per il soggetto, un'esperienza precoce finalizzata a promuovere forme di auto-strutturazione somato-psichica alla ricerca di un significato condiviso con l'oggetto accudente che, se adeguato, dona valore psicologico alle percezioni sensoriali del bambino. Attraverso la cura del corpo dell'infante passano infatti affetti profondi, grazie ai quali gli stimoli tattili, visivi,

percettivi, si trasformano in emozioni altrettanto profonde e capaci di estendere la rappresentazione corporea stessa in una progettualità densa di significato psichico, per canalizzarla verso uno scopo evolutivo (Stern, 1985).

L'elaborazione immaginativa delle funzioni, dei sentimenti e delle parti somatiche, mano a mano che lo sviluppo tra psiche e soma prosegue, istituisce un processo di reciproca interrelazione, permettendo al corpo vivente il pieno riconoscimento di "un dentro e un fuori".

Nel contesto di questo lavoro il mio riferimento è circoscritto a quei pazienti che non hanno potuto, per diverse ragioni, trasformare e mentalizzare l'esperienza percettiva e sensoriale in significato affettivo e pensabile, incapsolandola invece in una corporeità ancorata a modalità somatiche vincolate ad una fase precoce dell'esistenza. In queste persone vi è stata una necessità vitale per questo tipo di ancoramento, poiché la loro finalità ultima è stata quella di salvaguardare quella forma di organizzazione della propria esperienza soggettiva, rendendola primo nucleo del Sé immaginativo (Fabozzi, 1990). A mio parere in queste situazioni siamo in presenza di una forma di "pseudità del Sé", che attraverso la sua identificazione concretistica, e grazie ad essa, ha permesso al soggetto di realizzare una parvenza coesiva del proprio Sé. La deconnessione corporeamente impedisce l'esperienza soggettiva di abitare il proprio corpo, di "dimorarvi all'interno" secondo la suggestiva immagine proposta da Winnicott e può esprimersi nelle più gravi forme di vissuti minacciosi al Sé fisico. Da quelle provenienti da fonti esterne che perpetuano le varie patologie di dis-identificazione dal corpo, a quelle meno gravi in senso psico-patologico che riguardano la percezione di un Sé vulnerabile e deficitario.

Nel primo caso è la stessa scissione profonda mente-corpo ad assumere un significato di pseudo-integrità del Sé, fungendo da estrema difesa dall'angoscia di annientamento. Nel secondo caso, la concretizzazione del Sé avviene attraverso varie forme di addiction, in cui la dipendenza è funzionale a produrre esperienze corporee intense necessarie a sorreggere un'organizzazione psichica precaria. Tra queste due posizioni polarizzate è possibile distinguere forme ulteriori di disturbo della coesione mente-corpo, come ad esempio la sensazione di galleggiamento della mente, che viene raccontata da quei pazienti vittime di abuso sessuale o psichico. In questi casi la de-connessione avviene per "sospensione", includendo in una bolla temporale ed emotiva il trauma e gli affetti relativi, con lo scopo di proteggere il Sé attraverso l'isolamento soggettivo dal campo della violazione.

In ognuna delle situazioni menzionate, comunque, l'esperienza è quella di un grave vissuto depressivo del corpo. Emblematica "concretizzazione" anch'esso degli specifici contesti relazionali che hanno dato origine alle rappresentazioni del rapporto mente-corpo nell'individuo, e la cui rottura dialettica è sostanzialmente rottura del "sistema vivente" e origine dei fenomeni psicopatologici. La concezione delle relazioni primarie come sistema vivente, riguarda la modalità dell'esistenza, sostanzia ogni significato, ogni forma di complessità finalizzata a predisporre il soggetto verso la familiarità delle emozioni che albergano il proprio corpo per renderlo corpo psichico e donare significato e valore alle emozioni che lo umanizzano.

La de-umanizzazione del corpo è d'altra parte un male della nostra epoca, è un vissuto che può accompagnare il soggetto, del tutto inconsapevolmente lungo tutto l'arco della vita. Tutto in una logica che amplifica a dismisura l'alienazione dell'esperienza soggettiva delle emozioni e dei sentimenti che nel loro fluire temporale dovrebbero sostanziare il corpo, generando al contrario una de-connessione affettiva che rende le emozioni incomprensibili e non narrabili appunto, identificandone concretistica mente significato e modalità espressiva imprigionando

il soggetto in una concreta, continua, immediatezza esperienziale. Il valore strutturante dell'affetto, che porta sempre con sé un certo disorientamento poiché è l'emozione

stessa a produrre una particolare forma di inquietudine, non viene riconosciuto quando si palesa nel mondo interno e l'emozione, che dovrebbe essere uno stato d'animo di realistico aiuto ad apprendere dall'esperienza, diviene invece un nemico da tenere a distanza. E' un'inibizione che assume la proporzione stessa di un tabù invalicabile e inesprimibile, pur se denso di dolorosi vissuti di annientamento.

Penso più che mai necessario l'inserimento in gruppo terapeutico per questa tipologia di pazienti per una duplice ragione. Innanzitutto il gruppo è *corpo vivente* che si fa immediatamente esperienza del mondo e della complessità con cui esso si manifesta. La possibilità del gruppo di essere autentico rispecchiamento per ciascuno è del tutto particolare e significativa, poiché è attraverso gli sguardi, la gestualità, le intermittenze che ogni movimento dei singoli palesano a rendere sostanziale, pragmatica, tangibile, la forma di una nuova conoscenza di sé. L'esperienza del paziente in un gruppo di terapia analiticamente orientato, consente inoltre di riattualizzare e riattraversare esperienze percettivo-sensoriali arcaiche. Il bisogno fusionale dello stato nascente del gruppo, a mio modo di vedere, ha a che fare con la necessità di arginare l'inquietudine che tale percezione genera. Una inquietudine che è vissuta ancorché pensata, un perturbamento che crea disorientamento e timore perché ha a che vedere con un conosciuto non pensato, non tradotto, non significato.

Neri ci parla di questo laddove menziona le fasi iniziali del gruppo, utilizzando significative espressioni di alto valore simbolico come "setting della membrana" "pelle psichica", "sensazioni esperite del tutto simili a quelle che accompagnano il passaggio dal sonno alla veglia" (Neri, 2022).

Emozioni e *vissuti corporei* dunque, riferibili al contesto in cui il soggetto è immerso, vivendo al contempo un cambiamento nel modo di pensarsi e di proporsi in rapporto con l'altro. In tal senso nel qui e ora dello scambio interno al gruppo, si costella un'esperienza che a tutti gli effetti può essere definita come un nuovo *momento organizzatore* della psiche. Questa considerazione penso possa avere una sua rilevanza riguardo al progetto terapeutico in gruppo poiché assolve, insieme, una finalità psicologica e una finalità che definirei pedagogica, nell'accezione di significato che rimanda allo sviluppo dell'umano - cognitivo e creativo - del bambino e dell'adulto.

Funzioni tutte necessarie per la ripresa delle funzioni vitali del Sé, questi due aspetti psicologico e pedagogico entrano in risonanza l'uno con l'altro in un profondo nesso dinamico che li unisce, contribuendo a determinare nuove strade emancipative, emotive ed affettive. Grazie a questo complesso processo di lavoro mentale, il gruppo concorre a modificare i vissuti che sono relativi non solo ad un prima (l'infanzia) e ad un dopo (l'età matura); ma contribuisce a promuovere cambiamento per tutto ciò che attiene al rapporto inerente un "dentro" e un "fuori", consentendo l'individuazione della realtà come pensabile, come cosa vera e *concreta* che si compie e che produce conseguenze altrettanto vere e concrete. E' un incremento allo sviluppo psicologico del singolo e dell'insieme gruppale, sul cui sfondo il corpo infantile è comunque presente. E con esso ogni vissuto doloroso generato dalla sua installazione concre-tistica, la quale ha contribuito ad inibire altre possibili e dinamiche rappresentazioni significanti di Sé.

La molteplicità dell'esperienza che i diversi componenti del gruppo fanno di ciascuno "altro" lì presente, le differenti sensibilità e modulazioni empatiche, le differenti modalità espressive e cognitive, riescono a presentificare le rotture traumatiche avvenute nel legame originario in un contesto contenitivo e protetto. Mente e corpo tornano a stare insieme in un sistema di reciproca influenza e dialogo, grazie al quale una nuova memoria delle emozioni si esprime anche attraverso le risposte del corpo, ma con valenze del tutto nuove, che aprono spazi riflessivi a loro volta del tutto nuovi.

A tale proposito riporto un sogno, già menzionato in un altro mio scritto, che ritengo però essere molto esplicativo di una iniziale forma di consapevolezza del proprio corpo come forma esperienziale di Sé.

### **Primo Gruppo: il sogno di Maria**

Maria porta al gruppo il suo primo sogno.

*La paziente è alla guida della sua auto e sta controllando, nello specchietto retrovisore, i suoi zigomi. Nel sogno, come nella realtà, la paziente è preoccupata del risultato di un intervento di chirurgia plastica a cui si è sottoposta. Perde così di vista l'auto davanti alla sua, che improvvisamente si ferma. L'urto è inevitabile, ma con grande meraviglia e angosciata inquietudine la paziente, che vive l'esperienza nel sogno e al contempo assiste alla scena come se guardasse da fuori, constata che il suo corpo attraversa l'auto davanti e in successione tutte le altre automobili in fila coinvolte nel tamponamento, senza subire alcun danno. Maria riferisce con estrema chiarezza descrittiva che ogni cosa le passa attraverso, come se il suo corpo avesse perduto la consistenza di cui è fatto, così come avviene per i fantasmi che attraversano porte e pareti. Si sveglia profondamente turbata.*

Maria all'epoca era una paziente di trent'anni, rimasta prevalentemente silenziosa per molto tempo dall'inizio dell'analisi. Il gruppo rimane colpito dalle immagini oniriche per la gravidanza che esse hanno. Nella realtà la paziente si è ripetutamente sottoposta a interventi di chirurgia estetica nel corso della sua vita e di questo ha inizialmente parlato in gruppo, sottolineando quanto fosse per lei un "bisogno vitale" modificare i suoi tratti somatici. Non si era mai piaciuta, non aveva mai avuto riscontro di sé nell'immagine riflessa dallo specchio, priva del tutto della consapevolezza che ciò che di sé ricercava e di cui aveva bisogno, era qualcosa che non poteva essere identificato *tout court* con le parti martoriate del suo corpo. Alberto, un membro del gruppo, coglie con acuta intelligenza empatica il fulcro del sogno e interviene sottolineando quanto, a suo modo di vedere, il tamponamento multiplo sia espressione del vissuto che Maria ha di sé in relazione al gruppo. Giulia, a sua volta evidenzia la sensibilità di Alberto che ha colto un aspetto importante del modo di Maria di *stare nella relazione* con gli altri compagni. Secondo Giulia però, Maria è sempre protesa a mantenere un'idea di sé *eterea*, per paura di essere vista solo per la sua bellezza. Un altro membro del gruppo, Gabriele, interviene a sua volta raccontando il suo sogno della notte prima, in cui è alla angosciata ricerca di un cadavere che anni prima ha nascosto per paura di essere scoperto in quanto omicida. Sa che deve trovarlo prima che qualcun altro lo trovi, pena il rischio di essere arrestato. Marisa interviene e puntualizza che a suo modo di vedere tra i due sogni c'è un nesso profondo, perché entrambi i sognatori hanno a che fare con un corpo che *diventa tutto*. Nella ricerca della perfezione l'uno, nell'angoscia della assenza e della perpetua condanna l'altro.

Maria, che ha ascoltato con un'attenzione viva ma dolorosa, racconta a quel punto di quando era bambina e sua madre la portava a comperare gli "abitini. La madre proponeva queste uscite come un gioco, come un loro "piccolo segreto" da custodire. Per la paziente quelli erano momenti di grande angoscia e paura. Una paura terribile provata per sé e per la mamma. Era infatti prassi della madre fare indossare alla bambina, nel camerino di prova, diversi strati di "abitini" e di occultarli sotto il suo vestitino. Maria diventava così il manichino dei furti materni. La bambina non riusciva a ribellarsi, per paura e per vergogna. Nel tempo questa "cosa segreta" era diventata "cosa normale", e infatti la paziente la narra in gruppo come "cosa divertente", scotomizzando il sentimento angosciato che accompagna il ricordo, rimanendo meravigliata dal fatto stesso di averlo riportato alla memoria. Era qualcosa a cui non aveva più pensato, erano lì quei ricordi, a disposizione, ma privi di qualsiasi significato emotivo particolare. Aggiunge ancora, dopo un breve silenzio, il racconto più volte ripetuto dalla madre che amava vestire Maria, quando era molto piccola, *come se fosse una bambola*. Gabriele, emozionato dal racconto di Maria, valorizza l'importanza di questo ricordo, ribadendo che mantenerlo nascosto a sé stessa era come nascondere, sotto i numerosi interventi di

chirurgia plastica, qualcosa di se stessa di molto importante e di molto vero. “Come i tanti vestitini”, afferma Giulia a sua volta.

Sul sogno di Maria e sugli scambi intercorsi mi interessa, in questo contesto, soffermarmi su alcuni aspetti che penso particolarmente significativi per il rimando alle considerazioni fino ad ora esposte.

*Attraverso il sogno emerge, a mio parere, una prima significativa espressione di un nuovo processo emotivo interconnesso con l'esperienza affettiva che Maria vive nel gruppo. Nel sogno avviene una collisione tra l'intimo convincimento della paziente di essere priva di sostanza valoriale (e di significato emotivo) per l'altro e l'esperienza terapeutica che sta vivendo e che la sostanzia. Maria ha sempre pensato che "l'esperienza soggettiva" di sé fosse un obiettivo impossibile da raggiungere e da condividere. L'orribile malversazione ad opera della madre sul corpo della bambina era rimasto, nella memoria della paziente, come un incluso molto concreto. Maria continuava a viverci come un oggetto -cosa della madre, e la vergogna e la paura vissute un tempo si erano via via trasformate in esperienze localizzate all'interno del suo corpo. Il compulsivo ricorso alla chirurgia estetica ne era una espressione concreta, così come espressione concretizzata dell'angoscia e del dolore erano i continui, disperati, tentativi di rinascere in un corpo altro, che potesse essere percepito come finalmente suo. Ciò che la paziente non capiva, e che sia il sogno sia le interpretazioni proposte dal gruppo invece evidenziano, è quanto la de-umanizzazione del proprio corpo reificato e assimilato nella relazione con l'oggetto materno, non le consentisse di “modellare” nuovi vissuti emotivi significativi.*

*Maria nella realtà non aveva potuto compiere una vera separazione interna dalla madre, poiché farlo sarebbe equivalso a non esistere del tutto, neppure nella parvenza di manichino. Mantenendosi nella dimensione voluta dalla madre, cioè di bambola che viene vestita e i cui connotati allo stesso modo degli abiti si possono cambiare, la paziente si manteneva aggrappata all'illusione di riuscire ad avere una sua identità.*

Il gruppo è invece incontro impatto con una alterità che dona sostanza e significato a Maria e al suo modo di essere, al suo passato come al suo presente. E' generativo di una fluida ripresa dello scorrere temporale per la paziente e per tutti i partecipanti, grazie all'essenza umana del dolore che accompagna i ricordi e che viene accettata per mezzo delle affinità e delle somiglianze emotive.

Claudio Neri penso si riferisca a qualcosa di analogo quando afferma la necessità vitale di alcuni pazienti di “sentirsi umano tra gli umani”.

La similarità emotiva permette infatti la trasmissione di un significato prezioso e profondo del modo di essere e di vivere gli altri in relazione a sé e sé in relazione agli altri. Si attiva un profondo legame di appartenenza che nasce all'interno di una comunità i cui valori sono riconosciuti e condivisi, densi di significato coesivo per il Sé e per il suo sviluppo. E' l'epifania di un senso emergente di appartenenza connesso ai processi di rappresentazione simbolica, che avvia una qualità dell'affetto del tutto nuova per come agisce nella psiche dove nuove raffigurazioni delle percezioni sensoriali e corporee si attivano diventando, esse stesse emozioni pensabili.

L'attenzione rivolta alla comprensione dei processi relazionali che hanno delineato lo sviluppo del soggetto nel corso della sua vita, e quelli che caratterizzano le sue relazioni attuali, è ovviamente con ogni paziente il focus del processo terapeutico. Ma ancor più la significazione esperienziale delle emozioni è fattore dirimente con pazienti così gravemente compromessi.

Le riflessioni sul processo maturativo della mente e dell'apparato affettivo, aprono interrogativi su come diventiamo ciò che siamo, obbligandoci ad estendere le nostre considerazioni sulle forme di interazione che intercorrono tra l'ambiente e il bambino. Un ambiente familiare e sociale fondamentale e fondativo, poiché è quell'ambiente che “ci dona a noi stessi”, attraverso le infinite modalità di trasmettere, prima di tutto

all'infante, la sua individualità essenziale e la percezione di chi esso sia (Winnicott). Queste considerazioni mi portano associativamente a pensare ai pazienti borderline e alla grave carenza delle forme affettive nelle loro relazioni primarie. Una assenza che ha contribuito a determinare sentimenti di profonda solitudine ed estrema fragilità nelle relazioni inter personali.

L'ipersensibilità, l'incapacità di modulare in maniera adattiva il distanziamento altrui che esperiscono a causa degli atteggiamenti e delle modalità aggressive del loro stesso comportamento prevalentemente proiettivo, il rifiuto o una risposta non sintonica, generano in loro sentimenti di rabbia e di solitudine che si sovrappongono ad un sentimento di vuoto radicale e di inconsistenza di sé che li porta ad agire con il corpo e sul proprio corpo spesso compulsivamente mortificato, nella speranza di "sentire" una propria consistenza. I tentativi di suicidio, i gesti auto-lesivi, i comportamenti auto-mutilanti, la tossicodipendenza, sono modalità atte ad eliminare un sentimento di depersonalizzazione che comporta vissuti di svuotamento e annichimento del Sé. Ogni situazione che ha costituito un fattore traumatico, conclamata o cumulativa che sia stata, ha contribuito a sviluppare stati dissociativi pur se di diversa entità rispetto alla loro profondità ed estensione non consentendo, di fatto, alcuna rielaborazione degli affetti e generando una situazione di malessere soggettivo molto pervasivo. Se la parte della psiche dissociata tende, per un qualsiasi evento, a rientrare nel campo di coscienza, i ricordi vengono agiti perché gli affetti ad essi collegati si manifestano in maniera altamente angosciata e insopportabile. La dissociazione in queste situazioni non annulla la sofferenza, la isola: il soggetto avverte se stesso come emozionalmente morto, inerte, affettivamente slegato sia dal suo mondo interno che dal mondo delle relazioni interpersonali. Questi patterns psicologici e comportamentali mostrano il loro potere patogeno perché non conducono ad alcuna esperienza di simbolizzazione e di comunicazione interpersonale ponendo invece l'individuo, reiteratamente, nello stallo traumatico originario rendendolo incarnazione della vittima e dell'aggressore a un tempo.

Una follia che in queste situazioni non è del pensiero ma delle emozioni, che ci chiama ad una condivisione per coglierne il senso rendendola innanzitutto perno del lavoro terapeutico.

Tendo ad introdurre in gruppo un paziente con questa patologia. Scelgo accuratamente, tra i miei gruppi un gruppo maturo per la sua capacità di accogliere e per la sua storia evolutiva.

### **Secondo Gruppo: la sorpresa di Alessandro**

E penso ad Alessandro, un paziente borderline che nel corso di una seduta intervenne affermando: *"Ehi, ci sono io dentro me stesso!"*. Il gruppo reagì con partecipazione emotiva profonda e con autentica sorpresa a questa affermazione che era scaturita apparentemente dal nulla, dopo un lungo silenzio del paziente e del gruppo. Fu molto chiaro a tutti che eravamo coinvolti in una forma di *comprensione esperienziale* di uno stato emotivo rimasto a lungo in gestazione. L'inizio, per Alessandro, di una capacità di mentalizzare ed esprimere emozioni e sentimenti attraverso la sperimentazione di quel sentimento di "essere dentro se stesso", di determinare e collocare una rappresentazione dello stato mentale vissuto.

Fu quindi con autentica sorpresa anche per sé stesso che Alessandro, che a lungo aveva sostenuto di non riuscire a ricordare o a pensare alcunché di significativo che lo riguardasse, affermò nel corso di una successiva seduta particolarmente drammatica per i ricordi che stavano emergendo e che coinvolgevano tutto il gruppo emotivamente, che stava capendo che *"la sua rabbia era dovuta al fatto che aveva sempre pensato al mondo come luogo odioso, indegno da vivere"*. Giovanna, una paziente del gruppo, gli chiese a quale mondo si riferisse ed Alessandro precisò che intendeva *"riferirsi al suo*

*mondo, un mondo che non era stato degno di accoglierlo*". Questa affermazione mi fece pensare alla carenza di "aiuto vitale", al deficit di nutrimento affettivo, ad un mondo/ambiente inaffidabile su cui nessuna forma di controllo può essere esercitata dal bambino che vive sé stesso in uno stato di impotenza, di incertezza e di pericolo, generando un grave vissuto depressivo. Una rottura del "sistema vivente", di quel sistema che riguarda la modalità dell'esistenza e la sua complessità, finalizzate entrambe a predisporre il soggetto verso la familiarità delle emozioni che vengono invece a perdere il loro significato specifico di esperienza e di scambio (Sander; Winnicott).

L'emozione che dovrebbe essere aiuto realistico ad apprendere dall'esperienza, diviene invece un nemico da tenere a distanza, distorcendo il modo stesso di avere presa su di esso. Non sussistono le condizioni per costruire un'alternativa a quel mondo in cui si *deve* vivere, perché per lungo tempo non può essercene un altro possibile. La rabbia, la paura, la frustrazione e l'umiliazione rimangono esperienze emotive prive di nome e di possibile trasformazione in quanto manca un codice espressivo condiviso tra la madre e il bambino. Ogni forma di abuso successivo si innesta su questa prima condizione depauperante che genera difensivamente i primi processi di scissione mente-corpo, accentuandone nel tempo a venire l'intensità.

E' sulla base di queste considerazioni che penso al gruppo analiticamente orientato come setting elettivo anche per questa tipologia di pazienti ipersensibili alla vicinanza emotiva. All'interno del gruppo prende vita – ma in realtà prende corpo davvero e lo si vede nelle gestualità che cambiano – una dialettica modulativa che lo rende naturalmente uno schermo protettivo consono a filtrare i passaggi emozionali tra i vissuti soggettivi e quelli interattivi. Anche in questo caso, potrei dire, tra il dentro e il fuori. Passaggi che, qualora troppo intensi, non sarebbero tollerabili dal paziente borderline che è prigioniero di una dis-regolazione emotiva che produce un senso di incoerenza di sé e di inadeguatezza relazionale sollecitante modalità oppositive e di attacco e fuga dalla relazione. L'organizzazione di una funzione di filtro, generata dagli scambi interattivi tra i membri, lavora invece per una continua regolazione del rapporto con la realtà attraverso il riconoscimento delle diversità che richiede una contrattazione continua e una delimitazione della volontà di travalicare e manipolare. Nell'interazione tra loro, i membri del gruppo "vedono" ed esperiscono sé in relazione con l'alterità. La rabbia espressa può infatti disorientare alcuni, ma essere compresa da altri. Il legame può incrinarsi senza distruggere, per poi tornare a ricomporsi in modo pieno. Nel gruppo, questa dinamica lascia emergere più rapidamente e con maggiore forza il significato interpersonale e intersoggettivo delle configurazioni intrapsichiche che sono parte costitutiva del Sé, in quanto il gruppo e i suoi componenti sono incarnazione, nel qui e ora, delle relazioni e degli affetti, sono disponibili a identificazioni che ribadiscono la necessità della dimensione relazione con l'altro in quanto simile e non in quanto identico, contenendo l'area della delusione e del vissuto di perdita che questa differenza evoca. Il gruppo ha una intima funzione convalidante dei bisogni rimasti inascoltati da un ambiente inadeguato, ma l'altro – gli altri- sono come me e a un tempo diversi perché separati-da-me.

All'inizio di una seduta successiva all'interruzione estiva Alberto, un membro del gruppo, chiede di parlare per primo e racconta, riferendosi ad un episodio di cui era stato testimone un particolare giorno sulla spiaggia, un ricordo che lo aveva turbato e che riguardava la sua dolorosa esperienza di bambino. Durante il racconto Alberto si blocca perché, dice, gli sembra di cogliere una disattenzione del gruppo per la sofferenza da lui espressa e si commuove. Giovanna cerca un fazzolettino nella sua borsa, si alza e, dirigendosi verso di lui glielo porge. Questo gesto, denso di significato affettivo, modifica lo stato d'animo del paziente, che riprende il suo racconto ricordando come, nelle situazioni di tensione con la madre, il padre si assentasse, ritirandosi nel suo studio, privandolo così di un sostegno emotivo. Alberto ricorda anche che in quelle

occasioni si rifugiava tra il comodino e il letto nella stanza dei suoi genitori, piegandosi per farsi “piccolo piccolo”. Ricorda anche che, crescendo, mortificava il suo corpo costringendolo a contorsioni dolorose per riuscire a infilarsi in quell’anfratto. *“A un certo punto non sentivo più il dolore fisico”, “mi ero abituato ad anestetizzarmi”* affermerà.

Alessandro interviene subito dopo in modo dispregiativo e svalutativo verso la reazione di Alberto. Afferma che non si può arrivare fino a quel punto di annientamento di sé, ignorando del tutto il meccanismo proiettivo che lo sollecita, e parla per la prima volta al gruppo del proprio padre che lo aveva abbandonato poco dopo la sua nascita. Man mano che il racconto procede, il tono emotivo del paziente diventa più rabbioso. Suo padre, scomparso per oltre trent’anni è ricomparso recentemente ormai anziano, dopo la morte della seconda moglie, con la pretesa di rientrare nella vita di Alessandro per conoscere le nipoti. Le parole vengono vomitate e via via che il racconto continua, i nessi logici e i significati cognitivi si perdono, diventano confusi. Sofia interviene: *“Ale, questa rabbia ce la stai buttando addosso! Non riusciamo ad ascoltarti”*. Marisa a sua volta afferma: *“qui non si fa a chi soffre di più....Non funziona così... Siamo tutti sulla stessa barca di dolore”*.

Il gruppo intero rivolge lo sguardo alla terapeuta, Alessandro si accomoda sulla sedia, allunga le gambe e incrocia le braccia. C’è bisogno di ricevere cura e attenzione, ma c’è anche la paura che il gruppo e la terapeuta siano come genitori insensibili, incapaci di capire i bisogni e di riconoscere le richieste che vengono loro rivolte. Sofia afferma che la sofferenza non è esclusiva prerogativa di qualcuno contro qualcun altro.

Gabriele, il più riflessivo e ironico del gruppo afferma: *“mi sa che siamo tutti messi alla prova, lei per prima dottoressa”*. Già, ma di quale prova sta parlando Gabriele? Secondo Giovanna, Alessandro attacca il gruppo perché ha la coda di paglia, è stato assente per due sedute di fila dopo che tutti gli hanno dedicato l’intero tempo di una seduta per capire come doveva cavarsela con la figlia scoperta a fumare erba. *Non ti abbiamo più visto perché era l’ultima seduta prima dell’estate. Tu fai sempre così. Ci coinvolgi dandoci pugni nella pancia e poi sparisce, vai a farti le tue pippate di cocaina. Non ti rendi conto che anche noi abbiamo bisogno di te perché con te siamo noi ad essere coinvolti”*. Giovanna ribadisce che tante volte ha pensato di non ripresentarsi in seduta, di abbandonare la terapia, perché è faticoso gestire le relazioni che coinvolgono. *“Ha ragione Sofia, siamo tutti sulla stessa barca, può non piacerci ma ci siamo”*. C’è silenzio ora. Poi Sofia prende di nuovo la parola e afferma che *“la fuga serve solo dimenticare che siamo fragili e che siamo stati impotenti”*. *“Fuggire è come illudersi che ogni sentimento negativo svanisca o che rimanga isolato, diventando innocuo”*, affermo io. *“Portiamo il nostro corpo altrove rispetto al luogo del gruppo, illudendoci che non sentiremo più nulla di doloroso”*.

L’esperienza del qui e ora è adesso il ponte tra il passato e il presente.

Immediatamente a disposizione dei pazienti i cui vissuti focalizzati sullo scambio interattivo, evocano le rotture traumatiche già esperite nei legami originari, riproducendoli nei vissuti attuali che questa volta possono essere compresi e non subiti.

Il gesto di Giovanna che si alza e porge il fazzoletto ad Alberto genera una comprensione della fragilità emotiva che viene condivisa e convalidata. E’ stato interessante vedere come, il corpo in movimento della paziente verso il suo compagno, coinvolgesse tutti i pazienti che si sono a quel punto assestati in modo nuovo sulle sedie. Ci si sofferma innanzitutto sul sentimento di leggerezza con cui si è cambiata la propria posizione sulla sedia e sulla percezione di avere un corpo che *si è reso più plastico*, afferma Alberto. Si è verificata una elaborazione emotiva avvenuta inizialmente al di fuori della consapevolezza cosciente, ma grazie al codice espressivo corporeo del gruppo, vengono condivisi sentimenti come l’ansia, il dolore, la paura, la frustrazione che non rimangono più esperienze emotive non finalizzate e quindi prive di senso. Nello spazio gruppale gli

sguardi, i gesti, i silenzi, le parole diventano da quel momento e per le sedute a venire, tutte esperienze altamente evocative di quei gesti, di quegli sguardi, di quei silenzi, già vissuti un tempo e rimasti a lungo sconosciuti e incompresi.

Si sono attivati microprocessi e modelli di interazione che costituiranno anch'essi, nel tempo, una forma di trasformazione grazie al fatto che il gruppo ha acquisito doti di holding e di attesa, di capacità di non interpretare subito ma di cercare piuttosto il significato nascosto nelle espressioni più arcaiche e nelle eccitazioni emotive come quelle espresse da Alessandro, riflettendo sul modo in cui egli esprime i suoi bisogni e le sue urgenze nascosti nelle esplosioni rabbiose. Il gruppo ha valorizzato con osservazioni e interpretazioni mirate ogni passaggio comunicativo ed espressivo di ciascuno, consentendo una tessitura affettiva ed emotiva vitale per la psiche, nella direzione di un sapere di sé e su di sé finalmente pensato insieme. In tal modo si possono raggiungere le proprie parti più arcaiche, senza correre il rischio di indugiare troppo in vissuti regressivi.

“Ale questa rabbia ce la stai buttando addosso!”, l'affermazione con cui Marisa si rivolge ad Alessandro, è in fondo un altro modo di porgere il fazzoletto. Due modalità comunicative che, entrambe, diventano espressioni di *réverie* vitale dello scambio pre-verbale.

## **Bibliografia**

- Albasi C., (2011), Modelli operativi interni dissociati e attaccamenti traumatici in La dissociazione, *Quaderno de Gli Argonauti*, n. 22, Cis Editore, Milano.
- Argentieri S. (2008), *L'ambiguità*. Einaudi, Torino.
- Beebe B., Lachmann F. (2003), *Infant Research e trattamento degli adulti*, Cortina.
- Berlincioni V. (2008), Sul significato delle reazioni al trauma psichico: studio di un caso clinico. In il Trauma, *Quaderni de Gli Argonauti*, n16. Cis Editore, Milano.
- Bion W.R., *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma, 1979.
- Bollas C. (1991), Il posto dello psicoanalista, in *Rappresentazioni e narrazioni*, a cura di M.Ammanniti e D.Stern. Laterza, Bari, 1991.
- Bollas C. (2009), *Il mondo dell'oggetto evocativo*. Astrolabio, Roma, 2009.
- Bonaminio V., Carratelli V., Giannotti T. (1991), Equilibrio e rottura dell'equilibrio nella relazione tra fantasie inconse dei genitori e sviluppo normale e patologico del bambino, in AA:VV: *Fantasia dei genitori e psicopatologia dei figli*. Borla, Roma.
- Bonomo C., Borgogno F. (2001), *La catastrofe e i suoi simboli*. Utet, Torino.
- Borgogno F., (1999), *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno F. (2001), A partially missing link, in “Funzioni analitiche Stati Primitivi della Mente. Psicopatologia. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n.52. Borla, Roma.
- Borgogno F., (a cura di), *Ferenczi oggi*. Boringhieri, Torino 2004.
- Carrazòn Atienza A. (2003), L'uso del controtransfert nel lavoro clinico in *Incontrando Sandor Ferenczi*. Moretti&Vitali, Milano.
- Cohen S., (2002), *Stati di negazione*. Carocci, Roma.
- Corbella S., (1995), Il peccato originale: la ripetizione coatta dei modelli relazionali subiti nell'interazione familiare, in *Gli argonauti*, n.64. Cis Editore, Milano.
- Corbella S. (2010), *Luminosi Segreti*, In Il Sogno, il preconcio, la consapevolezza. *Gli Argonauti*, n.127, Dicembre, Cis Edit., Milano.
- Di Benedetto P. (2011), *Introduzione*”, in La dissociazione, *Quaderno de Gli Argonauti*, n. 22. Cis Editore, Milano.
- Di Chiara G. (1999), *Sindromi psicosociali*. Cortina, Milano.
- Di Chiara G. (1993), *L'amore nella esperienza psicoanalitica*, in D. Stern e M. Ammanniti (a cura di) *Psicoanalisi dell'amore*. Laterza, Bari, 1993.
- Ferenczi S. (1974), Confusione delle lingue tra adulti e bambini. In *Fondamenti di*

*psicoanalisi*. Guaraldi, Milano.

Eigen M. (1998), *La morte psichica*. Astrolabio, Roma.

Emde E. (1998), Gli sviluppi della teoria dell'attaccamento e le influenze delle relazioni sulle relazioni, in *Attaccamento e psicoanalisi*, a cura di Ammaniti e Stern. Laterza, Bari.

Maine M., Hesse E. (1998), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in *Attaccamento e psicoanalisi*, a cura di M.Ammaniti e D.Stern. Laterza, Bari.

Fina N. (2005), Vulnerabilità e latenza terapeutica, in *Quaderni de Gli Argonauti*, n. 10 dic. 2005. Cis editore, Milano.

Fina N. (2007), La vergogna come malattia dell'idealità, in *La pratica Analitica*, n.5, nov. 2007. Vivarium Editore, Milano.

Fina N. (2010), Come un campo lasciato a maggese. Riflessioni sulla latenza terapeutica mutuate da Masud Khan, in *Quaderni di psicoterapia Infantile*, n. 60. Borla, Roma.

Fornari F. (1995), *Affetti e Cancro*. Feltrinelli, Milano, 1995.

Leibigot F. (2008), L'elaborazione del trauma attraverso il transfert,. In Il trauma, *Quaderno de Gli Argonauti*, n.16. Cis Editore, Milano.

Lugones, M. (2010), Quale latenza oggi? In Bambini e bambine. Quale latenza oggi? *Quaderni di Psicoterapia Infantile*, n. 60. Borla, Roma.

Maine M., Hesse E. (1998), Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori, in *Attaccamento e psicoanalisi*, a cura di M. Ammanniti e D. Stern, Laterza, Bari.

Marozza, M.I., L'importanza di pensare oggi la dissociazione. Relazione presentata al Centro Italiano di Psicologia Analitica, Roma, 2015.

Milner, M. (1952), *The role of illusion in symbol Formation*. Cortina, Milano, 2000.

Mariotti, G.(2008), Il trauma dell'insight, in *Quaderni de Gli Argonauti*, n 60. Cis Editore.

Mears R. (2005), *Intimità e alienazione*. Cortina, Milano.

Mollon P. (2002), *Liberare il Sé. L'eredità terapeutica di Kohut*, Borla, Roma, 2002.

Neri C. (2021), *Il gruppo come cura*. Cortina, Milano.

Paparo e Nebbiosi (1990), *Esperienze del Sé in gruppo*", Borla, Roma.

Petrella F. (1994), Traumi psichici: Il trauma infantile nella prospettiva dell'adulto. *Gli Argonauti* n. 16, Cis Editore, Milano.

Roisin J. (1994), *De la survivance a la vie*. PUF Edition, Paris.

Sander L. (1991), Recognition Process, Relazione presentata al convegno sulla vita psichica del lattante, 28-30 Giugno 1991, University of Massachusetts 1991.

Sartre J.P. (1985), *L'Essere e il Nulla*. Il Saggiatore, Milano.

Stern, D. (1987), *Il mondo interpersonale del bambino*. Boringhieri, Torino.

Stolorow R., Awood G. (1995), *I contesti dell'essere*. Boringhieri, Torino.

Winnicott D.,W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, 1995.

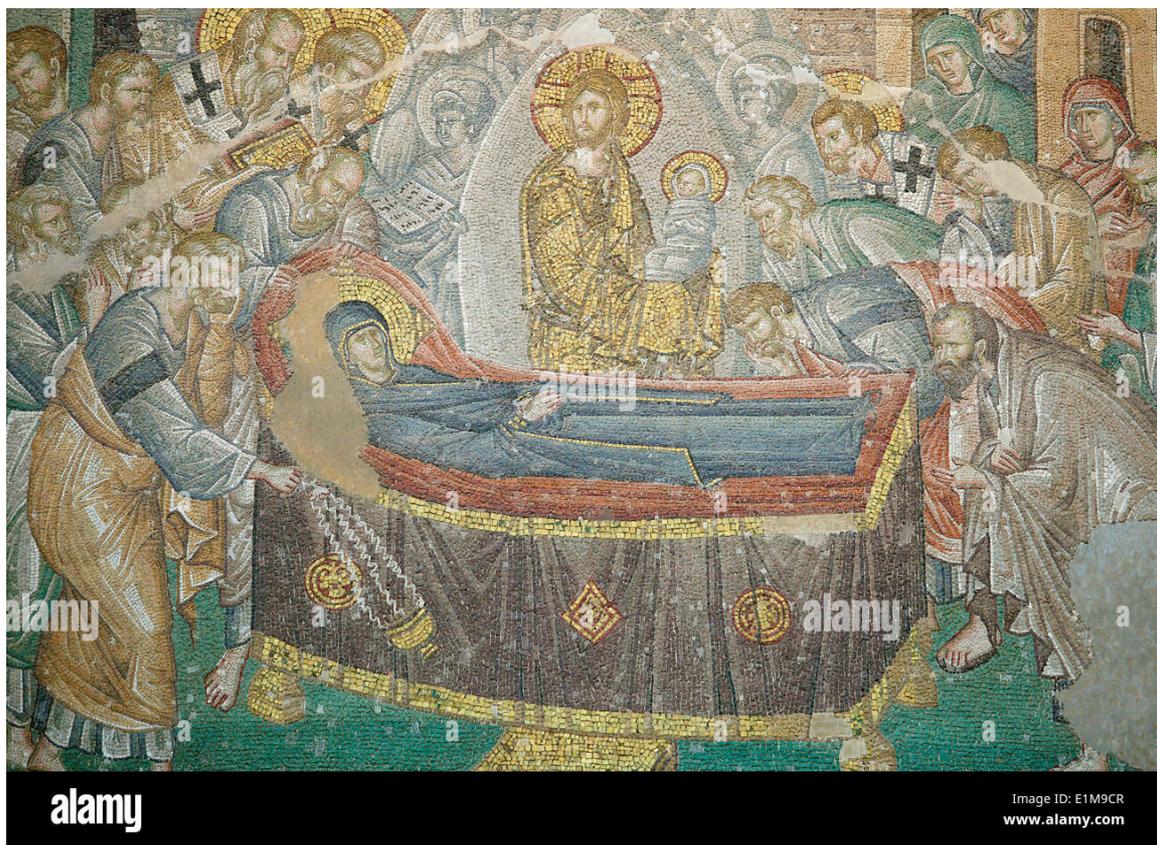
Zanardi C. (1999), Introduzione in *Sintomi Corpo Femminilità*. Clueb, Bologna.

**Nadia Fina**, Past President di APG è psicoterapeuta individuale e di gruppo. Psicoterapeuta dell'adolescenza e della famiglia. E' docente e supervisore nella Scuola di specializzazione in psicoterapia della COIRAG in cui ricopre la carica di Vicepresidente e Preside della Scuola Coirag.

**Email:** [nadia.fina1@gmail.com](mailto:nadia.fina1@gmail.com)

## Mito e rito: essere corpo nel gruppo

Stefania Marinelli



La dormizione della Vergine, mosaico, in Santa Maria in Chora presso Istanbul. L'anno liturgico della Chiesa Ortodossa, che inizia l'8 settembre con la Nascita della Vergine, termina con una importante festa mariana, chiamata la 'Dormizione della Santa Madre di Dio', nota in Occidente come 'Assunzione'. (v. nota 1.)

### Abstract

Dopo avere esaminato le tradizioni del rito funebre presso alcune culture mediterranee, da pagane a cristiane, e i principali modi sociali di considerare il corpo e la separazione dalla vita che esso contiene, il contributo valuta mediante casi clinici alcune qualità specifiche dei sogni *corporei* che compaiono nella seduta analitica. Tali sogni, sia individuali sia di gruppo, appaiono specifici e volti a rappresentare endo-percezioni corporee inconscie e preconscie che il soggetto o il gruppo intenderebbero rendere esplicite e condividere. Un accenno alla permanenza del rito orgiastico (da "dionisiaco" a "tarantolato") presso alcune culture rurali attuali; e alla propensione dei miti e delle fiabe a enfatizzare il corpo come potente, eroico e bello (o al contrario debole, misero e deforme) vuole sottolineare alcune differenze fra i linguaggi narrativi "mitologici" del gruppo analitico di ieri, più evocativi e sognanti e i linguaggi del mito moderno, più definiti e pragmatici, che sostengono la "buona socialità" dei gruppi attuali.

**Parole chiave:** essere corpo, rito di sepoltura, sogno corporeo, percezione endogena, gruppo/corpo

### Abstract

After examining the traditions of the funeral rite in some Mediterranean cultures, from pagan to Christian, and the main social ways of considering the body and the separation from life that it contains, the contribution evaluates through clinical cases some specific

qualities of the bodily dreams that appear in the analytical session. These dreams, both individual and group, appear specific and aimed at representing unconscious and preconscious bodily endo-perceptions that the subject or group would like to make explicit and share. A reference to the permanence of the orgiastic rite (from 'Dionysian' to 'tarantolate') in some rural cultures, even today; and to the propensity of myths and fairy tales to emphasise the body as powerful, heroic and beautiful (or on the contrary weak, miserable and deformed) aims to underline some differences between the more evocative and *dreamlike* 'mythological' narrative languages of yesterday's analytical group, and the languages of modern myth more defined and pragmatical, that sustain the 'good sociality' of today's groups.

**Key words:** being a body, burial rite, bodily dream, endogenous perception, group/body

## **1. La considerazione del corpo vista mediante il rito di sepoltura**

### *A. Nell'epoca pagana*

Nelle antiche religioni pagane dell'area indo-mediterranea è possibile vedere attraverso i riti di sepoltura che il corpo è concepito come sede dell'anima, come un tutt'uno con essa e con la vita o anzi ad esempio nei culti egizi il corpo è la vita stessa (v. Ciocca, 2013: Il corpo, noi stessi), ed è dotato di una propria eternità. Sappiamo dall'*epos* greco e da molti altri documenti, resoconti e studi di ricostruzione che il corpo all'atto di morire è onorato nelle culture greco-romane da riti sociali che ne celebrano il commiato augurando una buona continuazione nella vita successiva. Il corpo che non viene sepolto in un proprio luogo, restituito alla Terra e al rito separativo, è condannato a vagare per sempre in uno spazio infinito e ignoto senza pace. I documenti rendono noto inoltre che la sepoltura nelle culture greco-romane appartiene a un luogo nel quale si seguono regole precise, controllate dalle autorità. Ad esempio la delimitazione dell'area, l'orientamento Sud-Nord (Sud la testata), la presenza del corredo funerario. L'analisi del corredo funerario, basato in gran parte sull'uso delle terracotte, e delle fasi evolutive della loro fabbricazione e del decoro, dimostra in particolare come facessero parte del corredo funerario incaricato di augurare una felice vita successiva, le stesse forme degli oggetti domestici: da quelli per uso domestico, alimentare, cosmetico a quelli per uso decorativo e perfino teatrale (le maschere della tragedia greca e della commedia greco-romana compaiono nel corredo solo in particolari casi). L'uso del rito e delle sue caratteristiche permane anche dopo l'introduzione della inumazione, di origine microasiatica, e si avvarrà per la conservazione delle ceneri (v. in Italia i particolari e abbondanti ritrovamenti di Lipari) dei medesimi vasi per uso alimentare.

Nella evoluzione degli ultimi secoli dell'epoca greco-romana, testimoniata ampiamente anche in Italia in particolare dalle ceramiche policrome delle necropoli di Lipari, si nota che anche prima dell'avvento delle grandi religioni monoteiste e del mondo cristiano, appare concepita nel rito di sepoltura la presenza dell'anima come distinta dal corpo. Da uno studio sulla evoluzione dei decori dei vasi di M.Cavalier: *La giovane donna è l'anima, Psiche al femminile, ma distaccata e indipendente dal corpo, sia esso maschile che femminile, nel quale si era incarnata. È l'anima incorporea che può posarsi sulla corolla di un fiore senza piegarlo (fig. 20, 2), come una farfalla, e la morte è concepita come l'unione dell'anima con la divinità e il suo passaggio alla vita eterna* (cfr. Madeleine Cavalier, 1976, che ha curato una presentazione in rete all'indirizzo:

<https://books.openedition.org/pcjb/4224?lang=it>).

La celebrazione dei legami di affetto dei sopravvissuti, che tramandano la memoria del corpo vivente e la sua mancanza, libera il defunto dallo strazio della perdita della vita, e i vivi dal lutto. Il rito vale a consolare il corpo del defunto e la sua prima vita perduta, anche

mediante l'accompagnamento dei suoi oggetti di vita. I ritrovamenti archeologici e gli studi hanno dimostrato infatti come il rito funebre specie per i più valorosi e amati, contenesse il seppellimento, insieme alla salma, degli oggetti utili e cari alla sua vita, che avrebbero continuato a far parte del suo tempo futuro nel regno dei morti. Nel culto egizio addirittura il corpo è trattato con onori cure e profumi e intrattenuto nella sepoltura con suppellettili che continueranno gli usi della vita dopo il trapasso. Il corpo viene conservato con bende che gli donano l'eternità. L'onore delle procedure di mummificazione, tanto più pregiate quanto più prezioso era stato l'individuo nella vita e nella comunità, testimonia l'onore tributato al corpo e ai suoi talenti vitali primari. Presso Greci e Romani le rappresentazioni del corpo sede della vita sono numerosissime e così pure la sua localizzazione all'interno degli organi del corpo. La vita sta nel ginocchio, abbracciato nella supplica come sede della vita (2), nella testa (del dio Zeus che partorisce dalla sua testa Atena in armi (3), nel midollo spinale (in un tempo più remoto, 4), nel cuore e nel fegato (5). Nel mito greco il tema, connesso in particolare con i riti dedicati al dio Dioniso, del divoramento del cuore per acquisire vita e forza è stato trattato ampiamente (Otto, 1965) così come nello studio dei rituali antropologici. Il *topos* del cuore sede dell'amore e della forza nella fiaba e nella novellistica è stato magistralmente riespresso da Boccaccio nel *Decameron*, in cui come è noto molte novellistiche occidentali e orientali sono tenute in conto – in particolare nella novella della donna costretta dalla punizione maritale a nutrirsi del cuore del suo amante. Anche nella raccolta di Calvino della fiaba popolare italiana come in varie altre, un tema analogo trattato in diverse forme (il cuore estratto, donato, divorato, dato in pasto, cucinato, ecc) indica per lo più che il cuore (della madre, dell'amato/a, del fratello/sorella) sopravvive alla sua estrazione dal corpo.

Sulla localizzazione della vita nei diversi organi del corpo si ritrovano dunque all'interno delle varie aree culturali e disciplinari concezioni profondamente differenti. La localizzazione può avere qualità diverse, più arcaiche o più evolute anche a seconda di quanto corpo e anima o vita, sono immaginati distinti o addirittura indipendenti uno dall'altra. Ciò che tutte le culture hanno in comune e che qui si vuole indicare è il grande lavoro compiuto per rappresentare il legame del corpo con la presenza e con la vita stessa all'interno della comunità sociale. Così come il grande lavoro compiuto, dopo l'avvento della psicoanalisi, da questa, per includere la rappresentazione del corpo nell'oggetto psicoanalitico fondamentale del suo studio – l'inconscio e, secondo l'esteso lascito di Freud, ripreso e continuato dalla ricerca, la sua relazione con la coscienza individuale e sociale. Tornando sul significato dei riti funebri pagani e sulla concezione del corpo presso la cultura greca antica riassumerei per il nostro tema dicendo che nella cultura greca il corpo è il contenitore della vita: nel pensiero razionale classico e nella serenità della Ragione guidata dal dio olimpico, così come nella tradizione di Ate dea dell'Errore (o di Iri dea della Discordia e altre numerose divinità connesse con le divinità orfiche e dionisiache) e nelle culture dell'irrazionale (Doods, 1951) – il corpo è comunque esso stesso vita ed è onorato all'atto del commiato con riti sociali variamente simbolici. Il rito attenua la perdita attraverso la condivisione e l'augurio di eternità contenuto nell'immaginazione della continuazione oltremondana. In molte culture del resto, remote e attuali, il rito contiene elementi corrispondenti a questi. In una esperienza personale che ebbi in Indonesia ad esempio venni a sapere che nei riti Indù più elaborati diffusi specialmente nelle classi sociali alte, l'accompagnamento alla sepoltura ripete alcune scene simboliche "mimate". Fra queste mi colpì l'uso dei portatori della salma verso la cremazione, delle scrollatine date alla bara al fine di scoraggiare il defunto dal rimpianto per i beni del vivere e dal desiderio di tornare: come se fosse pensabile un dialogo fra vivi e morti anche estremo e amichevole e vi fosse una continuità che li tiene in equilibrio. Il corpo vive entrambe le vite.

Infine, in una nota conclusiva sul retaggio pagano, vale la pena accennare che nel

passaggio dalla cultura greca a quella latina e romana il rito funebre e la concezione ad esso collegata si arricchiscono di nuovi elementi incontrando le culture arcaiche pre-romane, in particolare nell'area etrusca che aveva sviluppato una ritualità della sepoltura propria, di eccezionale complessità (tuttora non del tutto decifrata). In questo ambito ad esempio secondo alcuni (v. D'Agostino, 1990) la struttura stessa delle necropoli riprodurrebbe addirittura la continuazione della vita del villaggio di capanne, anche se la cesura che ha interrotto la vita è comunque rappresentata – ad esempio mediante la miniaturizzazione degli oggetti che accompagnano il defunto nella tomba e dunque il conferimento di un valore simbolico, che contiene la cesura. Gli studi hanno anche dimostrato come le procedure più arcaiche di sepoltura (inumazione; incinerazione e cremazione) fossero diversificate fra maschili e femminili, oltre che relativamente al grado di appartenenza sociale; mentre nei casi eccezionali (di guerrieri) gli oggetti tramandati mediante la sepoltura testimonierebbero piuttosto l'inseparabilità, ad esempio dell'eroe dalla sua spada. L'onore del corpo e al corpo sembra avere la funzione fin dai tempi più remoti di rendere possibile attraverso il rito l'abreazione dei sentimenti separativi e di mantenere viva l'individuazione del singolo corpo riscattandolo dalla uniformazione del transito dopo la vita.

### *B. Nelle religioni monoteiste*

È nel tempo successivo, con le tre grandi religioni monoteiste che il culto dei morti cambia significato, indicando che corpo e anima sono separati dall'origine e i loro destini sono concepiti disgiunti. La vita dell'anima nelle religioni ebraico-cristiane è assolutamente superiore alla deperibilità e mortalità del corpo ed è la sola capace di godere la gioia dell'immortalità. Anche in quella islamica pur se rappresentata in modi maggiormente legati ai piaceri sensoriali e sensuali del corpo rispetto alle altre due, l'anima è ugualmente immortale e separata.

### **Corpo orgiastico nel rito dionisiaco della mitologia antica**

Una menzione a parte meriterebbe per la sua ricchezza di significato sociale e culturale la considerazione, che qui sarà solo accennata dei riti e misteri dionisiaci greci e greco-asiatici e l'uso che vi compare del corpo orgiastico (ebbro, furioso, estatico). Si tratta di scenari tramandati da varie fonti (cfr. Doods e l'ampia letteratura antropologica e musicologica dedicata) ispirati al bisogno di ritualizzare con azioni religiose misteriche ristrette a pochi adepti, la celebrazione di divinità opposte a quelle ufficiali. Non la Saggiezza ma l'Errore; non l'Amore ma l'Odio; non la Devozione ma l'Eversione; non la Maternità e la Fecondità ma il Sacrificio cruento e la distruzione; non la Fedeltà ma l'Accoppiamento multiplo. Il Corpo orgiastico del rito produce e veicola conoscenze estreme. L'uso di sostanze e musiche convulsive causa la perdita della coscienza razionale perché il rito si compia e produca esperienze iniziatiche e acquisizioni estreme. A tutt'oggi in Italia e probabilmente in alcune aree rimaste legate a tradizioni arcaiche, ai margini dell'acculturamento urbano e agricolo, sopravvivono tracce di ritualità a carattere primordiale con qualità ipnotiche e orgiastiche, che si possono riconoscere in alcune usanze all'apparenza cristiane o incluse nei riti cristiani – come ritrovi religiosi basati su attività sacrificali, con danze e ritmi musicali coinvolgenti e a carattere orgiastico. Se ne possono ritrovare ai bordi di particolari processioni, basate sull'espiazione della colpa e l'esorcismo attraverso pratiche come quella della *Tarantola* e altre simili, in aree rurali che maggiormente hanno conservato il legame con la tradizione arcaica connessa ai cicli delle stagioni della Terra e alle ritualità primitive rivolte a invocare la fertilità, la benignità, l'abbondanza, a supplicare il perdono per le offese e i mali arrecati, e l'aiuto a scacciare gli spiriti maligni che recano danno al clima e al raccolto. Il corpo umano individuale e sociale e la sua capacità di essere plasmato verso la massima tensione dell'arco sensoriale e emozionale al fine di ottenere la sua massima

espressione è al centro di tali rituali di invocazione propiziatoria, contaminati in vario modo nelle successive epoche cristiane dalle applicazioni espiatorie e invocatorie.

Vale la pena ricordare per la sua recente presenza in Europa l'esempio in un campo affine per significato ma legato a tradizioni religiose profondamente differenti da quelle cristiane, la danza dei Dervisci, che per rappresentare l'unione con il sistema astrale crea una rotazione progressiva a carattere ipnotico, orientata a produrre negli attori come nei partecipanti e nella scenografia "astrale", uno stato di coscienza alterata e una meditazione di tipo oniroide che contiene la fantasia di unione con l'universo. Anche in questo caso il *medium* è il corpo, di cui sono esplorate e potenziate risorse estreme che avvicinano l'umano al divino.

### **1.a. Corpo e iconologia religiosa nella tradizione cristiana**

Tornando alla concezione del corpo nell'Occidente cristiano e alle tracce lasciate dalla sua iconologia, vediamo una straordinaria ricchezza, dai primordi al Medio Evo, di segni e espressioni simbolizzanti. Il corpo umano, contrapposto all'anima, è rappresentato in relazione ai precetti religiosi e alla loro evoluzione temporale. Le sofferenze del martirio e della morte, il trionfo della Resurrezione, l'Ascensione del Cristo, l'assunzione di Maria; la sensualità del peccato, la sua punizione, il godimento del corpo estatico degli asceti, la beatitudine dei santi: il corpo è rappresentato in tutte le condizioni che lo collegano alle concezioni religiose come tramite della rappresentazione e della vita reale e come oggetto indispensabile della comunicazione sociale. Nelle epoche successive al Medioevo cristiano, plasmato dalla religiosità assoluta e unificante, le culture sociali saranno trasformate dal sopraggiungere di nuove esperienze. Il Medioevo aveva prodotto molte rappresentazioni religiose legate alla devozione e alla solitudine umana a fronte della grandezza divina, e anche, nelle ultime epoche che precedono il Rinascimento, i primi abbozzi di un corpo umano operoso, attivo nella nascente società del lavoro e delle corporazioni. Pure l'amore per la rappresentazione e per l'arte è maggiormente riconosciuto e inizia una vita propria (il pensiero va a Giotto, il primo pittore della prospettiva, che costruisce un ponte fra intimità religiosa e intimità sociale; e alle prime commistioni religiose e umane del pittore 'trasgressivo', Piero della Francesca (v. Marinelli, 2020, Cap. 8). Il Rinascimento in seguito porrà il corpo umano armonioso (vedi l'Uomo Vitruviano di Leonardo da Vinci) al centro dello spazio ordinato e prospettico; mentre il Manierismo darà incarico al corpo di esprimere i tormenti, le trasgressioni, le eversioni, in lotta contro l'equilibrio dell'eredità classica. Più tardi, l'Illuminismo adorerà il corpo rendendolo più degno e illuminerà la sua mente pensante. Infine, nell'epoca moderna, il secolo XIX delle ricerche positive umane sociali, e scientifiche, ritrae i corpi del lavoro, dell'arte, della vita domestica, della riunione sociale (una interessante ricerca per la tesi di laurea di Marco Tramonte sulle rappresentazioni del gruppo nella Storia dell'Arte fu pubblicata in occasione di una Mostra tematica che si tenne a Roma alla fine del '900), dando il via a una funzione sociale dell'espressione artistica che nel Novecento fiorirà ampiamente.

### **1.b. Centralità del corpo umano nell'arte laica**

Nel Novecento, a partire dalla produttiva esperienza dell'arte impressionistica che esalta la soggettività e la traduzione dell'esperienza rappresentata *en plein air* invece che nell'atelier privato, prevale l'interesse per lo studio scientifico e positivista e dunque anche il primo interesse per la soggettività e le relazioni sociali. L'arte si sgancia dalla tradizione iconologica religiosa per concentrarsi soprattutto sullo studio dei mezzi espressivi e della rappresentazione: il soggetto, il corpo, e particolarmente l'oggetto artistico che li rappresenta, sono al centro della comunicazione sociale dell'arte. Ad esempio il cubismo, prima pittura rivoluzionaria delle Avanguardie storiche, scompone il corpo per interessarsi alle procedure della figurazione artistica e dell'esperienza visiva e relazionale del corpo con i suoi oggetti, più che non alla sua composizione anatomica. Nel futurismo è esaltato

maggiormente il moto dei corpi rispetto alle loro qualità. Nel surrealismo sull'interesse al corpo prevale l'interesse per la capacità di rappresentare la scena del suo spiazamento e di ciò che questo esprime nel campo onirico e non razionale.

Tale interesse compirà una lunga strada evolutiva fino ai nostri tempi: dall'astrattismo geometrico e materico del Dopoguerra alle molte correnti, figurative e non, centrate sull'esperienza soggettiva: da quella somatica (body art, il corpo non è dipinto o scolpito ma entra nella galleria d'arte trattandola come spazio artistico e rappresentazionale della sua *performance*) a quella mentale (concettualismo, il corpo raffigurato veicola un atto mentale che l'artista compie mediante la raffigurazione) fino a quella ambientale (land art) minimalista e molte altre. L'interesse è spostato sulla soggettività artistica, sulla sua funzione, sul suo legame sociale. Il corpo e la mente dei soggetti sono chiamati a contribuire perché la conoscenza crei trasformazione.

Il corpo e le sue qualità e talenti, dentro e fuori dell'atelier dell'artista, isolato o collegato, teatralizzato o esposto, fine a se stesso o tramite di comunicazione artistica psicologica e sociale è protagonista insieme ai suoi oggetti e prodotti, della scena rappresentazionale.

L'arte, che ha incontrato la psicologia anche profonda e relazionale e la psicoanalisi, si sta incaricando di curare il dualismo scaturito dalla religione riunendolo ai bisogni di espressione, partecipazione e condivisione sociale (vedi a tal proposito in particolare, insieme agli articoli la cover dell'edizione curata da A. Detcheva per *Funzione Gamma*, 47: Polifonia del corpo in psicoanalisi).

## **2. L'avvento della psicoanalisi e il suo contributo**

Si è accennato sopra agli sviluppi ottocenteschi che hanno contribuito a modificare la tradizione iconografica cristiana verso una concezione dell'arte e della società laica e indipendente. Un contributo fondamentale che ha rivoluzionato la visione della centralità umana e sociale problematizzandola profondamente, va rintracciato nell'avvento della psicoanalisi.

Accennerò brevemente all'importanza specifica degli studi sul corpo in questo ambito, che lo hanno individuato come sede del sé psicoanalitico o hanno valorizzato la salienza della relazione mente/corpo.

### **2.a. Corpo nella tradizione psicoanalitica e ascolto psicoanalitico del corpo**

Da Freud la ricerca psicoanalitica ha ereditato una nozione principale relativa al corpo: quella del corpo isterico, nel quale la rimozione inconscia opera la *conversione*. Ma non mancano altre suggestioni nella più ampia seminazione degli scritti di Freud, fondati come sono su una dottrina ancorata alla nozione di pulsione: una forza (*Trieb*) situata a metà fra il somatico e lo psichico.

Una breve nota interessante: nel carteggio di Freud con Groddeck (1917-1934), medico geniale (che propose traendolo da Nietzsche il termine *Es* per designare la sostanza impersonale della vita) che analizzò per la prima volta i pazienti somatici della sua clinica medica, scoprendo parallelamente a Freud in modo indipendente le nozioni di *transfert* e di *resistenza* (1923), Freud appare animato oltre che dalla genialità del medico che sperava di intrecciare con lui le sue scoperte, anche presumibilmente dalla prospettiva di arricchire la ricerca psicoanalitica nel campo della cura medica. Le ricerche di Groddeck non arrivarono alla meta dopo che un viraggio teorico anticipatorio e trasgressivo (rispetto alla psicoanalisi e alle sue finalità) degli scritti ulteriori sulla vita delle cellule, dotate ognuna di una propria anima, diede al percorso una prospettiva mistica. Nel seguito, il primo traguardo importante sull'evoluzione psicoanalitica verso il corpo, dopo la ricerca tramandata da Freud e dopo gli studi sulle epoche precoci dello psichismo condotti da Melanie Klein, è stato quello di Winnicott. Egli sposta l'accento sul Sé come prodotto della relazione ambientale (*Sviluppo affettivo e ambiente*) con qualità reciproche e plasmanti, e indica l'importanza del suo insediamento nel Sé corporeo. La vita intellettuale è da lui

considerata un “accidente” dello sviluppo psicocorporeo, e la relazione fra mente e corpo è messa al centro dell’equilibrio evolutivo.

### **2.b. Tre nuovi paradigmi**

E’ nell’ambito della tradizione creata dagli esordi di Winnicott e dell’area degli *Independents* inglesi che si colloca la nascita in tempi recenti di nuove formulazioni e nozioni importanti: come quella di a) di *psicosoma* (De Toffoli), dei b) *fenomeni trans-individuali* (Neri; De Toffoli) e di c) *Sé corporeo* (Ciocca). Sono concezioni che hanno contribuito a spostare l’accento dal mentale al somatico per individuare fenomenologie miste e funzionamenti primitivi dello psichismo e aiutato la comprensione e la cura di sindromi (come quelle anoressiche e bulimiche ad esempio e molte altre in cui la somatizzazione e la somatosi hanno un posto preminente) di difficile accesso all’analisi e alla psicoterapia analitica. Sono paradigmi che da un lato hanno contribuito ad arricchire la teoria della tecnica psicoanalitica, e dall’altro l’epistemologia psicoanalitica stessa, nel cui ambito il retaggio freudiano, nonostante l’ampiezza di concezioni da sviluppare relativamente al funzionamento psichico arcaico, aveva limitato alla performance isterica l’inclusione del corpo come sede delle azioni del soggetto e dell’oggetto analitici.

E’ impossibile in questo senso non pensare a Bion. Prima di lui gli studi – da un lato di Chiozza sull’interpretazione psicoanalitica del cancro (2013); dall’altro di Fornari (1985) sulla relazione fra malattia e affetti primari, che indicano in modo interessante la rottura corporea e la malattia come perdita del contatto vitale con la “buona famiglia interna” (v. la ricapitolazione di Bencivenga, 2004) – utilizzano il bagaglio psico analitico per mantenere specifica e indipendente la ricerca sul corpo. Al contrario le nozioni sopra citate (*psicosoma*; *fenomeni trans-individuali*; *Sé corporeo*) si mantengono profondamente correlate con i paradigmi psicoanalitici classici, riformulati dalle ricerche kleiniane e bioniane, tentando di approfondirne specifiche diramazioni. E si può aggiungere che queste concettualizzazioni mettono in gioco la stessa epistemologia psicoanalitica nel senso di aggiornarla, nel merito della valutazione del corpo e del suo legame con la mente.

Queste formulazioni non sarebbero state possibili se prima non fosse stata configurata più in generale la prospettiva della psicoanalisi di gruppo come lente specifica attraverso cui vedere il funzionamento mentale primitivo e multiplo: con Bion in Inghilterra, cioè in una area culturalmente incline alla coesione sociale; in Francia con Anzieu e Kaës, più collegati alla possibilità di estendere la concezione freudiana individuale all’adattamento plurale.

Le tre concettualizzazioni come abbiamo detto tengono in conto, pur differenziandosi, le nozioni di *campo* mentale e somatico o protosomatico e protomentale: ne fanno fede in Italia gli studi di Francesco Corrao e Claudio Neri in particolare, che individuano rispettivamente il campo narratologico e il campo come stato mentale condiviso, e vari altri autori che declinarono specifici aspetti del “campo”: da affettivo (Perrotti) e mnestico e istituzionale (v. gli studi longitudinali di Correale), a transgenerazionale (Nicolò), di coppia (Zavattini), di ‘ambiente’ (Bonaminio) e successivamente *relazionale* (Meterangelis). Mente e soma dei partecipanti sono radicati nella “mentalità” profonda del gruppo (Bion, 1961) che opera olisticamente a nome del campo comune inteso come soggetto unico, senza coincidere con un singolo in particolare. Dalla *mentalità* del gruppo originano gli AdB e il funzionamento “protomentale” che appartiene sia alla sfera somatica che psichica – quella che il Gruppo di Lavoro tenta di evolvere, contrapponendo al funzionamento del Gruppo in Assunto di Base (Lotta/Fuga; Accoppiamento; Dipendenza), la finalità conviviale del Gruppo di Lavoro e la realizzazione di un compito razionale condiviso.

Ma se è vero che la concettualizzazione di *campo* è nata a partire dalle osservazioni e concettualizzazioni bioniane sul gruppo, è altrettanto vero e da sottolineare che il gruppo è da Bion considerato come il luogo dove i fenomeni mentali e protomentali (indifferenziati e prossimi al somatico) operano più manifestamente e sono immediatamente riattualizzati in particolare proprio nell’ambito della pluralità e molteplicità del gruppo e

della sua base indifferenziata. Dunque essi sono visti come fenomeni che appartengono sia alla pluralità del gruppo sia alla pluralità della mente singola (vedi i vari studi in sequenza temporale di Hinshelwood su molti di tali aspetti).

Le tre nozioni considerate si differenziano in modo consistente dai paradigmi innovativi di Bion. Ma sicuramente ne contengono anche la cognizione e ne proseguono la tradizione di studio coltivando alcune idee fondamentali. Ad esempio l'idea dello scorrimento (dei fenomeni protomentali) dal somatico allo psichico. Quest'ultimo sarebbe particolarmente attivato dalla partecipazione del soggetto alla relazionalità di gruppo, sia in senso orizzontale, mediante i sistemi *culturali* del gruppo (1961), che verticale, mediante i sistemi della *valenza* (ib.) o collegamento inconscio automatico con carattere rispecchiante e reciproco fra soggetti e sistemi psichici o protopsichici affini o complementari all'interno del gruppo. Anche l'idea del funzionamento sovra-determinante del gruppo e delle sue fenomenologie è essenziale per la comprensione delle tre nozioni (psicosoma; fenomeni trans-personali; Sé corporeo). E così pure per l'idea di vicissitudini e esperienze psicosomatiche e somatopsichiche indipendenti dai singoli e collegate piuttosto al campo comune del gruppo. Il tentativo di definire nozioni basate sullo studio dell'accadere psichico e somatico multiplo sembra individuare prospettive della rappresentazione individuale di sé del singolo, oltre che del sé di gruppo, includendo nella rappresentazione elementi non derivanti da alcuno dei soggetti del gruppo in particolare, bensì piuttosto dall'insieme olistico da essi prodotto all'atto di riunirsi in gruppo. La concettualizzazione del *campo* stessa in fondo (appena nominato in Freud, e formulato da Bion non in modo metodico) come spazio sia intrapersonale che interpersonale anticipa in parte come abbiamo detto sopra le nozioni dette. Nella stessa direzione si può notare infine che alcune nozioni di una vita extracorporea e extrasensoriale, già preconizzate da Freud, assumono un nuovo diritto di concettualizzazione se sono viste in particolare *mediante* il gruppo e il suo funzionamento proto-mentale, cioè ancorato simultaneamente alla mente e al corpo in modo scambievole e indifferenziato.

Si può dire infine che l'individuazione portata avanti da alcuni Autori di un *campo trans-personale* che pur restando indifferenziato e non consapevole, è in grado di operare come una forza del campo "stato mentale condiviso" (Neri, 1995), pone al centro la richiesta di attenzione dell'analista a fenomeni visibili particolarmente *attraverso* e *nei* gruppi ma anche nei legami fra singoli o all'interno del singolo individuo che ne è portatore inconsapevole. Tali elementi sono privi di una sede che li ha generati, fluttuano, possono trasferirsi dal concreto, perfino inanimato all'emotivo e relazionale – cfr. in Neri, 1995, l'esempio della bacheca di coltelli che "trasportano" la memoria di eventi remoti; De Toffoli, 2000, v. fra i vari l'esempio del campo mentale dell'analista durante un periodo di lavoro in sedute sequenziali con pazienti diversi, stimolati da un evento concreto comune avvenuto nello studio. Il loro trasferimento ha qualità invisibili ed essi possono oscillare al di qua, al di là e attraverso la barriera di contatto che li individuerrebbe. Le loro traiettorie e transiti sono difficili da riconoscere e snidare, anche quando lasciano indiscutibili tracce nelle parti più indistinte del singolo e del campo di gruppo, che ne sono i portatori. Siamo ancora di sicuro nell'ambito sviluppato all'origine dalla nozione bioniana di *protomente* (1961); ma molte altre esperienze successive di studi somatici e di processi relazionali vi hanno contribuito, aiutando l'ascolto analitico a saper tenere in sospensione il dubbio e la ricerca e a fondarsi sul lavoro della "sonda psicoanalitica" come orientamento esclusivo in essere.

Può darsi che, persa quando divenne visionaria o mistica ma lungimirante, la via inaugurata da Georg Groddeck verso una medicina psicosomatica, si siano lentamente aperti vari e diversi sentieri laterali, non ultime recentemente le autorevoli e a volte brillanti ricerche neuro-scientifiche, che se non aiutano in termini sinergici a fondare una epistemologia propria nell'ambito della psicoanalisi, aiutano però il suo progresso verso conoscenze sempre meno differite e dualistiche.

Infine non è detto che sanare i conflitti sia risolutivo e utile. Ad esempio la tradizione psicoanalitica “femminista”, con Chasseguets-Smirgel e molte altre Autrici che hanno individuato il “maschilismo” della psicoanalisi freudiana, non avrà dato risposte risolutive: sarà stata utile però almeno a tenere allenato e più puntuale l’ascolto analitico e la discriminazione. Così come la conferma data dallo studio di settori neurofisiologici, che i corpi vivono una vita correlata a molte relazioni profonde con campi propri e non, e più definiti o meno, è di aiuto ad aumentare la pazienza dell’ignoranza e la sospensione del giudizio durante l’ascolto analitico, per non saturarlo con definizioni precoci o parziali.

### 3. Sogni corporei

Il corpo vive, l’analista lo sente, e questo è molto, e spera che anche il suo analizzando impari a vivere le sensazioni se non le sentiva, o a porre una distanza se erano troppo intense e coinvolgenti.

Accennerò brevemente in conclusione a un tema (che è trattato più ampiamente e esemplificato clinicamente dal contributo di Simonetta Bruni in questa edizione), nel quale sono formulate ipotesi anche originali sul legame fra la rappresentazione del corpo, il gruppo, e la patologia di riferimento.

Il tema, abbozzato in *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico* pubblicato da Borla, vorrei riprenderlo dal lato della qualità che hanno i sogni derivati dall’esperienza corporea, la quale viene comunicata con immediatezza particolare attraverso immagini. L’idea è che l’analista discrimini fin da subito, difficile dire come, le immagini del sogno quando contengono sì una simbologia generale associata a varie condizioni presenti nella seduta – ma che esprimono in particolare un’esperienza endogena, e la rappresentazione istantanea di un vissuto corporeo urgente, che preme per essere inteso e esplicitato.

Siamo abituati a pensare che il contesto associativo del racconto onirico in seduta sia il principale orientamento verso la comprensione del sogno; e che l’intuizione istantanea dell’analista sul significato di una comunicazione onirica va verificata e rinviata all’ascolto delle associazioni che seguono il racconto. Eppure, soprattutto nel caso dato dei sogni “corporei”, penso che non sia facile, ammesso che sia possibile, nominare le differenze fra un racconto onirico che rimanda a una simbolizzazione ampia, e un altro che (agli stessi occhi dello stesso analista) ha un contenuto somatico specifico, sotteso all’immagine offerta dal paziente. Sembra che qualcosa come una tonalità o colorazione delle immagini e del racconto, rimandi all’interno del corpo e che tale contenuto sia esperito dall’inconscio del paziente e dall’analista come una scoperta che aspira alla rivelazione.

Mi è capitato, farò un esempio molto esplicito per spiegarmi meglio, di vivere in seduta un soprassalto, lo ricordo, relativo alla gestazione di una paziente che narrava un sogno di *inquinamento di un fiume solcato da un motoscafo che perdeva mediante un tubo una scia di benzina*. Questo avveniva *prima* di sapere che vi sarebbero stati problemi relativi al corso della gestazione stessa: né i controlli medici né le associazioni della paziente conducevano a problemi fisici; eppure non avevo dubbi sul senso delle immagini predittive che li rappresentavano.

In realtà il sogno nel quale ha fatto irruzione un elemento corporeo per comunicare una endo-percezione e esplicitarla, si presenta simile ad altri: paesaggi, situazioni relazionali, viaggi, sensazioni sparse e confuse. Ma un’atmosfera particolare e irripetibile, la cerchia delle emozioni mute e concrete che vi circolano, il racconto delle ombre e dei colori: qualcosa che subito è colto dall’ascolto ci introduce *all’interno* dell’ambito somatico, ed è lì che va la nostra attenzione. Può darsi che vi fosse già, o non, una preoccupazione consapevole o meno dell’analista e/o del paziente, o che vi fosse comunque un contesto inerente e predisposto, come nell’esempio della gravidanza detta. O l’arrivo della impressione somatica nel sogno è del tutto inaspettato e nuovo, e, in tal caso fortunato, rivelatore. Qualcosa del racconto onirico ci dice che siamo entrati *all’interno* di un regno diverso: il corpo, e che stiamo non tanto parlando del corpo, quanto piuttosto facendolo

parlare *dal suo interno*. Il/la paziente ha avuto una endo-percezione, nel sogno l'ha trasferita per comunicarla (Friedman, 2005): una sorta di precipitato di *problem solving* in azione. Dobbiamo saperlo e regolarci di conseguenza.

Accennerò anche ad un paziente che stava sviluppando, come si sarebbe saputo a breve, la recidiva di una grave malattia somatica e che prima di saperlo portò per due volte un sogno nel quale “i confini con la casa del vicino erano crollati”. Le associazioni, angosciose, portarono ovunque ma non nel presagio di malattia e la seduta si concluse con la percezione, da parte dell'analista, di un contenuto del sogno che rimaneva eclissato, non enucleabile e che (come è indicato nella *Griglia* di Bion (1963)) era da “annotare”. Sedute successive rivelarono come reale quel contenuto (la malattia infine diagnosticata) precocemente apparso nel sogno. Il sogno non era stato quindi premonitore, ma soltanto un sogno *postino*, che recava verso la seduta un'informazione che il corpo (inconscio) del paziente possedeva già, in anticipo rispetto all'evento esplicito e diagnosticato dal medico.

*Il medesimo sogno*, variato di poco e a distanza di poco tempo, fu portato in seduta da un paziente che ugualmente stava per ri-ammalarsi (una vecchia malattia pregressa). La malattia era del tutto diversa così come altri dati relativi al paziente, il sogno del crollo dei confini, invece, fu identico.

A volte viene da pensare che le “Vie facilitate” neurali di cui parla Freud nel *Progetto di una psicologia* del 1895, valgano anche in senso metaforico nel campo della comunicazione inconscia e trans-personale e che soprattutto nel caso di esperienze intollerabili, la ricerca di chi o che cosa sia simile e già noto si configuri per il soggetto alle prese con una sofferenza che non riesce a collocare, come appoggio per esprimere o depositare esperienze difficili da contenere, come la previsione di morte o altra perdita totale.

In un altro caso invece fausto o meglio in vari altri casi di pazienti gravide ad esempio, il corpo faceva sapere mediante il sogno ben prima dell'ecografia la sua informazione incontrovertibile sul sesso del feto, anzi dell'embrione. E così pure in altri casi analoghi potrei contare esempi simili. Penso di esprimere che noi non sappiamo qualcosa del o sul nostro corpo, ma “siamo” il nostro corpo – a meno di staccare la spina del contatto.

Inconfondibilmente, il racconto di sogno si presenta in seduta con quel clima riconoscibile, sempre lo stesso, con una qualità semplificata e concreta e un'atmosfera di comunicazione diretta, istantanea, intima; fatalmente la riconosco subito e penso: parla del suo corpo, dell'interno del suo corpo, dei suoi organi. Eppure il/la paziente lo ignorava, pur essendo portatore/rice di quelle informazioni.

Il corpo, questo grande inconscio, è proprio la sede dell'anima e della vita, è la vita stessa (Ciocca, 2013), proprio come i popoli antichi e preistorici avevano espresso. L'ascolto del corpo, peraltro, non sempre è accessibile e riconosciuto.

### **Corpo e gruppo: un esempio di fondazione corporea del gruppo**

Riportando una esemplificazione utile, ricorderò qui la stagione particolare, la chiamerò fondativa, di un gruppo nel quale tutte le partecipanti (si trattava di un gruppo nato “al femminile”, v. il Capitolo dedicato nel libro *Sentire Saggi di psicoanalisi clinica*) a turno nel giro di qualche mese si ammalarono in sequenza dopo l'annuncio dato da una di loro in seduta, di avere una malattia ginecologica virale allarmante (papilloma). La reazione a catena di malattie riferite in seduta, da banali a importanti, che colpì tutte le partecipanti in sequenza, permeò per mesi l'intero processo del gruppo. Fu come se non potesse essere previsto un tempo per vivere ansia e angoscia; o come se elaborarle non fosse ritenuto una risposta sufficiente del gruppo alla notizia che una sua parte era in pericolo. La “scelta” del gruppo fu quella di rispondere agendo in contemporanea “all'interno e dall'interno del corpo” del gruppo e di ogni partecipante. Fu indagato lungamente il mistero del contagio temuto/desiderato e esteso attraverso una fioritura di memorie remote, come a

rappresentare intimità psichiche e somatiche in pericolo, che chiedevano di essere rielaborate e trasformate.

Al tempo stesso il contagio temuto, vissuto, ricordato e esplorato, infine costruì una gruppaltà, seppure attualmente o apparentemente patologica. Quella fase “malata” del gruppo segnerà una sorta di fondazione psichica dolente, basata su un campo di lavoro di tipo arcaico che conteneva l’unione fusionale delle prime fasi di vita del gruppo (vedi il primo libro *Fusionalità* (a cura di C.Neri, di Neri Pallier, Petacchi, Soavi, Tagliacozzo), e il successivo *Forme della fusionalità*, (a cura di Lombardozzi e Meterangelis). Si svilupparono su quella base sentita come primordiale sentimenti e risentimenti roventi, ai quali era difficile rinunciare, o porli a una distanza che li rendesse meno incandescenti. Però essa (fase malata del gruppo) fornirà al tempo stesso come si vedrà nel prosieguo del processo, una base forte all’impegno positivo e ai legami interni del gruppo, come se un’esperienza originaria di malattia e un punto di vista particolarmente profondo (somatico e *proto-mentale*) fosse divenuto malgrè soi caratterizzante di quel gruppo e tale che avrebbe continuato a illuminare e valutare a quel livello stesso tutti gli eventi successivi. Quel dolore produttivo e utile andrà a costituire infine identità e ricchezza del gruppo e della sua tradizione.

I sogni di quella fase furono misteriosi ma distinti, e molti furono incubi: nel senso che incubarono una malattia e allo stesso tempo una cura, quella di far nascere il legame di gruppo e la solidarietà femminile, che in seguito avrebbero avuto la meglio anche dopo il primo ingresso maschile, consentendo il passaggio dalla cultura arcaica di “gruppo di Amazzoni” a quella di gruppo con accoppiamento al suo interno e sviluppo della elaborazione edipica.

In quei sogni il racconto onirico dei corpi sofferenti e malati era stato nel gruppo concreto, istantaneo, ombreggiante, quasi come una parolina sussurrata all’orecchio e comunicava dolorosamente condizioni patologiche. Ma al tempo stesso aveva metaforizzato e reso narrabili contenuti informi, latenti che facevano parte del timore del contagio, della preoccupazione ipocondriaca e infine dell’angoscia legata alla perdita e al lutto – per essere nate tutte femmine. Quando il gruppo diventerà consapevole di tale accesso straordinario al dolore da elaborare e allenterà il sistema difensivo dalla ansia di castrazione e dalla “angoscia di malattia” (cfr. Bruni in questa edizione), sentirà anche di aver creato un accesso privilegiato a una conoscenza interna condivisa, difficoltosa, ma basale. Fu come se il gruppo avesse prodotto e installato nella sua mentalità e nella sua cultura una lente d’ingrandimento microscopica attraverso la quale tutti gli altri contenuti sarebbero stati processati. Quell’ambivalente condizione di dolenzia e capacità conoscitiva che all’inizio aveva indebolito la sicurezza del gruppo, creerà nel tempo successivo una forte base di speranze future per il suo processo e per il bagaglio che i singoli partecipanti ne avrebbero tratto.

Il timore (e la realtà) del contagio si era presentato proprio come l’allarme di cui parla Anzieu (1979) quando descrive, ne *Il gruppo e l’inconscio*, come il soggetto singolo all’atto di entrare in un campo psichico e somatico plurale, entri anche inevitabilmente all’interno di una fantasmizzazione di tipo arcaico – fantasie di smembramento e disseminazione di sé – che sono il corrispettivo della fantasia di ingresso nel gruppo come discesa reinfetante nel corpo materno. In quella discesa fondativa la sensazione del gruppo di pericolo del suo contenitore può sviluppare ansie particolarmente forti.

### **Corpi potenziati nel mito e nella fiaba**

*La narrazione mitologica aiuta l’immaginazione creativa e identificativa del gruppo analitico così come aiuta la comunità sociale a rappresentare le speranze future e a rappresentare se stessa come ampia e potente. Ogni soggetto storico immagina di originare (o origina realmente) da fonti nobili e antiche se la sua traiettoria è destinata a imprimere tracce. La letteratura che testimonia il valore della narrazione mitica nel gruppo*

è molto estesa e da più vertici. Qui ci limiteremo, senza citare se non il portavoce italiano più illustre che l'ha trattata con metodo e genialità, Francesco Corrao, a rimpiangerla, trovandoci in un'epoca in cui i contenuti del mito antico sono stati in gran parte ritradotti e depauperati perdendo, almeno nell'uso comune, il valore di comunicazione profonda e sono stati infine sostituiti dal mito moderno. Nuovi linguaggi e nuovi pensieri oggi sostengono il processo di gruppo dopo gli enormi cambiamenti portati dal gruppo globale. Mi limiterò a fare un cenno a come miti e fiabe abbiano contribuito alla rappresentazione simbolizzante del corpo e lo abbiano spesso rappresentato in termini di ideali di riscatto e perfezione attraverso il suo potenziamento. La comunicazione simbolica della fiaba è stata esplorata ampiamente fin dal Novecento. Fra gli studi recenti segnaliamo la ricerca e attività formativa di Susanna Messeca e dell'associazione *Lupus in fabula* in Italia; in Francia l'uso del racconto di fiaba negli atelier per i bambini autistici, di Pierre Lafforgue). Ricorre sotto diverse forme ad esempio l'immaginazione del corpo forte dell'eroe, dotato di immensa potenza (o al contrario di orribile miseria) specie nell'uomo, e dotato di celeste bellezza nella donna (o degradante bruttezza). Il loro accoppiamento sarà divino o regale. La rappresentazione della forza e della bellezza (cfr. Marinelli, 2020) sicuramente supera quella meno frequente delle virtù mentali, come l'intelligenza, la sagacia e l'astuzia, la saggezza, o morali, come la bontà. Nel mondo omerico ad esempio Achille, il più forte degli eroi greci, ha origini semidivine: è figlio di Teti la più *bella* delle *Nereidi* discendenti da *Oceano*, condannata all'accoppiamento umano con Pelèo dopo che la profezia della titanide Temi aveva rivelato che ella sarebbe stata madre di un eroe più *forte* di suo padre (per questo motivo fatto valere da Prometeo al fine di non sconvolgere l'ordine dell'Olimpo oltre che per essere liberato dal suo castigo, Zeus e Posidone avevano rinunciato a Teti). A sua volta Eracle è figlio di un accoppiamento di Zeus con Alcmena. Aiace, amico di Eracle, è secondo solo al cugino Achille per possanza. Polifemo, figlio protetto dal dio del mare Posidone, incontrato da Ulisse nell'isola dei Ciclopi, giganti deformi dalla genealogia divina minore, vive in una natura potenziata e arcaica – l'isola immaginata da Omero e in modo diverso anche da Esiodo, è descritta e ribadita da Tuciddide come prossima alla Sicilia e all'Etna, monte altrettanto potenziato e versatile per il suo fuoco. Vale la pena ricordare come nell'Odissea l'astuto Ulisse tenuto prigioniero con i suoi compagni da Polifemo per essere divorato, riuscisse a sfuggirgli con lo stratagemma della negazione: aveva infatti detto a Polifemo intenzionato a divorarlo insieme ai suoi compagni, di chiamarsi Nessuno, e ai Ciclopi accorsi in aiuto che chiedevano chi lo avesse colpito, Polifemo ferito nel suo unico occhio rispondeva: Nessuno. La forza superiore del corpo e della potenza vale anche per l'immagine antropomorfa del dio che regge le sorti dell'Olimpo. Egli è dotato di ogni virtù ed è la sua forza quella che gli consente di governare l'Olimpo e di fare accoppiamenti plurimi, divini, umani e altri polimorfi, che nessun mortale o dio potrà giudicare o impedire. *La sovranità della forza umana ha origine divina e redime la comunità umana dalle sue debolezze mortali.*

Anche nel racconto di fiaba la potenza del corpo ha origini soprannaturali. Nella bellissima raccolta di fiabe russe curata da Afanasiev, il tema dell'eroe gigante che fa ritorno alla casa dei genitori invecchiati, decaduti, poveri e li riscatta con la sua forza gigantesca che costringe in breve tempo la Terra lavorata da mani gigantesche a dare messi e frutti meravigliosi che risaneranno la casa e il villaggio – torna insistentemente con varianti di luoghi e tempi, ma sempre individuato dalla amplificazione sovranaturale del corpo. *Forza e grandezza.*

Altre volte è la virtù morale il medium che consente alla grandezza di fare la sua epifania: la vittima dell'incantesimo che l'ha resa brutta e impotente tollera ad esempio umilmente il suo stato, come Cenerentola tollera il suo lutto e la Bella di Perrault acconsente a baciare il Mostro, ed esse riemergeranno dalla miseria diventando splendenti regine per sempre. Il *Corpo è premiato* e trionfa ricco di desiderio e il desiderio è trasformato in generosità illimitata. La bruttezza e la cattiveria sono dannate per sempre. *La forza ha dato l'eternità*

al singolo, al suo accoppiamento, alla sua procreazione e alla comunità che esso renderà felice. La schiera dei deboli, i miseri, gli storpi, i brutti e mostruosi, si colloca in questa eternità ordinata come contrario, come rappresentazione che valorizza la vittoria della forza, dei respinti o risanati per sempre. Accanto ad Achille Tersite, accanto al principe il rospo o lo storpio o il mostro, accanto alla sposa la strega cattiva. *Corpi, le cui doti creano eternità e riscatto collettivo dalla caducità*. Se volessimo approfondire seppure in un ambito fortemente diverso e traslato, quello delle religioni asiatiche, alcuni significati relativi alla rappresentazione corporea potenziata, ci verrebbe in mente l'immagine della dea pluri-mammellata, ad esempio la 'Artemide Efesia'(6). Nella copia rinvenuta a Tivoli nella Villa Adriana, la dea è scolpita in assetto rigido e arcaico, dal suo tronco propendono quattro file di mammelle, intese da alcuni interpreti come scroti di toro offerti in dono alla dea della Natura e della caccia ed essa è attorniata da figurazioni animali, ghirlande di fiori, e simboli delle costellazioni. La fertilità è dunque rappresentata e invocata mediante il potenziamento corporeo, così come lo abbiamo visto rappresentato nel mito e nella fiaba. Se ci addentrassimo fra le divinità femminili asiatiche alla ricerca di concepire un contrario del pari potente, troveremmo in India il potenziamento violento della dea Kali, rappresentante femminile della terribilità irresistibile di Shiva, capace di sciagura, distruzione e cambiamento. *Il Corpo sembra avere in tutti questi casi un valore di eternità*.

### **Gruppi oggi**

Tornando al gruppo analitico sentito come soggetto esclusivo e corpo, come insieme di organi cooperanti (in)distruttibile, potente e vitale, sappiamo dagli studi di Bion come esso abbia la specifica facoltà di riattualizzare istantaneamente in sé l'atto dell'origine come esperienza di regressione e perdita di sé ma anche di nascita e rinascita. Al contrario, nel nostro tempo a differenza degli inizi della psicoanalisi di gruppo che conta ormai circa settanta di lavoro, la parola *gruppo* ha perso lo sfondo delle origini primordiali e mitiche e passa piuttosto attraverso altre declinazioni: dalle più metaforizzanti alle più tecniche e classificanti (7) e non sembra concernere più la vita psichica profonda quanto piuttosto la "buona socialità" (Neri, 2021), la promessa di convivialità risolutive, e la collocazione del soggetto in una rete integrativa e di protezione. Il linguaggio del terapeuta di gruppo cambia nel gruppo odierno rispetto alla solennità dei tempi andati, e favorisce piuttosto la comprensibilità istantanea. Per quanti contenuti profondi i nuovi linguaggi possano sintetizzare in sé essi tendono maggiormente alla semplificazione. La parola criptica o difficoltosa, che di per sé produceva aloni e misteri da indagare, è sfidata dalle aspettative concrete e urgenti della "buona socialità" e lascia il posto a un ascolto più silente ma più attivo e dettagliato dell'analista. Un analista non più aristocratico, o più democratico, richiesto di condividere le classificazioni della cultura corrente, una cultura condivisa che esige di distinguere in termini diretti e pragmatici il malato dal non malato, la malattia soma-tica da quella psichica, l'utile dal superfluo, l'efficacia dal dover essere....imponendo all'analista di lottare in silenzio da solo per curare riunendoli i danni del corpo con quelli della mente, alla ricerca di rifondare uno psichismo mancante. I riti e miti sociali più ricchi di *mitopoiesis* come quelli antichi, sono meno alla portata rispetto alla corralità del passato. Più spesso la narrazione di gruppo si ancora fortemente al presente e non favorisce l'amplificazione narrativa metaforizzante. Questo richiede uno sforzo maggiore dell'analista (v. Corbella, 2021). Probabilmente è più frequente oggi, con i pazienti del gruppo in particolare, che sia l'analista ad addentrarsi nel rito moderno, nel rito *social*: per riconoscerlo, attribuirgli un'intimità diversa o più profonda, per rinforzare la condivisione, la fiducia negli scambi, riuscire a enuclearne le risorse conviviali e valorizzare se possibile la soggettività, ricorrendo a un lessico corrente sicuramente meno alato, ma magari risignificandolo dall'interno mediante il lavoro di ricerca del senso. Difficile dire, in corso d'opera, quanti valori del bagaglio terapeutico e psicoanalitico passato sono traghettati o

modificati nel tentativo di comprendere i nuovi oggetti psichici prodotti dalle sofferenze sociali odierne. Una cosa sicura è questa: i corpi comunicano, il contatto crea scambi istantanei e nascono sempre nuovi progetti di ricerca. I gruppi continuano a essere il campo di confluenza del bisogno di cambiamento evolutivo, di essere corpo, di condividere, di essere assicurati, nonostante la pressione di “massa” che grava su di essi o la minaccia fisica (vale come insegnamento universale l'esempio distruttivo dell'esperienza pandemica). Non sarà un caso, parlando qui del corpo, che le sofferenze psichiche più recenti che hanno fatto seguito a molte privazioni e deprivazioni sociali, siano sempre più frequentemente connesse alla sofferenza fisica: come nelle componenti somatizzate del panico e delle aumentate sindromi psicosomatiche e, altrettanto, l'aumento dei timori ipocondriaci.

Vale la pena a proposito della “transizione” odierna delle culture e dei linguaggi di gruppo, citare un articolo che uscirà a breve sulla rivista francese di psicoterapia psicoanalitica di gruppo (RPPG) sul tema della pressione sociale e (in)culturale “violenta” che indebolisce la fiducia nelle relazioni. L'Autore affronta la questione dei provvedimenti da adottare e della cura mediante un interessante suggerimento, dopo avere fatto una sconcertante disamina di fattori sociali degradati. Il suggerimento offerto è quello della “combattività”, dell'incoraggiamento agli interventi parziali, sparsi, fiduciosi sulla rieducazione delle culture locali, secondo l'idea di creare segmenti o isole di funzionamento attivo che potrebbero estendersi, collegarsi e rigenerare l'intero tessuto sociale. Oggi riabilitare nella società, a fronte delle potenze tecnologiche e globali, l'artigianato delle piccole iniziative, è arduo: l'idea dell'Autore è che nel gruppo globale circolino realmente spazi utili per l'esistenza delle piccole differenze e che la *Combattività* sia segno di salute e fiducia nelle possibilità evolutive e trasformative degli individui e dei gruppi. In fondo, se è vero che i linguaggi moderni sono tanto cambiati da cambiare la comunicazione e richiedere un aggiornamento dei linguaggi della cura, è pur vero che l'incontro fra il vecchio e il nuovo seppure in rapida evoluzione, o fra la generazione precedente e la successiva diventa più produttivo quando il “vecchio” è in grado di non sbilanciarsi troppo nella comprensione del nuovo, specie quando il nuovo ha un'urgenza eccessiva e concreta e una quota di transitorietà.

L'analista al lavoro oggi tiene conto della richiesta di aggiornamento dei suoi linguaggi, e di risuonare puntualmente e in dettaglio con le culture sociali embricate nelle sofferenze individuali e dei gruppi. Tuttavia non dimentichiamo come dice il proverbio che “la parola è d'argento ma il silenzio è d'oro”! Dunque persino nel gruppo dove l'esplicitazione verbale dell'analista e il collegamento con i partecipanti circolano più attivamente, sarà preziosa più della parola la cognizione silenziosa delle piccole/grandi differenze: fra la “buona socialità” e gli elementi invece di distruttività profonda, quando questi sono presenti nel gruppo (il tema è trattato esaurientemente nel secondo libro di Neri sul *Gruppo* (1995-2017), nelle parti più cliniche e nei capitoli conclusivi di *Il gruppo come cura*, 2021. Cfr. sulla discriminazione dei differenti piani di senso, anche l'interessante lavoro analogo di puntualizzazione relativa alle differenze fra lavoro sul sogno del “Social Dreaming” e lavoro psicoanalitico, in Neri, 2002).

Così fra gli aggiornamenti dei linguaggi psicoanalitici, in un'epoca diversa dalla passata relativamente alle culture psichiche, individuali e sociali, annoveriamo *l'aggiornamento dell'ascolto analitico*, invocando che sia vivo e competente: e *l'aggiornamento del silenzio*, anche nel gruppo ogni volta che non sia doverosa l'esplicitazione verbale. Ribadire infine la forza del passato a fronte dei potenti cambiamenti moderni, è probabilmente tanto importante quanto riuscire a trasferire quella forza nella comprensione del presente: una elaborazione complessa che richiede un impegno creativo. E la creatività, accanto alla sua base scientifica, fa parte della psicoanalisi e della sua tradizione.

Ringrazio Claudio Neri per la segnalazione del mosaico bizantino della “Dormizione della Vergine”, preposto all’articolo.

## Bibliografia

- Anzieu D. (1979), *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod. Tr. it. *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla, 1979.
- Bencivenga P. (2004), Affetti e cancro; il gruppo con pazienti oncologici come evocatore della buona famiglia interna (attualità del pensiero di Franco Fornari), in *Gruppi omogenei*, a cura di S.Corbella, R.Girelli, S.Marinelli. Borla, Roma.
- Bion Griglia Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Tr.it. Armando, Roma 1973.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.
- Cavalier M.(1976), *Nouveaux documents sur l'art du Peintre de Lipari*. Naples, Centre Jean Bérard, 1976.
- Chiozza L.A. (2013), *Perché ci ammaliamo*. Istituto Aberastury, Buenos Aires. Tr.it. Borla, Roma 1989.
- Ciocca A. (2013), Il corpo, noi stessi. In *Anoressie: patologie del sé corporeo*, a cura di D.Dazzi, A.Ciocca, S.Marinelli. FrancoAngeli, Milano.
- Corbella S., (2021), Cosa è accaduto al lavoro di gruppo? In La pandemia e la terapia online, a cura di Stefania Marinelli, Pietro Roberto Goisis e Silvio A. Merciai, *Funzione Gamma*, 48, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Detcheva A. (1922), Polifonia del corpo in psicoanalisi, a cura di, *Funzione Gamma*, 47. [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it).
- Dodds E.R. (1951), *The Greeks and the Irrational*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles 1951. Tr.it. *I Greci e l'irrazionale*. BUR, Milano, 2010.
- Fornari F. (1985), *Affetti e cancro*. Cortina, Milano.
- Freud e Groddeck (1917-1934), *Carteggio Freud-Groddeck*. Adelphi, Roma 1973.
- Friedman R.(2005), In: *I sogni nella psicoterapia di gruppo*, di AA.VV., a cura di Friedman R., Neri C., Pines M., Borla, Roma. Friedman, R. (1999). Il racconto dei sogni come richiesta di contenimento e di elaborazione nella terapia di gruppo./ Dreamtelling as a request for containment and elaboration in group therapy. *Funzione Gamma*. 1. <http://www.funzionegamma.it>.
- Groddeck G. (1923), *Il libro dell'Es*. Adelphi, Roma 1990.
- B.D'Agostino et al., Pontecagnano. La necropoli del Picentino. Le tombe della prima età del ferro. Napoli 1990. <https://books.openedition.org/pcjb/6034?lang=it>
- Lombardozi A. Meterangelis GF.(2021), *Forme della fusionalità*. FrancoAngeli.
- Marinelli S. (2000), *Sentire. Saggi di psicoanalisi clinica*. Borla, Roma.
- Marinelli S. (2020), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Borla, Roma.
- Marinelli S. (2020), Bellezza Sincrona: fra “Oggetto Superiore” (mente) e “Oggetto Inferiore” (corpo). Estetica primaria e socialità, in Polifonia del corpo in psicoanalisi, a cura di A.Detcheva. *Funzione Gamma*, 47.
- Neri, C. (2002). Introduzione al metodo del Social Dreaming e resoconto dei workshops tenuti a Mauriburg, Raissa e Clarice Town. *Rivista di Psicoanalisi*. XLVIII, 1, 93-114.
- Neri C. (1995 e edizioni successive ampliate, 2017), *Gruppo*. Borla; Cortina; *Il gruppo come cura*. Cortina, Milano 1921.
- C.Neri, (1990), di AA.VV., *Fusionalità*. Borla, Roma.
- R.B. Onians R.B. (2006), *Le origini del pensiero europeo, la mente, l'anima, il mondo, il tempo, il destino*. Nuove interpretazioni di materiali greci e romani, di altre testimonianze e di alcune fondamentali concezioni ebraiche e cristiane, a cura di L. Perilli, Adelphi, Milano 2006.

W.F. Otto W.F. (1965), *Dionysus: Myth and Cult*, Bloomington, Indiana University Press.  
Winnicott D. (1916), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.

## Note

1. L'anno liturgico della Chiesa Ortodossa inizia l'8 settembre con la Nascita della Vergine e finisce con un'importantissima festa mariana, chiamata la Dormizione della Santa Madre di Dio (in greco Ἡ Κοίμησις τῆς Θεοτόκου), nota in Occidente come Assunzione (15 agosto). Questa festa è chiamata in alcune parti della Moldavia (Romania) *Santa Maria Grande* e *Uspenia* secondo un termine slavo. La risurrezione di Maria doveva avvenire, come profetizza il santo Davide: "Sorgi, Signore, verso la tua dimora, tu e l'arca della tua santità" (Sal 131, 8). In un altro contesto indica la Madre di Dio che siede alla destra del Signore indossando una veste ricamata d'oro: "Sta la Regina alla tua destra in veste ricamata d'oro, ornata di variopinti colori" (Sal 44, 10). Un ultimo argomento scritturistico viene tratto nell'ultimo libro della Sacra Scrittura: "E un segno grande apparve nel cielo: una donna vestita di sole, con la luna sotto i piedi e con una corona di dodici stelle sul capo" (Ap 12, 1-2). Bulgakov fa notare in modo mirabile la differenza tra la morte del Signore e quella di Sua Madre, rilevando che la morte di Gesù fu volontaria e non naturale, invece la Dormizione della Madre di Dio fu naturale, ovvero quella a cui Lei era sottomessa in quanto essere umano. È rilevante che nella Chiesa Ortodossa ogni allusione ad un'assunzione corporea al cielo si chiami "Dormizione della Nostra Santissima Signora, Madre di Dio" e non "Assunzione di Maria in cielo". L'Ascensione al cielo della Madre di Dio è una scena secondaria; al centro ci sta esclusivamente la dormizione con Cristo, che dalla bara di Maria ne prende l'anima.

2. In Esiodo, *Opere e giorni*, dove è detto che la calura estiva rende impotenti gli uomini perché dissecca loro la testa e la ginocchia. Il secondo membro stupisce ancora più del primo: ma gonu, "ginocchio", è evidentemente connesso con la radice gen- che opera ancora nel nostro "generare". Ecco perché l'atto di abbracciare le ginocchia equivaleva a supplicare un uomo nel nome della sua stessa vita.

3. Uno tra i miti più celebri della teogonia greca è la nascita di Atena adulta e in armi dalla testa di Zeus, opportunamente aperta (o medicata: il sommo dio sentiva una formidabile emicrania) da un colpo di scure assestato con esperta mano da Efesto, il fabbro dell'Olimpo. L'episodio è al limite dell'assurdo, ancorché avvolto nella maestà del prodigio; e ispirò una serie di allegoriche interpretazioni al fine di motivarne la stravaganza. Ma quando il mito del parto di Zeus fu inventato, esso non rappresentava altro che l'estrema simbolizzazione di una credenza primordiale: nella testa ha sede la vita, e la sua trasmissione (Onians, 2006). In Omero *kephalé*, testa, e *psiché*, vita (connessa con *psucho*, respiro, soffio) si equivalgono, la psiche è la materia che costituisce la vita, si propaga mediante l'atto generativo e permane dopo la morte.

4. *Il termine alòn*, *alòn* in Omero ha valore di "tempo". Ma originariamente *alòn* era stato 'midollo spinale' (Ippocrate), che identificava fino a quando le due accezioni non saranno divise, la materia della vita e della generazione.

5. La concezione predominante in epoca ellenistica era che tutti i viventi partecipassero di un unico flusso vitale, il pneuma, *πνεῦμα* che, assunto attraverso gli alimenti e passando attraverso il fegato e il cuore, giungeva infine nelle cavità vuote del cervello, i ventricoli cerebrali. Qui si trasformava in 'spirito animale' per giungere a tutti gli organi attraverso microscopici tubicini contenuti nei nervi (Treccani on-line, Psiche, di R. Zerbetto, Universo del Corpo, 2000).

6. L'*Artemide Efesia* risale al [II secolo d.C.](#). La scultura in alabastro della dea Artemide fa parte della [Collezione Farnese](#) (per questo anche chiamata *Artemide Farnese*) presso il [Museo archeologico nazionale di Napoli](#).

7. Vale la pena riportare qui l'uso moderno e le etimologie prevalentemente riconosciute della parola gruppo, intesa come insieme di più cose o persone, distinte l'una dall'altra, ma riunite insieme in modo da formare un tutto: un gruppo. Fra le varie ipotesi di derivazione, che tutte riportano al *Crup* germanico, *nodo*, o gaelico-*Cruppa*: riunione (di oggetti e persone), ammassamento, accorpamento, nodo. Uso moderno: *Gruppo familiare* (famiglia, casato); *Categoria* (es. eurogruppo); squadra (team di lavoro); *sottogruppo e sovrgruppo* (in matematica, *insieme*); *gruppo socio-politico* (partito); *gruppo di appartenenza*, gruppo sanguigno.

**Stefania Marinelli**, professore associato di Psicologia clinica, Sapienza Università di Roma, psicoterapeuta psicoanalitica (SIPP), psicoanalista di gruppo (IIPG). Presidente della associazione per la ricerca sui gruppi omogenei ARGO e co-direttrice con Silvia Corbella della rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*. Ha pubblicato numerose ricerche fra articoli su riviste italiane e straniere, monografie, capitoli di libro e curatele di edizioni. Ricordiamo sul tema trattato da questa edizione: **A)** Corpo e presenza: verità, veritazione, bugia nel processo adolescente. In *Adolescenti in gruppo: varianti e invarianti della fatica di diventare grandi*, a cura di S.Bruni, L.Ballotin, M.Salis. *Gruppo: Omogeneità e differenze*, n.6, 2020, [www.argo-onlus.it/la-rivista](http://www.argo-onlus.it/la-rivista). **B)** 'Il lavoro dell'interpretazione'; 'Panta-gruele: alcune differenze nel ragionamento clinico sulle personalità anoressiche e bulimiche', in *Anoressie: patologie del sé corporeo*, curato con A.Ciocca e F.Dazzi, FrancoAngeli. **C)** 'Notazioni sul significato dell'abbigliamento nel gruppo', in *Senso-riaità Corporeità Sessualità nel Gruppo*, curato con S.Corbella e P.Russo. *Funzione Gamma*, 26. **D)** 'Bellezza sincrona: fra "Oggetto Superiore (mente) e "Oggetto Infe-riore" (corpo). Estetica primaria e socialità'. In *Polifonia del corpo in psicoanalisi. Il corpo nella ricerca psicoanalitica. Nuove patologie e clinica psicoanalitica*, a cura di Adelina Detcheva. *Funzione Gamma*, 47.

**Email:** [stefaniamarinelli2014@gmail.com](mailto:stefaniamarinelli2014@gmail.com)

## **L'elefante senza orecchie. Quando il corpo è acefalo**

*Sergio Anastasia*

“Il paradosso del corpo  
consiste nel fatto che esso è quello che ci fa unici, ma, allo  
stesso tempo, esso è largamente debitore al corpo e allo  
sguardo dell'altro, alle cure ricevute, alle esperienze fatte,  
alle eredità”.

Marta Badoni, “Il corpo”, 2014

### **Introduzione**

Tra le patologie che interessano la corporeità dell'individuo, occorre annoverare quelle situazioni cliniche dove il corpo del paziente sembra andare «per i fatti propri», rispetto a un piano di consapevolezza condivisa. Ciò si verifica, quando la persona ha vissuto una precoce rottura del “vincolo relazionale” (Freud, 1919), ovvero di quel legame affettivo in cui sono messe in comune le rispettive esperienze, tra il bambino e l'adulto di riferimento. In età adulta si possono verificare azioni su cui la persona riferisce di non riuscire ad avere un controllo. Situazioni in cui si smarrisce il contatto con la propria percezione sensoriale e l'individuo smette di “aggiustare” la mira dei propri comportamenti e delle proprie azioni, perdendo di vista ciò che è più significativo e importante per la propria sopravvivenza.

È noto a chi si occupa, o si è occupato, di sindromi psicosociali (Di Chiara su tutti, 1999), come l'aggressività non sia solo una difesa “mentale” dalla colpa e dalla paura di essere abbandonati, ma è anche - come ci ricorda Rosenfeld in un articolo pubblicato postumo (2019) - la via attraverso la quale il soggetto scarica la quota di frustrazione legata alla mancata affermazione della propria esistenza. La presunta supremazia, cagionata da atteggiamenti violenti, sembra corrispondere a una reazione acefala, manifestazione di una capacità distruttiva, che “ripara” il soggetto rispetto al proprio senso di inadeguatezza nel relazionarsi.

Tali reazioni sembrano essere correlate a ciò che Stefano Bolognini, in un suo recente saggio (2019), riconduce ai nuovi modelli familiari, fondati su uno svuotamento del senso di appartenenza e comunione genitori-figli. Situazioni in cui il genitore, anziché fornire accudimento al proprio figlio, risponde in modo caotico e disorganizzato alle richieste del bambino, al fine di sentirsi riconosciuto e ammirato. La soggettività del bambino è così esclusa dalla scena, in nome di un'esigenza narcisistica genitoriale.

Tutto ciò si trasforma in un'agonia esistenziale, una condizione di costante perturbazione psichica, in cui l'individuo precipita dinanzi a minacce interne, che hanno da sempre caratterizzato il proprio vissuto relazionale.

Un bambino che abbia vissuto precocemente condizioni di pericolo inseguirà da grande l'illusione dell'autosufficienza a ogni costo, in quanto il proprio sé (corporeo) è un luogo di bisogni voraci e inconciliabili cui l'altro non può rispondere mai in modo del tutto soddisfacente. E in quanto inadeguato, l'altro diventa oggetto di un odio accecante.

### **Perturbazione psichica e violenza emotiva**

Chiunque abbia viaggiato in aereo, conosce cosa sia una *perturbazione*. Momenti in cui si percepisce perdita di controllo e vertigini. Un'esperienza caratterizzata da angosce di morte catastrofiche e primitive, dove vi è il contatto con percezioni di rischio e impotenza.

Ci si può riparare in un desiderio di dipendenza totale dall'oggetto/aereo, in una condizione di completa fusionalità. È una situazione in cui è possibile scivolare in un'idealizzazione onnipotente della relazione sé-altro, in cui l'angoscia e il pericolo di morte sono sostituiti da un legame su cui illusoriamente si percepisce un controllo.

Qualcosa che deriva dalle primarie esperienze che Freud definisce, appunto, di *perturbante* (1919).

Un'esperienza che risale ad un'epoca infantile, osservabile ad esempio quando le bambine sono convinte di dar vita alle proprie bambole, attraverso sguardi sufficientemente penetranti, o quando i maschietti creano accanto a loro un sosia o un compagno immaginario, con lo scopo di allucinare la completezza diadica onnipotente delle primissime fasi dello sviluppo. Un animismo che eccita, ma allo stesso tempo spaventa: è noto, infatti, come i bambini siano molto impauriti dalla presenza di oggetti che al buio della notte possono prendere vita.

Il perturbante costituisce un agglomerato affettivo-cognitivo di eccitazione e paura, mediante il quale il bambino recupera e rivive esperienze precoci e originarie, nel tentativo di bonificare l'angoscia, attraverso un'illusorio ritorno a un oggetto conosciuto e non pensato, per lui familiare (Bollas, 2018). In tal modo, permane l'idea allucinatoria di poter allontanare dalla propria esperienza la *fine*, la *separazione* e la *morte*, considerandole arbitrariamente ed illusoriamente come qualcosa di evitabile.

Ciò che conta è la disponibilità totale dell'oggetto-altro, il quale svolge la funzione di rispondere a "interessi" oggettivi e concreti.

Una modalità che non consente spazio alla propria e altrui soggettività e che essendo profondamente insoddisfacente (la fame del bambino/genitore sembra non essere mai del tutto saziata dall'altro/a), alimenta reciproca distruttività. La modalità relazione elettiva è dunque violenta e tumultuosa.

Spesso accade che questi pazienti attivino all'interno della relazione analitica un transfert di tipo 'fraterno'. Una sorta di accoppiamento, cui per lunghi tratti del percorso l'analista non può sottrarsi, pena la disgregazione e frammentazione del paziente, o della relazione stessa. Una relazione messa a dura prova da stravolgimenti del setting che l'individuo impone, non necessariamente in modo esplicito, ma comunque violento. Una condizione spesso caratterizzata dalla perdita del 'Velo di Maya,' cui l'analista cerca invano di ricorrere come protezione, quando viene sollecitato da situazioni estranee e minacciose. Un abito di teorie, interpretazioni e metodi che risulta impossibile, se non anche controproducente, indossare.

L'analista alle prese col paziente violento può sentirsi di *agire sulla* realtà in modo immediato, abbandonando seppur provvisoriamente un approccio più meditativo, distaccato e neutrale.

Uno stato di confusione che Freud definisce in *Inibizione, sintomo e angoscia* (1925): *erwartung*, un'attesa che origina da uno stato di sconforto che fa sprofondare in un vissuto di dipendenza e impotenza. È ciò che l'individuo aggressivo sperimenta e attraverso la violenza egli cerca di scaricare sull'altro.

In tali situazioni cliniche, l'analista è degradato per lunghi tratti a oggetto salvifico/oggetto impossibile da salvare, un "*elefante senza orecchie*", come il mio paziente di cui parlerò qui in seguito definisce la propria madre, per descriverne l'atteggiamento cieco e sordo, dal quale egli tenta di fuggire, e dal quale però continua a tornare, per ripararsi, quando è sopraffatto dal timore di morire o di far morire gli altri per mano propria.

L'analista è percepito nel transfert come "inesistente", ma allo stesso tempo "indispensabile". Un alter-ego afflitto da problematiche speculari, di cui nella mente del paziente, egli - al contrario suo - avrebbe saputo "disfarsi" in modo abile.

L'oggetto investito d'attenzione è aprioristicamente e necessariamente colpevole di portare mancanza e separatezza, senso di solitudine e di finitudine. Una sorta di fratello "riuscito", sadico ed egoista.

In termini di trattamento di tali condizioni, il primo sentore di allarme è costituito dallo scollamento tra il *setting* interno dell'analista e quello esterno. A ogni tentativo di ritrattazione del contratto analitico, da parte del paziente, i tentativi interpretativi dell'analista cadono nel vuoto, pena la minaccia di interruzione del trattamento.

Una resistenza che manifesta “mancanza di fiducia” e che provoca uno scollamento tra mente e corpo, in cui - come nel pieno di una perturbazione - il campo relazionale è invaso dalla sensazione che un qualsiasi tipo di relazione consensuale non possa verificarsi.

### **Il caso E.**

Ettore è un ragazzo di 16 anni, arrivato in consultazione appena maggiorenne, subito dopo il primo lockdown. Viene inviato da una collega di ambulatorio, la quale dopo aver effettuato i colloqui conoscitivi con lui si era dichiarato indisponibile a intraprendere un percorso: *“Troppo aggressivo e intrattabile. Vuoi provarci tu?”*.

La madre, donna fredda e poco empatica è preoccupata che il figlio abbia interrotto ogni tipo di rapporto con lei. Il padre è una persona esuberante e sim-patica. Poche settimane prima del nostro incontro, E è andato letteralmente in escandescenze, diventando aggressivo e minacciando di “farla finita”.

In uno degli ultimi episodi di rabbia, E. era scoppiato a piangere e aveva chiesto aiuto e questo li aveva convinti a voler vedere che, forse, dietro l’atteggiamento spavaldo e aggressivo che mostrava (e che mi raccontavano in modo solo generico, quasi a non volermi spaventare, penserò dopo alcune settimane), si nascondeva un problema.

Ettore è un ragazzo bellissimo, chiaro di carnagione e grandi occhi blu. Appare al colloquio rannicchiato sulla sedia, come se soffrisse di un dolore allo stomaco. Braccia conserte sulla pancia e sguardo sommessi. Mi racconta di essere sempre stato interessato alla violenza e di aver messo *“a ferro e fuoco” la scuola* ogni volta che ha potuto (tra virgolette i suoi enunciati).

Il contatto con me è sin da subito buono, appare evidente come nel transfert io appaia come un trainer motivazionale, capace di far fronte agli attacchi che la vita pone davanti. E. Si rivolge a me, infatti, come se tutto ciò che racconta siano normali faccende di ragazzi. L’ascolto di questi suoi enunciati, introduce precocemente una condizione di inevitabile scollamento interno, tra un piano di consapevolezza corporea - contraria a ciò che Ettore dice - e un piano terapeutico di costruzione di un’alleanza, per la quale ogni possibile segnale di disapprovazione - anche non verbale - porterebbe a un’immediata rottura.

Da bambino, Ettore si descrive come un bambino buono, accondiscendente e compiacente. Andava bene a scuola ed era ben educato. Ma, a un certo punto le cose sono cambiate. Le ingiustizie dei grandi non erano più per lui tollerabili. Le pretese delle maestre, il loro giudizio sempre negativo, appena apriva bocca, o cercava di farsi rispettare dai suoi compagni, anche quando era convinto di aver ragione, chiedevano di essere *“giustiziate, visto che neppure i miei genitori intervenivano, anzi quando lo facevano, finivano sempre per dar ragione agli altri, anche quando avevano PALESEMENTE torto”*

Per vendetta, divenuto adolescente, Ettore conquistava quasi tutte le ragazze della sua età, perché a suo dire: *“quella era la mia vendetta. Sedurle, toglierle ai miei compagni, trombarle e poi lasciarle”*.

I primi mesi della terapia sono caratterizzati dal racconto minuzioso delle doti sessuali di Ettore, sul senso di onnipotenza scatenato dalla sottomissione cui egli assoggettava le malcapitate, al contrario di ciò che negli anni precedenti aveva percepito accadere ai suoi danni, da parte degli insegnanti, in particolare donne.

Con il procedere dell’analisi, Ettore lentamente migliora con l’umore e riprende ad avere contatti “normali” con gli amici di sempre.

Il progresso relazionale coincide con il mutamento della struttura corporea di Ettore, che mano a mano indossa sempre più la corazza muscolosa di un atleta, attraverso allenamenti intensi e ripetuti anche durante l’arco della stessa giornata.

Il viso è sempre più emaciato.

La dieta ferrea non permette nessuno sgarro. Come se Ettore avesse dirottato la sua aggressività in una lotta senza quartiere verso il grasso, il superfluo, il molle, il sensibile di

sé e del proprio corpo, responsabile, a suo avviso, di aver troppo a lungo portato il peso delle *“insicurezze dei miei genitori hanno gettato addosso a me”*.

Una dieta che la madre, invece, mal tollera, in quanto espressione di esigenze che la donna vive come dittatoriali.

Attraverso l'identificazione con un corpo rigidamente controllato, Ettore può inscenare la propria battaglia verso una parziale e inefficace individuazione.

La modalità relazionale di Ettore resta a lungo la menzogna, in quanto non racconta a nessuno delle nostre sedute e delle sue difficoltà. Per sottrarsi agli impegni con i suoi amici, inventa scuse che col passare del tempo diventano sempre più intollerabili. La possibilità di aprirsi e raccontare la verità non è per lui un'opzione.

Nonostante la corazza che Ettore si autoimpone, monta nel tempo in lui un senso di malessere e angoscia, cui egli cerca di riparare attraverso la relazione con una ragazza, Elena, conosciuta in palestra.

La relazione con Elena prende il sopravvento su ogni altro aspetto della vita di Ettore e anche questo diventa un ulteriore elemento di conflitto tra lui e la madre: *“Stare con Elena, anziché studiare e fare ciò che mia madre vuole, mi fa vendicare del fatto che mi ha sempre fatto sentire un fallito, solo perché non studio come LEI avrebbe desiderato”*. In alcuni momenti ci sono delle forti tensioni in casa, con episodi di violenza, in cui Ettore minaccia di andarsene e di trasferirsi a casa di Elena.

La relazione con la ragazza, inizialmente idilliaca e caricata di proiezioni salvifiche, lentamente si corrode. Elena gli rimprovera un atteggiamento troppo sessualizzato e impositivo. Comincia a sottrarsi al suo desiderio di esprimere la propria virilità in modo cieco ed egoistico.

A luglio dell'anno seguente, avviene il crollo. Elena, in previsione dell'allontanamento estivo, gli comunica per messaggio che è finita.

Ettore, durante una crisi di pianto e di angoscia, comunica al padre l'intenzione di farsi fuori. Qualche giorno dopo, si fa trovare dal padre a cavalcioni sulla finestra. In analisi il rischio appare reale e le vacanze sono alla porta. Concedo di proseguire online per alcune settimane durante le mie ferie, fino a che il rischio non sembra momentaneamente rientrare. A settembre Ettore non intende proseguire gli incontri, non si alza più dal letto. Mangia, beve e dorme. Non si allena neppure più. Tornato dalle vacanze, passate coi genitori e con gli amici in una casa al mare, ha saputo che Elena frequenta un altro. Ci sentiamo telefonicamente con il padre che mi chiama preoccupato. Concordiamo con lui che all'orario dei nostri incontri si recherà in stanza di E. e gli passerà il telefono per fare le chiamate. Andiamo avanti così per tre settimane, con quattro videochiamate settimanali, finché non decide di riprendere la sua vita, ma questa volta con una rabbia ancor più incontenibile.

Ettore comincia a marinare la scuola, a prendere note e si fa sospendere. Un giorno di novembre picchia in modo violento un ragazzo, reo di averlo insultato al campo.

Piano piano si apre un baratro. Gli amici non lo supportano più, ovverosia lo incitano, ma poi quando esagera lo lasciano solo.

Il bullo che finisce per sentirsi bullizzato.

Nel momento in cui il suo bisogno di affermarsi attraverso la forza e il *“mostrarsi grande”* attraverso i muscoli, diventa non più l'unica via - acefala - per imporsi sulla vita, ma anche il modo per mettersi in pericolo, Ettore - suo malgrado - permette l'ingresso nel campo analitico di un elemento di pensabilità.

Il soffermarsi su come egli si senta, senza lo scudo di un reale o presunto prestigio, senza l'identificazione ferrea con una corazza corporea e mentale, permette - attraversando un male oscuro e profondo, condiviso con il suo analista - di aprire a qualcosa di più autentico. Al desiderio di essere ascoltato e contenuto, rispetto alle sue angosce.

Durante una seduta, mi dirà: *“Il punto è che... io sento che indirettamente gli altri mi chiedono di fare qualcosa, di intervenire perché loro non sono in grado ... hanno paura...”*

*questo mi fa sentire come se mi congelassero in un freezer ... quando c'è bisogno per fare queste cose aprono il freezer, mi scongelano e io esco [silenzio] ... credo che questo abbia a che fare con i miei genitori. Gli torno buono solo quando posso realizzare quello che loro non sono stati capaci di fare. Ma se cerco di essere me stesso, smetto di andargli bene...".*

## **Conclusioni**

Secondo Nina Thomas (2013), le fantasie di vendetta derivano da esperienze di vergogna e umiliazione, causate da ferite narcisistiche. L'individuo è talmente sopraffatto dall'intensità delle esperienze emotive e affettive che attraversa, tanto da non riuscire a renderle 'pensabili'. Dinanzi ad una possibile frammentazione, la vendetta restituisce temporaneamente un soddisfacente senso 'incarnato', di controllo e di continuità del Sé".

Non si tratta, in questo senso, di pensieri consci, o inconsci. Non vi è alcuna mentalizzazione, ma soltanto una disregolazione emotivo-affettiva che ha come solo scopo la distruzione dell'altro, come oggetto cattivo, e al contempo di una parte del proprio Io.

Una condizione di caos, dove c'è compenetrazione tra processo primario e secondario, che può essere affrontato soltanto mediante il ricorso a un'etica condivisibile e razionale.

La "crisi della presenza" che scaturisce in questi momenti invade la dimora psichica, generando tensioni interne, palpitazioni, riacutizzazioni somatiche e persino nuovi *perturbanti* sintomi. Attimi, dove il senso di familiarità e continuità spazio/temporale cui siamo abituati viene sovvertito da intensi vissuti claustrofobici, scatenati da sensazioni e paure relative alla possibilità di rimanere chiusi tra le quattro mura "invisibili" della sofferenza.

Saper gestire tali situazioni significa sapere giocare con un approccio analitico "malleabile", che offra accoglienza e contenimento rispetto all'incontro con le angosce collegate alla mancanza di riconoscimento, all'assenza e alla perdita dell'altro, quando il campo è invaso di bisogni fusionali e primitivi.

La non-presenza dell'altro invade la mente del paziente e dell'analista, entrambi alle prese con il bisogno di ri-organizzare costantemente pensieri e modelli interiori.

L'efficacia di un percorso analitico e terapeutico è legata alla responsività dell'analista, alla sua capacità di *r-esistere* dinanzi al contatto con ciò che il paziente non ha ancora integrato di sé e del suo funzionamento più primitivo. Un ascolto tramite il corpo di aspetti del paziente che vogliono spazio, bussano alla porta insistentemente, chiedendo contenimento e spingono l'analista verso vissuti di non accettazione e profonda con-fusione.

Chi lavora con la psicosi e anche con gli adolescenti - quelle aree che Pellizzari definisce la "*periferia dell'analizzabile*" - sa come il lavoro su queste aree della mente comporti una capacità di pensabilità, che per poter essere effettiva (non solo manieristica) necessita di abbandonare più o meno temporalmente ogni giudizio teorico. Un'esperienza che permetta di far percepire al paziente un avvicinamento 'reale' ai suoi stati di funzionamento più arcaici, alle sue emozioni e ai suoi bisogni-non-ancora-integrati.

Questa vicinanza, simile a quella di un sosia-alter ego, è riparativa rispetto a precedenti esperienze di mancanza: attraverso essa, il paziente, come un neonato, può vedere rappresentate le proprie parti scisse proiettate sull'analista che si offre per mostrarle così come sono, ancor prima che vengano trasformate, passo a passo, durante il processo analitico.

## **Bibliografia**

Badoni, M. (2014), Il corpo, *Rivista Psicoanal.* (60)(4):917-932

Baranger M. (1959), Malafede, identità e onnipotenza. In W. Baranger e M. Baranger (1969), *La situazione psicoanalitica come campo bipersonale*. R. Cortina, Milano.

Bion W.R. (1959), Attacchi al legame. In *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Armando, Roma, 1970.

- Byung-Chul Han (2011), *La topologia della Violenza*. Nottetempo, Milano.
- Bleger J. (1967), *Simbiosi e ambiguità*. Armando, Roma 2010.
- Bolognini S. (2019), *Nuove forme psicopatologiche in un mondo che cambia: una sfida per la psicoanalisi del XXI secolo*. Raffaello Cortina, Milano.
- Bollas C. (2009), *Il mondo dell'oggetto evocativo*. Astrolabio, Roma.
- Bromberg P.B. (1998), *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the spaces*. R. Cortina, Milano 2007.
- Brosio C. (2016), Attendere pensieri selvaggi. Opacità di memoria e desiderio in Bion. In G. Craparo (a cura di), *Elogio dell'incertezza. Saggi psicoanalitici*. Mimesis, Milano, pp. 55-72.
- Corrao F. (1992), *Modelli psicoanalitici: mito, passione, memoria*. Laterza, Bari.
- De Masi F. (1989), Il super-io. *Rivista di Psicoanalisi*, 35: 393-431.
- Di Chiara G. (1999), *Sindromi psicosociali*. R. Cortina, Milano.
- Freud S. (1919), Il Perturbante O.S.F. 9.
- Freud S. (1920), Al di là del principio di piacere. O.S.F., vol. 9.
- Freud S. (1925), Inibizione, sintomo, angoscia. O.S.F., vol. 10.
- Gabbard G.O. e Crisp H. (2018), *Il disagio del narcisismo*. R. Cortina, Milano 2019.
- Rosenfeld H. (2019), Narcisismo e Aggressività. *Riv Psicoanalisi*, 65:176-189
- Thomas N. (2013), "Ti sento sotto la pelle". La vendetta come regolazione affettiva. In V. Caretti, G. Craparo, & A. Schimmenti (a cura di), *Memorie traumatiche e mentalizzazione. Teoria, ricerca e clinica*. Astrolabio, Roma, pp. 245-255.

**Sergio Anastasia** Psicologo, Psicoterapeuta e Psicoanalista.

È membro Associato della Società Psicoanalitica Italiana e dell'International Psychoanalytical Association. Ha svolto per venti anni attività di consulenza presso le Neuropsichiatrie Infantili dell'Ospedale Policlinico e dell'Ospedale Niguarda di Milano, occupandosi di adolescenza e devianza. In qualità di Esperto Ex art. 80 del Ministero di Grazia e Giustizia, si è occupato di rischio suicidario e di misure alternative alla detenzione, conducendo attività trattamentali e di osservazione individuali e di gruppo nelle carceri di Milano Opera e di Monza. Collabora stabilmente con lo studio associato Mindorder di Milano, dove svolge attività libero professionale. Dal 2023 ha avviato attività clinica anche a Bari.

**Email:** sergioanastasia@gmail.com

## **Adolescenza: quando il corpo “fa rumore”**

Paola Carbone

*Tutti gli slanci della mia mente cominciano dal mio sangue.*

Rainer Maria Rilke

### **Abstract**

La metamorfosi pubertaria è un evento impegnativo e potenzialmente ‘traumatico’ non solo per l’entità dei cambiamenti psicosomatici che si impongono all’adolescente in un tempo molto breve, ma anche perché è accompagnata da una ‘eclissi della parola’, ovvero da una specifica difficoltà di mettere in parole i sentimenti e le emozioni. L’autrice riflette sui modi con cui la psicoanalisi dell’adolescenza ha tenuto conto di questa difficoltà e fornisce brevi esempi di esperienze significative.

**Parole chiave:** adolescenza, corpo-oggetto, corpo-soggetto, eclissi della parola, psicoanalisi

### **Abstract**

The pubertal metamorphosis is a challenging and potentially 'traumatic' event not only because of the magnitude of the psychosomatic changes that impose themselves on the adolescent in a very short time, but also because it is accompanied by an 'eclipse of speech', that is, a specific difficulty in putting feelings and emotions into words. The author reflects on the ways in which psychoanalysis of adolescence has taken this difficulty into account and gives brief examples of significant experiences.

**Key words:** adolescence, body-object, body-subject, eclipse of the word, psychoanalysis

*“In adolescenza all’improvviso il corpo fa rumore!”*; è un’affermazione di Daniel Marcelli (1985 p.115) densa di rimandi che -come è privilegio delle belle frasi sospese- ci sollecita a percorrere diverse linee associative, perché da un lato quel *“rumore”* parla della metamorfosi puberale e della forza travolgente delle pulsioni di cui tutto l’universo adolescente è intriso, ma dall’altro il termine *“rumore”* rimanda alla difficoltà che ha l’adolescente di comprendere il senso di quelle forze potenti che lo attraversano: perché? che cosa? verso cosa? da dove?

Quel *“rumore”* del corpo ci spinge ad affacciarci sulla necessità di essere abbastanza in contatto con il proprio corpo per *sentirlo* ed essere abbastanza distanti per *saperlo*. E’ questa la grande sfida che tutti dobbiamo affrontare, ed è proprio in adolescenza che la sfida ha inizio.

### **‘Corpo’: una parola che non c’era**

All’inizio -e per inizio intendo l’Iliade, il primo libro della nostra storia- il ‘corpo’ non c’era; quanto meno non c’era la parola per dirlo.

Il termine greco ‘soma’, che in italiano traduciamo ‘corpo’, designava il cadavere, mentre per nominare il corpo vivente il greco omerico utilizzava un termine traducibile più o meno con membra-in-movimento (Vegetti, 1985), ovvero un aggregato mobile di organi, arti e funzioni implicate in un rapporto dinamico con il mondo; e infatti chi legge l’Iliade viene trascinato dal gesto dell’eroe (non a caso si parla di ‘gesta’); un gesto che «è sempre al di là dei suoi punti di passaggio» (Merleau Ponty, 1967 p.67) (1) ed è sempre unico e irripetibile.

La concezione omerica della nostra corporeità, potente e affascinante, è certo prescientifica ma tutt'altro che ingenua o primitiva; esprime una visione del mondo geniale che troverà nuova vita, migliaia di anni dopo: grazie alla nascita della psicoanalisi e al pensiero fenomenologico-esistenziale il 'soma-cadavere', da mero 'oggetto' è ritornato a essere quel misterioso 'oggetto-soggetto' che noi siamo.

La soluzione avanzata dalla psicoanalisi al dilemma corpo/mente è che il corpo umano, in quanto corpo vivente, non solo 'ha' una mente, ma 'è' esso stesso una mente.

L'apparato psichico non è una 'sostanza' diversa dal corpo -come è l'anima nella prospettiva metafisica- ma è una sua funzione. Anche nella metafora più ficalista, quella dell'apparato ottico, Freud ci ricorda che l'apparato psichico è un modello, "*una finzione*", (Freud, 1900 p.545) ma è al tempo stesso una specializzazione delle funzioni somatiche.

Anche la prospettiva fenomenologico-esistenziale ha offerto un contributo fondamentale al superamento della scissione mente/corpo grazie alla integrazione dialettica corpo-mondo.

Husserl, in luogo di porsi il problema mente/corpo (o psiche/soma), distingue due diversi modi di intendere *il corpo* e introduce la distinzione tra il mero corpo fisico -il *corpo oggetto* della scienza (*körper*)- e il *corpo proprio* (*leib*), concretamente vissuto e sperimentato nell'esistenza, corpo che in una perenne tensione esistenziale inserisce il soggetto nel mondo ed al tempo stesso è ciò grazie a cui esiste per il soggetto un mondo.

Ne 'L'essere e il nulla' Sartre (1943) dà voce al nostro perenne oscillare tra *corpo oggetto* e *corpo soggetto* e coglie il ruolo fondamentale dell'incontro con l'Altro:

*"Guardando il dorso della mia mano - scrive Sartre - vi scopro vene che percorrono un certo tracciato [...] ma perché sono proprio lì dove le vedo? Perché sono conformate in questo modo e non in un altro? Nessuno può rispondere a questa domanda. E tuttavia esiste una situazione in cui io cesso di torturarmi su questo problema. Non appena una persona, una donna che mi ama e che io amo, mi accarezza la mano [...], mi sento convinto che le vene seguono il tracciato che è bene ed è giusto che seguano. La carezza cancella l'accidentalità della mia mano e la trasforma proprio nella mano che fa per me, che è bene che io abbia."* (Sartre, 1943 p.455)

Psicoanalisi e fenomenologia, pur avendo preso le mosse da ambiti concettuali diversi mostrano profonde convergenze: Husserl e Sartre propongono in termini esistenziali ciò che la psicoanalisi descrive in termini genetici e evolutivi.

Come *l'Infant Research* ha ben mostrato, la possibilità di oscillare armoniosamente tra 'corpo oggetto' e 'corpo soggetto' è ritmata dai movimenti che hanno regolato e che regolano il rapporto primario con l'oggetto, e la ricerca psicoanalitica ha mostrato che "*carenze nei rapporti oggettuali primari provocano difetti evolutivi che riducono la capacità dell'individuo di autoregolare funzioni psicobiologiche essenziali, predisponendolo così non solo alla patologia psichica, ma anche alla malattia fisica*" (Taylor, 1987 p.19). Proprio come dice Sartre parlando del contatto con l'amata, è il rapporto con l'Altro ciò che fonda l'articolazione del somatico e del mentale.

Ma se l'integrazione mente-corpo (o, come direbbe Husserl, corpo-corpo) resta la grande questione del nostro essere umani, in che modo ci può essere utile uno sguardo all'adolescenza?

Come nota Anna Ferruta (2009 p.3) *'la crisi adolescenziale sembra indicarci punti di frattura e parametri che si estendono oltre il momento specifico dell'età evolutiva'*.

Ed è proprio in questi termini che l'ARPAd (Associazione Romana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescenza) guarda all'adolescenza, ovvero non solo come a una fase cronologica dello sviluppo, ma anche come una posizione esistenziale, un modo di essere caratterizzato dalla perenne ricerca di quel "*tra*" che *tra-versa* tutta la vita umana.

La speciale drammatizzazione del rapporto con il corpo che l'adolescenza mette in scena è quindi ciò che ci consente di cogliere, con il massimo della chiarezza e nel suo farsi, quella ferita della nostra coerenza, quel '*punto di frattura*' (Ferruta, ibidem) che è la nostra sfida perenne e il nucleo di ogni patologia (2).

### LA METAMORFOSI PUBERALE

Tutti coloro che hanno saputo guardare all'adolescenza con occhio attento (artisti, romanzieri, educatori, ...) hanno ben rappresentato l'impatto traumatico delle trasformazioni pubertarie e i tumulti che esse generano; la psicoanalisi dell'adolescenza ci aiuta a mettere a fuoco alcuni elementi strutturali di questo tumulto.

La prima osservazione è che in realtà, nel ciclo di vita, la metamorfosi puberale non è né la prima e neppure la più eclatante se la confrontiamo, per esempio, con le imponenti trasformazioni psico-somatiche cui va incontro ogni bambino nei primi due anni del suo sviluppo.

Cosa rende peculiare la metamorfosi puberale?

Come fin dall'inizio aveva postulato Freud con il concetto di *Nachträglichkeit*, a rendere dirimpante e critica la trasformazione pubertaria non basta il fatto che in un tempo breve cambino le misure, le forme, le emozioni e le sensazioni; il 'trauma' del pubertario origina soprattutto dall'intrecciarsi dei cambiamenti somatico-pulsionali con le memorie dell'infantile che vengono risignificate e con il processo di maturazione cognitiva che rende *il fatto* -la trasformazione puberale- oggetto di una inquietante consapevolezza.

L'adolescente non solo *diventa* adolescente, ma grazie alla conquistata capacità auto riflessiva, si vede, e vedendosi assiste con alterni sentimenti alla sua metamorfosi; e quel corpo nuovo che non è più lui-stesso, quel corpo prepotente ed estraneo, quel *corpo altro-da-sé* deve farlo proprio: in somma, l'adolescente deve alla lettera *prendere corpo*.

Due favole, Peter Pan e il Brutto anatroccolo (3), segnano la comparsa a pieno titolo della adolescenza nella cultura della moderna storia occidentale. Ambedue le favole narrano della difficile trasformazione del bambino in adulto e in ambedue le favole è centrale il tema del doppio, efficace metafora delle trasformazioni corporee e della funzione autoriflessiva. Nel caso di Peter Pan l'intoppo evolutivo si incarna nella lotta che il protagonista deve ingaggiare con la propria ombra, doppio fuggitivo e ribelle; nel caso de 'Il brutto anatroccolo' l'accesso alla dimensione adulta è consentito dalla scoperta di un nuovo sé grazie alla riflessione della propria immagine nello specchio ghiacciato del lago: "*Improvvisamente si accorse del suo riflesso sull'acqua: che sorpresa! Che felicità! [...] Era diventato un cigno: come loro!!*".

Le due favole pongono l'accento sull'esperienza evolutiva adolescente e assumono un rilievo 'mitico' dando voce al carattere universale di quella esperienza grazie a un tema antropologico fondamentale, perché mentre il nostro sé infantile ci è dato -dalla biologia e dall'ambiente- il nostro sé adulto ce lo dobbiamo conquistare.

La pubertà è un fenomeno geneticamente determinato e si impone in un preciso momento dello sviluppo, che il soggetto sia pronto o no ad accettarla. Le trasformazioni somatiche, brusche e globali vengono spesso vissute come un evento che giunge dall'esterno (pensiamo all'espressione: *mi sono 'venute' le mestruazioni*) e improvvisamente investe e trasforma il corpo del soggetto.

Il nuovo corpo sessuato è molto spesso trattato come un oggetto che non fa parte di sé o come un doppio che agisce di sua iniziativa la pubertà.

Questo corpo 'altro da sé' non è necessariamente un doppio perturbante, come l'ombra nella favola di Peter Pan. Nello sviluppo normale esso è anche il compagno segreto con cui condividere i timori e le scoperte del percorso evolutivo.

E' il corpo il nuovo e misterioso oggetto dell'investimento libidico; è lui quell'*altro* che l'adolescente ama esplorare allo specchio; è grazie alla sua presenza che l'adolescente può godere l'avventura di essere solo; è il corpo l'oggetto-soggetto del desiderio e del piacere autoerotico.

Ma come la clinica ci insegna, questo 'sdoppiamento' non è sempre funzionale e può rappresentare una vera scissione.

Quando nel corso della storia infantile non è stato possibile introiettare delle relazioni oggettuali sufficientemente stabili e rassicuranti l'esperienza del nuovo corpo sessuato, del corpo 'altro da sé' ha spesso un impatto traumatico. In questi casi, la pubertà riporta bruscamente sulla scena oggetti interni pericolosi, come le figure genitoriali della infanzia troppo seduttive o troppo assenti ed il corpo, teatro dei conflitti identifi-catori, è bersaglio di *acting* e luogo di manipolazioni, aggressioni, misconoscimenti.

Fare proprio questo corpo nuovo, con le sue potenzialità, i suoi desideri e la sua caducità - comunque siano andate le precedenti fasi- è comunque il compito che deve affrontare ogni adolescente; è per questo che il corpo, in adolescenza, balza sulla ribalta della scena percettiva e si colloca al centro dell'esperienza evolutiva e di tutte le problematiche ad essa connesse.

### **Eclissi della parola e luoghi di intervento**

Nel greco antico ci sono due termini per dire 'parola': 'mytos' e 'logos'.

Mytos (da cui, in italiano, 'mito') è la parola che narra, che racconta, che dà voce ai fatti fondamentali: l'amore, la vita e la morte; 'Logos' (che noi traduciamo con ragione-pensiero) è la parola che ragiona, riflette, analizza e teorizza.

Andando verso *la parola* ci troviamo ancora una volta di fronte a un bivio, analogo a quello che separa il corpo-leib dal corpo-körper, perché proprio nell'intimo del nostro parlare si gioca la possibilità di integrare o dissociare il *mytos* e il *logos*, "*il discorso vivente*" (Green, 1973) e la razionalità obiettivante. E' interessante ricordare che Freud con l'invenzione della psicoanalisi- intendeva proprio restituire alla parola la sua 'mitica' potenzialità integrativa, "[...]per restituire alla parola almeno una parte della sua forza magica originaria d'un tempo" (Freud, 1890 p. 93).

La 'parola' ha dunque in sé una potente capacità integratrice, su cui si fonda la psicoanalisi come *cura della parola*, "*ma in adolescenza questa preziosa risorsa viene meno perché assistiamo a una vera e propria 'eclissi' della parola*" (Carbone, 2010 p.118).

Molti adolescenti, in coincidenza con il massimo sviluppo delle capacità cognitive, paradossalmente sembrano aver perduto quelle abilità espressivo-lessicali che brillantemente esibivano nella latenza, e la parola diviene uno strumento goffo, spesso inadatto a dar voce ad emozioni e sentimenti.

I motivi di questa eclissi della parola-adolescente sono diversi e vanno dallo sviluppo di nuove connessioni neuronali (il fenomeno puberale del *pruning* neuronale e i nuovi circuiti cerebrali che selezionano nuove potenzialità cognitive) alla necessità di inventare un nuovo linguaggio sia per proteggere la propria segretezza (Novelletto, 1986 p. 75) sia per creare una nuova parola, quella 'propria' che rappresenterà il volano del processo di soggettivazione.

L'eclissi della parola è quindi un fenomeno adolescente fisiologico e fecondo che va rispettato e protetto, ma con il quale dobbiamo fare i conti quando si tratta di iniziare una psicoterapia, perché potrebbe richiedere opportuni aggiustamenti alla tecnica psicoanalitica, infatti, pur non essendo impossibile fare una analisi-classica con un adolescente, in molti casi è essenziale declinare gli assunti psicoanalitici in modalità diverse; per dirlo con le parole di Raymond Cahn si tratta di "essere e restare in qualche modo psicoanalista in ogni circostanza, comprese quelle situazioni dove è apparente-

mente impossibile restarlo, se non nell'arte sottile di cessare psico analiticamente di esserlo..." (Cahn, 2004 p. 19).

La nostra associazione (ARPA-Associazione Romana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Adolescente e del Giovane Adulto) consapevole di questa specifica necessità ha messo a punto, nei decenni, diversi tipi di dispositivi di accoglienza e di terapia psicoanalitica per offrire agli adolescenti sofferenti spazi di cura differenziati: qui di seguito evidenzio alcuni dei principi che ci hanno ispirato nel progettare e fondare il Centro clinico 'Rifornimento in volo' e lo 'Sportello Giovani' al Pronto Soccorso dell'ospedale di Roma S.Eugenio.

*"Rifornimento in volo"* (cooperativa sociale fondata nel 1986 da un gruppo di soci ARPA) è un'area clinica pensata in modo da offrire un'accoglienza *a porte aperte* per facilitare l'accesso agli adolescenti e per offrire loro percorsi terapeutici su misura: dalla psicoterapia psicoanalitica individuale, a quella gruppale, ai laboratori psicoeducativi, al 'compagno adulto', al sostegno alla genitorialità e alla coppia. Una gamma di interventi tutti solidamente fondati sul modello psicoanalitico, ma declinati in diverse forme per poter andare in contro ai diversi modi con cui ogni ragazzo affronta la propria adolescenza e la propria sofferenza.

Lo *"Sportello Giovani"* al Pronto Soccorso del Sant'Eugenio (fondato e gestito dalla sottoscritta in collaborazione con soci e tirocinanti ARPA) attivo dal 2003 al 2019, anno in cui la pandemia-covid ne ha imposto la chiusura, è stato invece pensato per quegli adolescenti che raramente giungono nei nostri studi, ma che segnalano il loro bisogno di aiuto, anzi di *soccorso*, attraverso il corpo.

Si tratta di quei giovani che, pur soffrendo, non riescono a rappresentarsi la loro sofferenza in modo sufficientemente chiaro da arrivare a chiedere (o ad accettare) un aiuto psicologico, ma cercano una via di fuga dall'angoscia attraverso agiti ad alto contenuto emozionale: azioni spericolate, sesso compulsivo, risse, alcool, sostanze ... .

Questi ragazzi vanno spesso incontro a incidenti di varia gravità e di varia natura, eventi concretamente traumatici che 'dicono' attraverso il corpo ferito, quella sofferenza a cui le parole non sanno dare voce.

La lunga esperienza di incontri allo 'Sportello giovani' del Pronto Soccorso (Carbone, 2009) ci ha mostrato che anche i ragazzi più difesi sperano in fondo di trovarci, di trovare nel momento del bisogno un adulto che sappia guardare *oltre il corpo ferito*, qualcuno che sappia chiedere: *"come stai?"* e abbia il desiderio di ascoltare la loro risposta.

Si tratta, anche in questo caso, di un intervento solidamente fondato su quel modello psicoanalitico che caratterizza la nostra associazione e la nostra scuola; ciò che fa la differenza rispetto ad altri interventi psicoanalitici più tradizionali è il contesto-Pronto Soccorso, un contesto che rende necessaria una speciale *ri-creazione* del setting ma offre anche un'occasione di incontro preziosa e irripetibile perché *"essere al Pronto Soccorso significa essere 'là' al momento giusto, ovvero nel momento in cui il trauma somatico ha temporaneamente scompigliato il sistema difensivo rendendo al ragazzo accessibile ciò che era rimosso, negato, dissociato [...]. Se riusciamo ad essere presenti nel luogo giusto, al momento giusto e nel modo giusto, il corpo ferito diventa paradossalmente un alleato, e la speranza di un 'Incontro trasformativo' può realizzarsi"* (Carbone, 2009, p.240).

Chiudo questo scritto sul 'rumore del corpo' con le parole toccanti che è riuscito a trovare Andrea, uno dei tanti indimenticabili ragazzi che abbiamo incontrato in Pronto Soccorso:

*"Ma questo che ospedale è? chiede Andrea, stupito, alla fine di un lungo colloquio - "No, perché li ho girati tutti, faccio spesso incidenti, sono sempre stato vivace.*

*Non mi piace soffrire, sono uno senza pelle, devo pensare a tante cose e non ci riesco.*

*Per me lo psicologo dovrebbe essere più qualificato del medico; perché il medico per curare ci ha le cartelle cliniche, ma lo psicologo ci ha le cartelle di vita. Mi ha fatto molto pensare questo colloquio, mi sono sentito capito."*

## **Bibliografia**

- Carbone P. (2009), *Le ali di Icaro. Capire e prevenire gli incidenti dei giovani*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carbone P. (2010), La parola e la voce. In AA. VV. *L'adolescente prende corpo*, Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Cahn R. (2004), *La fine del divano?* Borla, Roma, pp. 8-24. Green A. (1993) *Il discorso vivente. La concezione psicoanalitica dell'affetto*. Astrolabio Ubaldini, 1974.
- Merleau Ponty M. (1960), *Segni*, Milano: Il Saggiatore: 1967.
- Marcelli D. (1985), *Psicopatologia dell'adolescente*. Milano: Masson 1989.
- Novelletto A. (1986), *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Roma: Borla.
- Vegetti M. (1985), *Il sapere degli antichi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Sartre J.P. (1943), *L'essere e il nulla*. Milano: Il Saggiatore, 1965.
- Taylor G.J. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*. Roma: Astrolabio 1993.
- Ferruta A. (2009), Introduzione. In AA. VV. *L'adolescente prende corpo*, Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Freud S. (1890), *Trattamento psichico*. OSF, Vol. 1, Torino: Bollati Boringhieri 1967.

## **Note**

1. La mano di un eroe in battaglia -per Omero- non è un arto concluso in sé come vorrebbe l'anatomia, ma si estende all'arma che stringe ed è in relazione dinamica con la foga del nemico che avanza, al punto che tutto l'eroe, in quell'istante, è la sua 'mano-con-la spada-contro-il fianco-del-nemico'.
2. Tutta la patologia, fisica e psichica, può essere compresa in funzione del venir meno dell'integrazione psico-somatica. Ai due estremi di un ipotetico spettro della sofferenza che va dalla psicosi alla grave malattia somatica, troviamo da un lato l'esperienza delirante di un corpo totalmente soggettivato dal quale non è possibile prendere distanza, e dall'altro l'esperienza della malattia organica in cui il corpo diviene oggetto opaco e alienato, malattia come macchia cieca, vuoto narcisistico.
3. Il brutto anatroccolo è una fiaba danese di Hans Christian Andersen, pubblicata nel 1843; Peter Pan è il celebre personaggio letterario creato dallo scrittore inglese James Matthew Barrie nel 1902.

**Paola Carbone**, è psichiatra, psicoanalista SPI-IPA esperto in Bambino e Adolescente, Direttore della scuola di specializzazione ARPAd in "Psicoterapia psicoanalitica dell'adolescente e del Giovane adulto", Co-Direttore della rivista "AeP-Adolescenza e Psicoanalisi", già professore associato all'Università di Roma 'La Sapienza'.

**Email:** [paola.carb47@gmail.com](mailto:paola.carb47@gmail.com)

## **Selfless Body: il corpo di un Sé inesistente**

GianCarlo Di Luzio

### **Abstract**

L'articolo descrive concetto di *Selflessness*, *Sé inesistente*, termine utilizzato dalla letteratura scientifica anglosassone indicante un disturbo del Sé in cui centrale è il deficit del suo diritto di esistenza e di sviluppo, è stato individuato quale fattore frequentemente associato ai DNA e significativamente predittivo della loro insorgenza ed anche rilevato e studiato dalla ricerca scientifica internazionale. Aspetti peculiari di tale disturbo de Sé sono: l'autosvalutazione ed auto-disistima, il deficit di attribuzione soggettiva, il senso di difettosità e negatività di sé. Nel lavoro si ipotizzano tre funzioni del Corpo nei confronti del Sé: *la funzione rappresentativa, la funzione accudente, la funzione anestetica/ espulsiva delle emozioni e pulsioni del Sé*. La proposta è che questi aspetti del corpo possano essere considerati oggetti della ricerca e della cura psicoanalitica.

**Parole chiave:** sé inesistente, disturbi del sé, immagine corporea, dna, psicoanalisi /psicologia del sé

### **Abstract**

The article describes the concept of *Selflessness*, a term used by Anglo-Saxon scientific literature indicating a disorder of the Self in which the deficit of its right to existence and development is central. It has been identified as a factor frequently associated with Eds and significantly predictive of their onset and also detected and studied by international scientific research. Peculiar aspects of this self-disorder are: self-devaluation and self-depreciation, deficit of subjective attribution, the sense of defectiveness and negativity of the self. In the work, three functions of the Body towards the Self are hypothesized: the representative function, the care-giving function, the anesthetic/expulsive function of the Self's emotions and impulses. The proposal is that these aspects of the body can be considered objects of psychoanalytic research and treatment.

**Keyword:** selflessness, disorders of the self, body image, eds, self-psychoanalysis /psychology

### **Premessa**

Il presente lavoro intende trattare aspetti di una condizione clinica psicopatologica caratterizzata dalla presenza nel corpo della persona di un *Sé inesistente*. Tale termine è la libera traduzione di un concetto della letteratura scientifica anglosassone (Pinus, 2017) *Selflessness*, ("assenza di Sé"), che indica, più che un'assenza totale del sé, una forma di disturbo del Sé in cui centrale è il deficit del suo diritto di esistenza e di sviluppo.

Tale fenomenologia, seppur riscontrabile anche in altre psicopatologie, è stata osservata frequentemente in persone, prevalentemente donne, affette da Disturbi Alimentari/ Nutrizionali (DNA) dallo scrivente ma anche rilevata e studiata dalla ricerca scientifica internazionale (Amianto et al., 2016; Stein et al., 2007).

Nel presente lavoro il tema verrà svolto attraverso il seguente excursus: il concetto di Sé, relazione dialogica tra il Sé ed il Corpo, Il deficit del Sé nei DNA, le funzioni del corpo di un *Sé inesistente*, la ricerca sul *Selflessness* nei DNA, un breve caso clinico, conclusioni.

### **Il concetto di Sé**

Come è noto, nella letteratura psicoanalitica, il concetto di Sé è stato -ed è- oggetto di controversie circa la sua utilità teorica, clinica e la sua definizione. Una discussione

approfondita pertanto, per motivi di spazio e di complessità, viene omessa. Per motivi di chiarezza, ritengo però opportuno, esplicitare una mia definizione in cui mi riconosco e spero comprensibile anche al lettore, che è la seguente: il Sé, è definibile come il “*sistema della mente, gerarchicamente sovraordinato ad altri (quale es. il sistema pulsionale/motivazionale), relativamente stabile ed invariante in quanto dotato di evolutività, che governa, nella psiche dell'individuo, la coesione, la stabilità e lo sviluppo dell'identità e della soggettività, nella continuità delle varie fasi evolutive dell'esistenza, la cui teoresi si ricollega al pensiero ed agli scritti di CG.Jung, D.Winnicott, K Horney, H. Kohut, H, A. Damasio.*

Tale definizione potrebbe sembrare in contraddizione con l'ipotesi delle molteplicità del Sé ipotizzata da più autori, quali Bromberg (2009), in persone anche sane, sia ad opera di processi di dissociazione difensiva da trauma che nel senso di “nuclei del Sé” connotati da funzionamenti e affettività completamente differenti. In realtà, in queste persone esiste sempre un *Sé sovraordinato* che riconosce come proprie queste sotto-unità del Sé e, che, con una coesione creativa, riesce a farle dialogare e ad integrarle con arricchimento e potenziamento della personalità (in questo senso ricordiamo il dialogo tra i sé multipli di C.G. Jung espresso nel suo “*Libro Rosso*” (Jung, 2010).

### **Relazione e dialogo tra il Sé ed il Corpo**

L'affermazione più nota sul tema è quella di Winnicott in cui sostiene che “Il sé si trova naturalmente dislocato nel corpo”. La ricerca neuro-psicoanalitica (Damasio, 2012; Schore, 2003) conferma tale affermazione, anche se la collocazione neurale nel cervello viene indicata ancora in maniera differenziata tra gli autori. In particolare Damasio teorizza che il substrato neurale, il *Proto-Sé* risieda nel tronco cerebrale laddove le afferenze sensoriali enterocettive ed estero-cettive producono nella persona il sentimento di essere un'entità vitale e di esistere. Progredendo in senso rostrale nell'encefalo, il *Proto-Sé*, arricchito di ulteriori afferenze neurali, genera l'esperienza di un “Sé soggetto” agentivo in relazione sia con il proprio “Sé oggetto” dotato di mente e corpo che con “oggetti non-Sé” del mondo esterno, definibile come “*Sé Nucleare*”. Questo infine, attraverso la integrazione con le aree più corticali dei lobi encefalici, raggiunge lo status completo di *Se' auto biografico*.

La mia proposta di rappresentazione metaforica più esemplificativa, sotto forma di immagine, del rapporto tra il Corpo il Sé ed è quella di una *domus*, casa, che è IL CORPO-ed un suo proprietario, *dominus*, che è il SE'. Il Sé-*dominus* governa, quale *sua proprietà*, le sue funzioni mentali e del corpo.

Ometto di descrivere, per la loro complessità, le funzioni che il Sé espleta nei confronti del corpo. Invece intendo focalizzare alcune *funzioni* che, a mio avviso, il Corpo può espletare nei confronti del Sé.

Mi piace immaginare che tra il Sé ed il Corpo avvenga una relazione dialogica:

**Il Sé ha bisogno di rappresentarsi nel Corpo** per poter esser visto da Sé e dal Mondo, quasi come in uno specchio. Come un adolescente si guarda nello specchio per capire chi è, così il Se, per conoscersi, deve rappresentarsi nel corpo. Questa *prima* funzione può essere denominata: a) *la funzione rappresentativa del Corpo* nei confronti del Sé. Una sua forma è l'*Immagine Corporea*, esperienza del proprio corpo derivante dall'integrazione di afferenze sensoriali ed emotive.

Una *seconda* funzione del Corpo è quella di accudire, o addirittura curare il Sé, fornendogli le sue funzioni vitali, energetiche, ritmiche biologiche. Infatti l'energia e la vitalità del Sé derivano, come sostenuto dalla ricerca neuro-psicoanalitica, dal Corpo. Questa può essere definita la b) *la funzione accudente del Corpo*.

Infine una terza è: c) *la funzione anestetica/espulsiva (di scarico e depurazione) delle emozioni e pulsioni del Sé*.

Se ci riflettiamo queste tre funzioni sono anche quelle della madre del piccolo bambino, la “*madre ambiente*” di Winnicott o la funzione di *reverie materna* di Bion.

Naturalmente tale elenco di funzione è molto limitato ma è quello sufficiente, a mio avviso, per comprendere, le vicende del *Sé inesistente*, nel dialogo con il suo corpo. Esso risponderà, appunto con tali funzioni, nel tentativo “ripararare” il deficit di diritto di esistenza e di sviluppo del *Sé*.

### **Il Disturbo del Sé nei DNA**

Attraverso una sintesi di un mio articolo recentemente pubblicato (Di Luzio, 2022) riporto una breve descrizione della natura del disturbo del *Sé* nei DNA e dei suoi deficit tra cui quello nucleare riguardante il suo diritto di esistenza e di sviluppo, il *Sé inesistente*, il *Selflessness*:

“Recenti studi clinici sulla la compresenza di un disturbo del *Sé* (Ada, 2007; Amianto et al., 2016), già individuato e descritto, come *disturbo del concetto di sé*, da Hilde Bruch (1973), considerata fondatrice della clinica della psicopatologia alimentare, ipotizzano la centralità del disturbo del *Sé* nella genesi multifattoriale dei DNA. Un approccio focalizzato sulla cura del disturbo del *Sé*, in particolare approfondito da Hilde Bruch, caratterizzato da un atteggiamento psicodinamico rispecchiante ed empatico (Geist, 1984; Geist, 1989; Goodsit, 1997; Sands, 1989; Thoma, 1967) è stato adottato dagli orientamenti della Psicoanalisi, definibili *Psicoanalisi del Sé*, in quanto centrati sulla cura del *Sé* e focalizzati sui suoi deficit di sviluppo del *Sé* (tra i cui Autori si annoverano D.Winnicott, M.Khan, M. Little, E.Jacobson, M.S.Mahler, K. Horney, H.Kohut, S.H. Sands ed altri). Tali orientamenti hanno considerato il DNA un tentativo di “auto-cura” di una lesione “strutturale”, di un “deficit” del *Sé*, dovuto a fallimenti empatici e a deficit di accudimento da parte di figure parentali, non in grado di fornire adeguate esperienze d’oggetto-sé o più in generale a carenze ambientali (Winnicott, 1958). In conseguenza di ciò, nel DNA, sembra avvenire un ritiro difensivo dalle relazioni interpersonali verso una sorta di “pseudo-autosufficienza psichica”, in cui le esperienze d’oggetto-sé derivanti da persone umane sono rimpiazzate da esperienze sostitutive “sensoriali”, determinate da oggetti “non umani” quali cibo e “umani parziali” come il corpo. Tali oggetti, non dotati di “mente umana”, non sono in grado di svolgere funzioni d’oggetto-Sé ma solo di tipo sensoriale, per esempio: il cibo nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) e Bulimia Nervosa (BN), attraverso la sensazione del gusto piacevole del cibo, può far sentire coccolati, “pieni”, non soli; il corpo sottoposto a digiuno nella Anoressia Nervosa (AN), tramite la sensazione fisica di stomaco vuoto e la denutrizione neuro-somatica, fa sentire piacevolmente vuoti, magri, quasi “eterei”, “angelicati”.

L’analisi consente di rilevare nel tempo una particolare fragilità del *Sé* alle frustrazioni delle esperienze d’oggetto-sé speculari, riconducibile al deficitario riconoscimento all’accudito, da parte degli accudenti, del diritto ad uno sviluppo separato ed autonomo delle proprie potenzialità ed identità. Nel transfert viene espresso tanto il bisogno di esporsi al rispecchiamento da parte dell’Altro, così necessario per lo sviluppo del *Sé*, quanto la paura di rimanerne frustrati, a tal punto da proteggersi nel rifugio/prigione dell’inestricabile “labirinto” mentale costituito da impulsività, compulsione ossessiva e ambivalenza riguardanti sia il cibo che il corpo.

La progressiva sintonizzazione nella comprensione empatica del paziente, attuata dall’analista nel tempo, facilita un crescente distanziamento dalla persecuzione giudicante operata dalle strutture super-egoiche e idealizzanti onnipotenti.

Ne consegue una attenuazione dell’angoscia e della depressione che successivamente consente una analisi della natura e del funzionamento del *Sé*. Nei casi severi mette in luce una notevole estensione del suo deficit per quanto riguarda: l’identità, il diritto alla esistenza psichica e alla individuazione del *Sé*, la percezione (alessitimia) e regolazione delle emozioni, la vitalità, la progettualità, l’assertività, il senso di efficacia, l’ “appropriazio

ne/soggettiva” dei talenti e abilità, la regolazione dell’autostima. Il deficit viene espresso soggettivamente in maniera variegata sotto forma di “sentimento negativo di sé”, senso di inadeguatezza, auto-disistima, “difettosità”, “mostruosità”(Pallier, 1989), “vuoto”, confusione tra percezioni emotive e fisiche ed infine insoddisfazione e distorsione della immagine corporea...la loro esperienza soggettiva ruota quasi costantemente attorno a questo sentimento nucleare e radicale di inadeguatezza di Sé, spesso presente fin dalla prima infanzia”.

### **Relazione e Dialogo tra il Sé inesistente ed il Corpo nei DNA**

E’ opportuno precisare che il deficit di esistenza e di sviluppo del Sé nei DNA genera sempre anche un deficit del senso di valore di sé (auto-disvalore, auto-disistima). Dunque quando parliamo dunque di un Sé *inesistente* parliamo implicitamente di un Sé *inesistente /svalutato*. I DNA più frequenti, il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI), la Bulimia Nervosa (BN) e la Anoressia Nervosa (AN) presentano modalità differenti con cui il Corpo si relaziona con il Sé. In maniera molto esemplificata, seguendo le funzioni già descritte, ne segue una descrizione sintetica.

- a) *la funzione rappresentativa del Corpo* nei confronti del Sé *inesistente*: nella AN il Corpo rappresenta contemporaneamente la sua inesistenza/eclissi del Sé con lo scomparire/eclissi del suo corpo ma anche la sua onnipotenza con la capacità di devitalizzare il corpo. Nella BN il progetto anoressico fallisce perché il corpo rappresenta la sua ribellione all’essere denutrito ed attaccato. Nel DAI il Corpo voluminoso nasconde il Sé svalorizzato.
- b) *la funzione accudente del Corpo* nei confronti del Sé *inesistente*: nella AN la funzione accudente è il piano onnipotente perfezionistico di produrre un corpo ideale lieve, etereo, nella BN il corpo esprime il tentativo onnipotente ed impossibile di far convivere il progetto anoressico e la ribellione ad esso con un dis-controllo alimentare delle abbuffate funzionale a colmare il vuoto dell’inesistenza di Sé. Nel DAI il Corpo, fornendo un flusso incontrollato di sensorialità da iperalimentazione “tampona” il “vuoto alexitimico” del Sé *inesistente*.
- c) *la funzione anestetica/espulsiva delle emozioni e pulsioni del Sé*. Nella AN la devitalizzazione prodotta dalla restrizione nutrizionale determina la scomparsa delle emozioni vitali sostituita da una sensorialità anestetica della esperienza vitale. Nella BN il “tamponamento” delle emozioni avviene tramite l’iper-stimolazione sensoriale delle abbuffate e delle condotte di eliminazione (vomito, etc,...). Nel DAI il corpo elimina le emozioni inaffrontabili da parte del Sé *inesistente* attraverso l’impatto sensoriale anestetico della iperalimentazione.

Riporto a scopo esemplificativo, molto sinteticamente, un **Caso clinico**:

Franca, 45 anni, in analisi con lo scrivente da 4 anni è stata anoressica per molti anni. Una precedente psicoterapia le ha permesso una notevole riduzione delle condotte restrittive ma è rimasto in lei il quadro di un Sé *deficitario inesistente e svalutato*.

I primi anni di analisi l’atmosfera era quella di una persona “spersa nella nebbia”, piena di sensi di inadeguatezza e di colpa. La vita relazionale era ridotta ad incontri, in genere notturni, con uomini svalutanti, che esaurivano la relazione, dopo cena, con un “abbuffata sessuale”, che la faceva sentire, da un parte solo un oggetto di piacere, dall’ altra però anche una donna capace di attrarre un uomo, il cui apprezzamento produceva in lei un’elevazione del senso di valore di sé. Questo non era un sentimento durevole però perché solo per poco alleviava il suo enorme sentimento di negatività e difettosità di sé. Fin dalla primissima infanzia si era sentita considerata dal padre-“padre padrone” svalutante e maschilista, una “bambola carina ma stupida”. Dunque trucchi, abiti e specchi dovevano

essere il “mondo” in cui poter essere vista ed apprezzata. La madre, donna frustrata, tradita usualmente per anni dal marito, era violenta con lui e, anche lei svalutante verso la figlia. In analisi era stato chiarito il meccanismo di identificazione-proiettiva materno con cui la madre espelle i propri aspetti svalutati del “Sé femminile”. Dunque, nel progredire dell’analisi, l’orizzonte del “campo transgenerazionale” emergeva sempre con maggiore evidenza e diveniva sempre più chiaro che Franca era stata inconsciamente designata a ricoprire una figura svalutata femminile su cui riservare gli aspetti svalutati di entrambi i genitori e probabilmente anche dei due fratelli maschi, che ovviamente dovevano, in quella cultura maschilista e patriarcale, sfuggire alla svalutazione in una certa misura. In una certa misura, infatti, perchè l’assetto narcisistico e prepotente del padre implicava il fatto che tutti i familiari, inclusi i maschi dovessero essere sminuiti e denigrati. Tutta la famiglia è coinvolta nel lavoro di ristorazione di un frequentato ristorante “fuori porta” di Roma, di proprietà della famiglia. Franca, di fatto, nonostante il quadro negativo descritto, è di fatto la figura di riferimento nella gestione sia amministrativa che gastronomica (ed è in effetti una valente cuoca ed ancor più come pasticciera).

Tornando al passato, è abbastanza comprensibile che all’esordio dell’adolescenza, Franca sia entrata precocemente in una severa anoressia restrittiva che anestetizzasse le emozioni e sospendesse quella individuazione femminile che il “transgenerazionale familiare” non le poteva consentire. Aiuta a comprendere la gravità della psicopatologia familiare il fatto che, non solo nessun rispecchiamento positivo del cammino evolutivo femminile adolescenziale fosse avvenuto ma che nemmeno quello del suo evidente status di precarietà nutrizionale, né tantomeno psichica, da anoressia. Nessuna visita, nessun ricovero le è stato né consigliato né procurato dai familiari.

Sarebbe difficile comprendere l’evoluzione in seguito positiva dello stato anoressico, se non si considera il fatto che la paziente riporta, a più riprese nelle sedute, di aver sempre percepito l’esistenza in lei, fin dalla tenera età, di una sorta di “dissociazione protettiva” del Sé. La paziente descrive questo scenario in questo modo: “...*dottore io stavo malissimo...nessuno mi vedeva...io dovevo essere sempre la bambolina...io però sapevo che c’era in me un’altra me...io sapevo di essere molto intelligente e sensibile...io capivo tutto quello che succedeva in famiglia...per questo dovevo nascondere quella me vera...dovevo essere quello che si aspettavano...sapevo che era tutto finto...forse l’anoressia serviva a proteggermi...*”

E’ questa dotazione di un Sé paradossalmente “dissociato ma sano” che le ha permesso di fare una psicoterapia e cure mediche procuratesi da sola-che le hanno permesso un progressivo miglioramento dell’anoressia. Nel momento in cui mi contattò-la psicoterapia precedente le sembrava ormai aver concluso il suo ciclo-era a me risultato chiaro che ora cercava non più un lavoro sui sintomi alimentari ma sul funzionamento della sua personalità, appunto sul Disturbo deficitario del Sé, il Sé *inesistente*. Infatti il lavoro analitico ancora in corso è progredito proprio nella sua individuazione e dis-identificazione di/da aspetti di “falso sé compiacente/adattivo” e nel rispecchiamento ed integrazione di aspetti “dissociati” del “vero/potenziabile Sé”. La progressione a volte lenta e discontinua dell’analisi risiede nell’aspetto persecutorio, svalutante e sabotante del suo “Sé compiacente” adattivo al “campo familiare”, sorta di Super-Io persecutorio, che è tuttora operativo in lei anche in quanto tuttora vive e lavora quotidianamente in stretto contatto con la famiglia. Quanto al distacco concreto e l’attuazione di una sua indipendenza esistenziale, questa è la nostra sfida attuale.

Veniamo ora al *Corpo di Franca*. Mi sono reso conto nel tempo, seppur con fatica e confusione, che una vistosa asimmetria corporea, pur essendo una bella donna, era in lei presente e sorprendente: il capo era grande, quello di una adulta mentre tutto il resto, il busto, le braccia e le gambe corte era quello di una bambina non cresciuta: *metà donna, metà bambina*. Ecco che il corpo ci *rappresenta* la sua storia, quella di una bambina,

cresciuta solo in parte ad opera di una anoressia ha svolto il suo ruolo “de-nutrizionale”. L’*aspetto anestetico* si è sentito palpabilmente nell’atmosfera d’analisi e veniva da me a lei descritto come “stare in uno scenario del tutto nebbioso e irreali”. L’aspetto *accudente* del corpo anoressico-come già detto-è stato quello di nascondere e forse proteggere il sé potenzialmente sano a cui il **“campo familiare” non aveva dato-e tuttora non dà il diritto di esistere.**

### **La ricerca sul Selflessness nei DNA**

Studi della ricerca scientifica internazionale, trasversali e prospettici longitudinali, hanno dimostrato che alti livelli di Selflessness, Sé deficitario inesistente associato a comportamento compulsivo altruistico predicono lo sviluppo di DNA in campioni delle comunità, mentre invece bassi livelli ne predicono la remissione nel follow-up e costituiscono fattori protettivi nei confronti dello sviluppo di DNA nei gruppi a rischio (Ada, 2007).

La ricerca internazionale è diretta verso progetti (Geist, 1984; Geist, 1989; Goodsit, 1997; Hay et al., 2010; Hay et al., 1989; Zepfel et al., 2014) riguardanti l’efficacia delle psicoterapie psicodinamiche dei DNA, in particolare della Psicoanalisi/Psicologia del Sé. È da considerare che una sola teoria non può spiegare completamente fenomeni così complessi come i disturbi alimentari, in cui sono presenti fattori eziopatogenetici multifattoriali come le norme sociali e le variabili genetiche.

### **Conclusioni**

Il concetto di *Selflessness*, *Sé inesistente*, termine utilizzato dalla letteratura scientifica anglosassone indicante un disturbo del Sé in cui centrale è il deficit del suo diritto di esistenza e di sviluppo, è stato individuato quale fattore frequentemente associato ai DNA e significativamente predittivo della loro insorgenza ed anche rilevato e studiato dalla ricerca scientifica internazionale. Aspetti peculiari di tale disturbo de Sé sono: l’autosvalutazione ed auto-disistima, il deficit di attribuzione soggettiva, il senso di difettosità e negatività di sé. Nel lavoro si ipotizzano tre funzioni del Corpo nei confronti del Sé: *la funzione rappresentativa, la funzione accudente, la funzione anestetica/espulsiva delle emozioni e pulsioni del Sé.*

La proposta è che questi aspetti del corpo possano essere considerati oggetti di ricerca e di cura da parte della psicoanalisi contemporanea.

### **Bibliografia**

- Ada A., Zohar.H., Richard P., Ebstein, EytanBachar E. (2007), The Relationship between Selflessness Levels and the Severity of Anorexia Nervosa Symptomatology Rachel Bachner Melman<sup>1</sup>, *European Eating Disorders Review Eur. Eat. Disorders Rev.* (in press) *European Eating Disorders Review* · May 2007 doi:10.1002/erv.740.
- American Psychiatric Association (2021), Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders; American Psychiatric Association (2006) Treatment of patients with eating disorders, third edition. *Am J Psychiatry*, 163(7 Suppl): 4–54. PMID:16925191.
- Amianto F, Northoff G., Abbate-Daga G. A. Tasca G. (2016), Is Anorexia Nervosa a Disorder of the Self? A Psychological Approach. *Frontiers in Psychology* 7(e49956). DOI:10.3389/fpsyg.2016.00849.
- Barth, F. D. (1988), The treatment of bulimia from a self psychological perspective. *Clinical Social Work Journal*, 16,270-281.
- Berg KC. (2014), Comparing a 5-month trial of enhanced cognitive behavioural therapy to a 24-month trial of psychoanalytic psychotherapy for the treatment of bulimia nervosa. *Evid Based Mental Health*. doi:10.1136/eb-2014-101761.
- Bromberg P.M. (2009), *Destare il sognatore*, Cortina Milano.

- Bruch H (1973), *Eating disorders: obesity anorexia nervosa and the person within*. Basic Books, New York. (*Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*, traduzione di Lotte Dann Treves, Milano, Feltrinelli, 1977).
- Carter FA, Jordan J, McIntosh VV, Luty SE, McKenzie JM, Frampton CM et al (2011), The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 44:647–654. doi:10.1002/eat.20879.
- Damasio A. (2012), *Il Se' viene alla mente*, Adelphi, Milano.
- Di Luzio G (2010), Individuation of the self and eating disorders in adolescence, *Individuazione del Se' e Disturbi Alimentari in Adolescenza In Anoressia Adolescenza Adolescenza Gruppo*, a cura di R.Girelli e FN.Vasta. *Funzione Gamma*, 24, www.funzionegamma.it.
- Di Luzio G. (2015), Considerations on self-psychology and eating disorders, *Eat Weight Disord* (2015), 20:427–433 DOI 10.1007/s40519-015-0216-x.
- Di Luzio G,(2022), Considerazioni sull' approccio psicoanalitico ai disturbi della nutrizione e alimentazione. *Riv. Psicoanalisi*, LXVIII,4,doi/10.26364/RPSA20220681077
- Geist, R. (1984), Therapeutic dilemmas in the treatment of anorexia nervosa: A self psychological perspective. *Contemporary Psychotherapy Review*,2,115-142.
- Geist, R. (1989), Self Psychological reflections on the origin of eating disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*,17, 5-27.
- Goodsit A. (1997), *Eating Disorders: A Self-Psychological Perspective*, in Garner D.M., Garfinkel,P.E.(1997), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Hay PJ, de Claudino AM (2010), Evidence-based treatment for the eating disorders. In: *Agras WS Ed The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press, New York, pp 452–479. doi:10.1002/14651858.CD000562.pub2.
- Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P. (2009), Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev*.doi:10.1002 /14651858.CD000562.pub3
- Jules B, Herzog R, David B (1989), *Psychoanalysis and eating disorders*. Guilford Publication, New York.
- Jung C.G.(2010), *Il Libro Rosso*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Kohut. H. (1984), *La cura psicoanalitica*, tr. It.BollatiBorengieri, Torino 1986.
- NICE Guideline, 2004 (UK, National Institute for Clinical Excellence).
- Pallier L (1989) Il bambino mostruoso come minaccia all'integrità del Se'. *Rivista di Psicoanalisi*, Anno XXXV, N.4, 807–821.
- Pinus U, Canetti L, Bonne O, Bachar E. Selflessness as a predictor of remission from an eating disorder: 1-4 year outcomes from an adolescent day-care unit. *Eat Weight Disord* 2017, in press.
- Poulsen S, Lunn S, Daniel SI, Folke S, Mathiesen BB, Katznelson H, Fairburn CG (2014), randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Am Journal Psychiatry* 171:109–116. doi:10.1176/appi.ajp.2013.12121511.
- Sands, S. (1989), Female Development and Eating Disorders. A self psychological perspective. In A. Goldberg (Ed.) *Progress in Self Psychology Vol.5* (pp.75-104). New York: Analytic Press.
- Sands S-H (2003) 2003. The subjugation of the body in eating disorders: a particularly female solution psychoanalytic *Psychology*.20(1):103–116.doi:10.1037/0736-9735.20.1.103
- Schore A.N. (2003), *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Astrolabio, Roma,2008.
- Stein, K. F., and Corte, C. (2007), Identity impairment and the eating disorders: content

and organization of the self-concept in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eur. Eat. Disord. Rev.* 15, 58–69. doi: 10.1002/erv.726.

Thoma H. (1967), *Anorexia Nervosa*. International Universities Press, Madison.

Winnicott D.W. (1958), *Through paediatrics to psycho-analysis*. Tavistock Publication, London. Ed. It.: *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Martinelli, Firenze 1975.

Zipfel S., Wild B., Groß G., Friederich HC., Teufel M., Schellberg D., Giel KE, de Zwaan M., Dinkel A., Herpertz S., Burgmer M., Lo we B., Tagay S., von Wietersheim J., Zeeck A., Schade -Brit-tinger C., Schauenburg H., Herzog W. (2009), The ANTOP study: Focal psychodynamic psychotherapy, cognitive-behavioural therapy, and treatment-as-usual in out-patients with anorexia nervosa. *Trials* 2009;10:23. doi:10.1186/1745-6215-10-23. *Lancet*. 2014 Jan 11;383(9912):127-137

Zepfel S. (2014), Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial *Lancet* 2014; 383: 127–Published Online October 14, 2013. doi:10.1016/S0140-6736(13)61746-8.

### Note

1. Indicati di seguito con l'acronimo DNA. Per un approfondimento sui DNA vedi bibliografia (American Psychiatric Association 2021)
2. Nel corso della sua attività clinica come psichiatra del SSN (1978-2014), dal 2002 al 2014 dirigente della U.O. Disturbi del Comportamento Alimentare-ASL RME/RM1 e psicoanalista ordinario SPI/IPA, coordinatore del gruppo di studio sui Disturbi del Sé, dell' Immagine Corporea e della Nutrizione/Alimentazione del Centro di Psicoanalisi Romano.
3. Vedi bibliografia.
4. Secondo la concezione della *Teoria dei Sistemi* di Ludwig von Bertalanffy.
5. Termine usato dallo psicoanalista H. Searles.
6. Tale termine introdotto da Raymond Cahn descrive, nell' ambito del processo di "soggettivazione", la funzione del soggetto di *attribuire a sè* e *percepire come propri* aspetti psichici, abilità e talenti.
8. Vedi, circa il tema della "mostruosità", in bibliografia. L Pallier.

**GianCarlo Di Luzio** Psichiatra, psicoanalista ordinario SPI/IPA, Via Crescenzo 82 00193 Roma.

**Email:** giancarlo.diluzio1951@gmail.com

## **La somatizzazione in adolescenza**

*Elisa Casini*

**Abstract:** L'Autrice propone alcune riflessioni sui disturbi somatoformi in adolescenza. A partire dalla difficoltà adolescente di integrare i cambiamenti puberali, viene affrontata la questione complessa del rapporto corpo-mente nel funzionamento umano e la sua concettualizzazione in ambito psicoanalitico. Viene infine presentato un modello di intervento rivolto ai giovani che giungono in Pronto Soccorso a causa di sintomi somatoformi.

**Parole chiave:** adolescenza, psicoanalisi, corpo, somatizzazione, pronto soccorso

**Abstract:** The author offers some reflections on somatoform disorders in adolescence. Beginning with the adolescent difficulty of integrating pubertal changes, the complex issue of the body-mind relationship in human functioning and its conceptualization in psychoanalysis is addressed. Finally, an intervention model aimed at young people who come to the Emergency Room due to somatoform symptoms is presented.

**Key words:** adolescence, psychoanalysis, body, somatization, hospital emergency room

### **L'adolescente, il corpo e i suoi tradimenti**

È ormai noto che l'adolescenza cominci dalla pubertà e richieda una radicale riorganizzazione rappresentativa della nuova dimensione biologica e il rimaneggiamento dei suoi correlati psichici (Novelletto, 2009). Tuttavia lo statuto centrale del corpo continua a interrogare la psicoanalisi dell'adolescenza, proponendosi alla attenzione dei clinici con un'ampia fenomenologia sintomatologica.

L'irruzione puberale viene a costituirsi per l'adolescente come una seconda sfida che riattualizza, in *après coup*, la sfida primaria con cui la mente infantile ha dato ordine e significato all'esperienza sensoriale. Si tratta di un'acquisizione faticosa che pure, nella maggior parte dei casi, consente di dispiegare il "genio adolescente" (Gutton, 2009). Talvolta però il processo di mentalizzazione del nuovo corpo si arena, causando *empasse* conflittuali, stalli o chiusure premature dello sviluppo. I segnali somatici producono in questi casi sentimenti di estraneità, possono quindi manifestarsi vissuti dismorfofobici o forme psicopatologiche più gravi in cui il corpo, che sembra tradire l'adolescente, diviene l'oggetto dell'aggressione e del rifiuto: dall'anoressia all'autolesionismo, dal tentativo di suicidio alla somatizzazione (Carbone, a cura di, 2010).

Sarà oggetto di questo scritto proprio l'area della somatizzazione, ovvero tutti quei sintomi somatoformi (mal di pancia, mal di testa, crisi di panico...) che non presentano un riscontro medico obiettivo e che frequentemente incontriamo nella clinica dell'adolescenza. Talvolta questi giovani arrivano nei nostri studi dopo un lungo peregrinare tra varie consultazioni mediche, in altri casi i sintomi somatoformi compaiono dopo una fase di psicoterapia a segnalare un complesso lavoro di rimaneggiamento psichico che eccede la loro capacità rappresentativa.

### **La somatizzazione**

Il costrutto di somatizzazione definisce il meccanismo psichico con cui il disagio emotivo si manifesta sotto forma di sintomi e lamentele somatiche non adeguatamente spiegate da evidenze mediche-organiche (Trombini, Baldoni, 2001; Porcelli, 2009).

Nonostante questa concettualizzazione rappresenti il tentativo di coniugare le molteplici definizioni che nel tempo sono state fornite di questo costrutto (Marin, Carron, 2002), la somatizzazione costituisce tutt'oggi un ambito di studi tanto ampio e affascinante quanto

incerto e controverso. Tale complessità si radica nel tentativo di dare un nome a quello che Deutsch (1953) aveva definito “il misterioso salto dalla mente al corpo” ovvero come sia possibile che un’alterazione di una funzione somatica non trovi adeguata corrispondenza in modificazioni di natura biologica. In questi casi il corpo diventa il depositario di sensazioni e emozioni scisse, collassa in uno spazio che, dalla parte della mente, potremmo definire un altrove buio, ‘un fuori psiche’ (Cotrufo, 2008).

La somatizzazione interroga perciò la natura problematica del rapporto tra mente e corpo, questione tanto essenziale alla natura umana quanto intrinsecamente irrisolvibile. “Mentre l’animale è totalmente identificato con la sua presenza biologica, ed ha in essa - come il cerchio - il suo unico centro, l’esperienza umana si articola come l’ellisse attorno ai due centri del somatico e del mentale e il vissuto del corpo oscilla continuamente tra le due dimensioni della soggettività e dell’oggettività: *corpo che sono e corpo che ho* [...]” (Carbone a cura di, 2010, p.99).

Ambedue queste posizioni - essere e avere il proprio corpo - sono dunque possibili e sempre co-presenti nell’esperienza umana ma mai completamente e stabilmente integrate.

### **La “zona d’ombra” della psicoanalisi**

Anche nel pensiero psicoanalitico la questione del rapporto tra corpo e mente rappresenta un’area conflittuale e d’incertezza epistemologica.

A partire dalla nozione fondamentale di *pulsione* (Freud, 1915), intesa come concetto limite tra lo psichico e il somatico, Freud (1922) ha intuito quanto l’*Io* sia innanzitutto un’entità corporea, un “*Io-corpo*”. Tuttavia se da una parte auspicava un avanzamento nelle conoscenze che potesse aprire “nuove vie conducenti dalla biologia somatica e dalla chimica fisiologica alla fenomenologia delle nevrosi” (Freud, 1926, p.398), dall’altra temeva che tale progresso potesse danneggiare la psicoanalisi: “la biologia è veramente un campo dalle possibilità illimitate, dal quale ci dobbiamo attendere le più sorprendenti delucidazioni [...]. Forse queste risposte saranno tali da far crollare tutto l’artificioso edificio delle nostre ipotesi” (Freud, 1920, p.245). Perciò nel tracciare la deontologia professionale dello psicoanalista, Freud (1926, p.422) invitava gli analisti medici a resistere “alla tentazione di civettare con l’endocrinologia e col sistema nervoso autonomo quando si tratta invece di intendere i fatti psicologici mediante, appunto, rappresentazioni psicologiche”.

Il corpo, escluso dalla centralità dell’indagine psicoanalitica per ragioni epistemologiche, si collocava in una ‘zona d’ombra’ della teorizzazione freudiana ma vi ritornava - come ‘scheletro nell’armadio’ - in quanto fondamento dello psichico (Casini, 2022). In effetti il somatico, nella sua duplice ma coesistente accezione di corpo anatomico e impersonale (*Körper*) e di corpo rappresentato (*Leib*), abitato dalla pulsione e dal suo fantasma, traversa tutto il lavoro freudiano, operando anche la distinzione tra le nevrosi attuali, in cui il sintomo costituisce una traduzione della carica pulsionale nel corpo, e le psiconevrosi, delle quali l’isteria è l’esempio.

Proprio in questa distinzione si trovano *in fieri* i due principali modelli interpretativi della patologia somatoforme: le teorie secondo cui la sintomatologia ha un significato simbolico, secondo il modello della conversione isterica, e le teorie secondo cui invece la sintomatologia somatoforme è conseguente ad un’insufficiente elaborazione psichica dell’energia sessuale somatica (Taylor, 2003). Questo secondo riferimento eziopatogenetico sarà alla base delle concettualizzazioni che, a partire dalla Scuola Psicosomatica di Parigi, si svilupperanno poi negli studi sulla Alessitimia e sulla disregolazione affettiva.

### **Gli sviluppi post-freudiani**

Quando la psicoanalisi comincerà a interessarsi ai funzionamenti extra-nevrotici e all’infanzia il corpo uscirà dall’ombra recuperando tutta la sua centralità clinico-teorica.

Alcuni seguaci di Freud, tra cui Rank e Ferenczi (1924; 1927-28) e successivamente Balint (1952) cominciarono a porsi il problema di come adeguare la tecnica freudiana ai pazienti più sofferenti per raggiungere quelle aree della sofferenza mentale che si incarnano nelle fasi precoci dello sviluppo.

La psicoanalisi dell'infanzia ha poi contribuito in parallelo alla comprensione del processo con cui somatico e mentale, indistinti alla nascita, si differenziano e si strutturano gradualmente nella relazione madre-bambino. Tra tutti Winnicott (1949; 1970) individua nella corporeità il punto di partenza e sviluppo dell'Io. sono: "La psiche gradualmente viene a patti con il corpo, di modo che alla fine, in condizione di salute, si stabilisce una situazione in cui i confini del corpo sono anche i confini della psiche" (Winnicott, 1954-1967 [1988, p.89]). A favorire il legame mente-corpo è quindi la capacità della madre di sintonizzarsi affettivamente con il neonato consentendogli la progressiva mentalizzazione delle sue funzioni corporee e l'acquisizione della capacità di autoregolazione. Qualora invece la madre non sia sufficientemente empatica, il bambino interiorizza strategie di regolazione affettiva disfunzionali cui si associa una predisposizione ai disturbi di somatizzazione (Taylor et al., 1997).

Infine, dagli studi della psicologia dello sviluppo negli ultimi decenni si è giunti, passando per l'Infant Research, alle neuroscienze.

La letteratura psicoanalitica contemporanea sostiene che la somatizzazione sia conseguenza di un *deficit di elaborazione cognitiva e simbolica delle emozioni* (Fornaro, 2007; Porcelli, 2012). *Sentire e sapere di avere* un sentimento sono due condizioni profondamente diverse: l'emozione è un insieme di risposte biologiche, in parte osservabili anche dall'esterno, mentre il sentimento ne è la sua esperienza mentale privata (Damasio, 2003). È perciò possibile che un'emozione si compia nel corpo senza che il soggetto sia sufficientemente capace di mentalizzarla.

Emerge dunque una concezione complessa del funzionamento umano per cui è possibile ipotizzare una *processualità psicobiologica* insita nel nostro corpo che qualche volta avviene "in maniera fluida e tale che ci sentiamo in buona sintonia con esso, altre volte, invece, mediante sintomi che sono oscuri e disturbanti e ci riportano alla nostra scissione in livelli psicologici e biologici" (Schore 2003, p.93). Pertanto *la somatizzazione si rivela come difetto o disfunzione di un processo continuo d'integrazione somatopsichica*, implicito all'essere umano, e fondamento della auto regolazione psico biologica (Casini, 2015).

### **La somatizzazione in adolescenza: un progetto di prevenzione**

Se tale regolazione psicobiologica è necessaria per tutto il corso della vita, è certamente più complessa in adolescenza, quando il rischio di scissione tra il livello biologico e quello psicologico è maggiore a causa della metamorfosi puberale. La sintomatologia somatoforme manifestata da molti adolescenti esprime quindi la difficoltà a ricomporre un'adeguata articolazione somatopsichica. Le conoscenze acquisite nel lavoro clinico con gli adolescenti ci hanno spinto verso luoghi di intervento ai margini della cura tradizionale, per realizzare forme di prevenzione "attiva" (Carbone, 2009) che vadano incontro a quei giovani che non riescono a rappresentare il loro disagio e chiedere un appropriato aiuto psicologico. Da precedenti ricerche realizzate nell'ambito dell'incidentalità giovanile abbiamo infatti riscontrato l'alta frequenza con cui i giovani ricorrono ai servizi di Pronto Soccorso degli Ospedali, prevalentemente a causa di incidenti e sintomi somatoformi (Carbone, 2009; Casini, Ferrari *et al.*, 2020).

Da circa vent'anni il gruppo di lavoro di cui faccio parte, coordinato da Paola Carbone, ha quindi attivato lo "Sportello d'ascolto per i giovani" presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma, per offrire un colloquio psicologico a tutti i ragazzi che arrivano al Servizio d'Emergenza (1).

Il Pronto Soccorso è un luogo di veloce transito e la nostra metodologia si è adeguata alla sua struttura costruendo un intervento adatto ad affrontare la crisi (Carbone, 2005, 2009). Dopo molti anni di esperienza in questo contesto sanitario, condividiamo un utilizzo esteso della tecnica psicoanalitica per raggiungere una fascia più ampia di adolescenti. Riteniamo infatti che i ragazzi siano biologicamente predisposti ad utilizzare in modo fruttuoso incontri casuali e talvolta unici poiché la “fame di nuovi oggetti di investimento” (Blos, 1962) facilita l’incontro con l’Altro e soprattutto fa sì che esso divenga - nel bene e nel male - significativo.

Abbiamo raccontato la nostra esperienza in questo contesto sanitario (Carbone et al., 2015; Casini, Ferrari *et al.*, 2020) mostrando che un colloquio psicologico, in un momento di crisi, può aiutare questi ragazzi a riconoscere le difficoltà emotive-esistenziali che manifestano attraverso il corpo e prevenire la spirale di nuovi agiti e nuovi sintomi.

Queste esperienze ai margini della cura - nei luoghi in cui l’adolescente pone la sua richiesta di aiuto proprio attraverso il corpo - ci hanno permesso di osservare, con maggiore evidenza, le difficoltà del processo d’integrazione e regolazione somatopsichica che, posta a fondamento della salute umana, in adolescenza si esaspera a causa dei cambiamenti puberali (Casini, 2015).

Proprio a partire dall’ascolto dei segnali provenienti dal corpo è possibile per l’adolescente coltivare la capacità di ascoltare se stesso e le proprie emozioni laddove tale funzione della mente non si sia sufficientemente organizzata nelle fasi precoci della vita. Questa capacità autoriflessiva si pone a salvaguardia della processualità psico-biologica necessaria al mantenimento della condizione di salute.

## **Bibliografia**

- Balint M. (1952). *L’amore primario*. Rimini: Guaraldi, 1973.
- Blos, P. (1962), *On adolescence: A psychoanalytic interpretation*, Free Press, New York; trad. it. *L’adolescenza in una prospettiva psicoanalitica*, Franco Angeli, Milano, 1971.
- Carbone P. (2009), *Le ali di Icaro. Capire e prevenire gli incidenti dei giovani*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carbone P., a cura di, (2010), *L’adolescente prende corpo*. Roma: Il pensiero Scientifico Editore.
- Carbone P., Casini E., Ferrari A. (2015). I vantaggi del limite. *AeP-Adolescenza e Psicoanalisi*, vol. 1, pp.75-92.
- Casini E. (2015), *Somatizzazione e adolescenza*. Roma: Franco Angeli.
- Casini E., Ferrari A., Ballarotto G., Camoirano M., Messina G., (2020). Quando l’adolescente approda al Pronto Soccorso. *AeP-Adolescenza e Psicoanalisi*, vol.1.
- Casini E. (2022), La somatizzazione come paradigma della patologia adolescente. *Adolescenza e Psicoanalisi*, anno XVII, n.1, pp.133-42.
- Cotrufo P., a cura di, (2008). *Corpo e Psicoanalisi*. Roma: Borla.
- Damasio A. (2003), *Emozioni, sentimenti e cervello*. Milano: Adelphi.
- Deutsch F. (1959), *Il misterioso salto dalla mente al corpo*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Freud S. (1915). Pulsioni e loro destini. *Opere*, vol. VIII. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1922), L’Io e l’Es. *Opere*, vol. IX. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Freud S. (1926), Il problema dell’analisi condotta da non medici. *Opere*, vol. IX. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Fornaro F. (2007), Psicosomatica ieri e oggi. Indagine sull’eredità storica di Freud e Alexander alla luce dei nodi ricorrenti. *Psicoterapia e scienze umane*, XLI (3), pp. 315-44.
- Gutton P. (2009). *Il genio adolescente*. Roma: Magi Editore.
- Marin C., Carron R. (2002), Evolution historique du concept de somatisation. *Evol. Psychiatrie*, 67, pp. 506-515.

- Novelletto A. (2009). *L'adolescente, Una prospettiva psicoanalitica*. Roma: Astrolabio.
- Porcelli P. (2012), Sviluppi contemporanei della psicosomatica. *Psicoterapia e scienze umane*, 3, pp. 359-88.
- Porcelli P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Rank O., Ferenczi S. (1924). *The Development of Psychoanalysis*. New York e Washington: NNM Publishing Co, 1925.
- Schore A.N. (2003). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Roma: Astrolabio, 2010.
- Taylor G.J. (2003). Somatization and conversion: distinct or overlapping constructs. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31 (3), pp. 487-508.
- Trombini G., Baldoni F. (2001), *Disturbi psicosomatici. Come ristabilire l'equilibrio fra mente e corpo*. Bologna: Il Mulino.
- Winnicott D.W. (1949). *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.
- Winnicott D.W. (1954-1967 [1988]), *Natura umana*. Milano: Cortina, 1989.
- Winnicott D.W. (1970). *Esplorazioni psicoanalitiche*, Milano: Cortina, 1995.

#### Note

Il nostro gruppo, coordinato da Paola Carbone, ha operato continuativamente dal 2002 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma. L'intervento è stato sospeso nel 2021 a causa della pandemia Covid.

**Elisa Casini** è psicologa, psicoterapeuta, socia ordinaria ARPAd (Associazione Romana di Psicoterapia dell'Adolescente e del Giovane Adulto) e Dottore di Ricerca presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università Sapienza di Roma. Ha pubblicato numerosi articoli scientifici e la monografia *Somatizzazione in adolescenza* (2015) edita da Franco Angeli.

**Email:** casini\_elisa@yahoo.it

## **Gruppi con pazienti obese e iperfagiche**

*Giuliana Ziliotto*

### **Abstract**

Rifacendosi ad una prima esperienza di collaborazione all'interno di una azienda ospedaliera universitaria tra una struttura di dietetica e nutrizione e una di psicologia clinica, vengono presentate alcune riflessioni sulla diagnosi e sul trattamento in gruppo di pazienti sofferenti di obesità iperfagica con alle spalle esperienze di fallimenti e di recidive nella cura del sintomo.

Nell'evidenziare la peculiarità e al tempo stesso la complessità di tali pazienti, ben oltre le riduttive classificazioni nosografiche, vengono descritte le modalità di presa in carico attraverso un accurato iter psicodiagnostico, nonché la diversità delle dinamiche che tali pazienti attivano se inseriti in un gruppo terapeutico mono sintomatico o misto.

**Parole chiave:** obesità iperfagica, rorschach, gruppi omogenei, gruppi misti, sogni

### **Abstract**

Referring to a first experience of collaboration within a university hospital between a dietetic and nutrition structure and a clinical psychology structure, some reflections are presented on the diagnosis and group treatment of patients suffering from hyperphagic obesity with background experiences of failures and relapses in treating the symptom.

In highlighting the peculiarity and at the same time the complexity of these patients, well beyond the reductive nosographic classifications, the methods of taking charge are described through an accurate psychodiagnostic process, as well as the diversity of the dynamics that these patients activate if placed in a group mono-symptomatic or mixed therapeutic.

**Key words:** hyperphagic obesity, rorschach, homogeneous groups, mixed groups, dreams

### **Introduzione**

In questo intervento porto la mia esperienza maturata negli anni scorsi in una Struttura di Psicologia Clinica in una Azienda Ospedaliera Universitaria insieme alla Struttura di Dietetica e Nutrizione Clinica sulla diagnosi e il trattamento del paziente obeso-iperfagico.

E' la prima collaborazione tra i due Servizi rivolta a pazienti che, dopo aver sperimentato dimagrimenti anche notevoli, (20-30 kg), hanno manifestato resistenza alla terapia dietetica, al percorso psico-educazionale, con frequenti recidive, risalendo inesorabilmente al loro peso iniziale, spesso anzi oltrepassandolo, con fame emozionale e abbuffate compulsive: come se avessero potuto raggiungere anche con grande sforzo una realistica "normalizzazione" del peso in una sorta di "stato di apnea", senza aver acquisito un nuovo e permanente stile di vita. Del resto è noto che non è tanto la perdita di peso, quanto piuttosto il mantenimento del peso così normalizzato, a costituire una grande scommessa rispetto al rischio di cicliche modificazioni corporee a "fisarmonica".

Si tratta in molti casi di modificare uno stile di vita cronicizzato che rispecchia soprattutto una posizione psicologica, un modo di affrontare la vita, che ha radici nella profondità del proprio mondo interno, in un'area tra lo psichico e il somatico.

La collaborazione ha permesso di mettere meglio a fuoco alcune riflessioni sulle dinamiche interne delle persone sofferenti di obesità e sulla possibilità di trattamento in gruppo.

### **Obesità e diagnosi oltre i sistemi di classificazione nosografici**

Questa tipologia di pazienti, fa pensare a una specie di "scarto" diagnostico, una terra di nessuno, una costellazione difficilmente inquadrabile secondo i criteri vigenti. Il DMM IV

poteva chiamarla DCA NAS (Non Altrimenti Specificato). Ora può rientrare, ai sensi del DSM- 5, nella categoria del disturbo della nutrizione o dell'alimentazione con o senza altra specificazione.

Nell'utilizzare gli schemi di riferimento dati dai sistemi diagnostici oscilliamo sempre tra due necessità: trovare nell'altro per così dire "l'uguale", che riconduce il soggetto, a specifiche categorie, e trovare "il diverso", l'unicità, la sua specificità "pensieri veloci" e "pensieri lenti" (Kahneman, 2011). In questo caso specifico era chiaro ormai che non si potevano imboccare rapide scorciatoie: una diagnosi "livellante", riduttiva non permetteva di ipotizzare un possibile tipo di intervento "altro".

Occorreva, uscendo da un compito istituzionale basato su una certa razionalità anche "repressiva", (dieta, riduzione/eliminazione del sintomo), sviluppare maggiore apertura e creatività, avvicinarsi a un approccio psicologico diverso, ad un primo passaggio "dal tubo digerente al mentale", dal sentirsi, o sentirsi trattati (c'è sempre il rischio in queste situazioni della "profezia che si autodetermina") come "gasteropodi" riconoscersi e farsi riconoscere come soggetti pensanti: un modello sonda (Marinelli, 2019) per una nuova infusione di speranza e di fiducia?

Si trattava nella maggior parte dei casi di persone frustrate e disilluse che spesso si presentavano dicendo una frase tipica: *"non c'è niente da fare, io ingrasso anche con l'aria che respiro"*. Si sentivano, rispetto alla ruota del cambiamento (Prochaska e DiClemente, 2007) come criceti in gabbia su una ruota che illude di muoversi ma che non porta da nessuna parte.

Si è fatto tesoro, operando in questo ambito, non soltanto dell'ottica psicodinamica, delle conoscenze gruppali, ma anche delle esperienze precedenti maturate in un servizio per l'età evolutiva e della esperienza di infant- observation.

La passata esperienza nell'area adolescenziale ha fatto ipotizzare un approccio iniziale alla Senise, una consultazione circoscritta nel tempo, non un impossibile "apprendere dall'esperienza", ma "intorno a" con lo scopo di comprendere e definire meglio una situazione intrapsichica, avviare una relazione di rispecchiamento, ed ascolto, con l'intento di stimolare anche nelle persone una prima curiosità verso il proprio mondo interno.

Si è concordato, poiché l'invio diretto da un Servizio all'altro nella maggior parte dei casi falliva, una presenza dello psicologo presso il servizio di Dietologia, di circa un'ora alla settimana. Ciò permetteva un momento conoscitivo reciproco tra paziente e psicologo, primo screening attraverso il quale sondare le motivazioni dell'utente ad un approfondimento psico diagnostico.

Gli eventuali successivi incontri avvenivano, in un cambiamento di scenario e di setting presso la sede dell'Unità di Psicologia.

Il passaggio allo psicologo di formazione psicoanalitica- psicodinamica ha portato immediatamente ad un cambio importante di approccio: dalla focalizzazione sulla eliminazione del sintomo della iperfagia e della conseguente obesità, all' ascolto del sintomo visto a volte come unica spia, che apriva alla possibilità di una identità mancante, confusa o sofferente, testimonianza di relazioni primarie inadeguate e non soddisfacenti, spesso di elementi traumatici. (Bruch, 1977)

Sono questi passi non immediatamente di cura, ma di restituzione di un significato più ampio al disagio della persona, di una donazione di senso, con la speranza di consentire in questo modo anche processi di cura più adeguati, compresi e condivisi e forse meno episodici e frammentari.

### **Rorschach e obesità**

Seguendo il contributo della scuola francese ed in particolar modo di Anzieu, della Chabert (1987) e della Brelet (1986) sono stati utilizzati in modo complementare i test proiettivi Rorschach e TAT.

Già Anzieu (1965) aveva parlato del Rorschach come di una prova che, per la sua stessa struttura, caratterizzata dalla simmetria intorno ad un asse centrale, sollecita la proiezione dello schema corporeo e mette alla prova il sentimento di identità del soggetto.

Il TAT viene invece indicato per il suo costante riferimento alle differenze di sesso e di generazione come strumento privilegiato per lo studio sia della problematica edipica e dei conflitti identificatori sia della capacità di fantasmaticizzare e delle modalità di funzionamento narcisistico.

Da questo approccio è scaturita anche una ricerca che ha permesso di avvicinarsi maggiormente al mondo interno di questi pazienti.

Riporto ora sinteticamente i risultati ai test proiettivi di circa 80 utenti (con diagnosi di obesità di grado medio-alto, quasi tutte donne (2 soli uomini) di età compresa fra i 17 e i 55 anni con presenza in anamnesi di resistenza alla terapia dietetica con frequenti recidive, fame emozionale, abbuffate compulsive).

Al Rorschach l'ancoraggio al reale è sempre mantenuto.

La presenza di risposte globali semplici, pur sottendendo, se eccessiva, un atteggiamento difensivo, testimonia una capacità di differenziazione soggetto - oggetto, resa possibile dal riconoscimento di un oggetto totale e da una immagine corporea relativamente stabile. Le risposte ben secondarizzate in questi protocolli si alternano a risposte nelle quali prevale il processo primario. Vi è uno scarso utilizzo sia delle determinanti colore che chiaroscurali. Questo potrebbe interpretarsi come un tentativo di irrigidire le proprie barriere difensive. Tale tentativo tuttavia ugualmente non consente un buon controllo della propria vita emotiva. Non sempre infatti la percentuale di risposte di forma positiva risulta nella norma.

L'approccio alle tavole è spesso banalizzato, impreciso, orientato più al dettaglio che al globale.

Nell'insieme, ad un primo sguardo, questo tipo di pazienti parrebbero avere scarse capacità di mentalizzazione e quindi difficilmente approcciabili attraverso un intervento psicoterapeutico.

Un dato importante è il rapporto tra i movimenti umani e animali, che si presenta, in questo tipo di pazienti, "rovesciato" rispetto alla norma.

La determinante movimento animale esprime gli aspetti meno maturi, meno consci e meno accettabili. Si tratta spesso di impulsi che richiedono una gratificazione immediata raggiunta in questi pazienti soprattutto attraverso le abbuffate. Tali determinanti, tuttavia, potrebbero anche essere considerate, come sostiene la Chabert, capacità transitorie, non stabilizzate, ma comunque presenti di insight e di riconoscimento di stati affettivi particolari: possono essere comunque dei movimenti, degli slanci, che potrebbero costituire, allargando lo spiraglio del compromesso difensivo del paziente, un punto di partenza possibile nei colloqui di restituzione ed eventualmente terapeutici successivi.

Confuse paiono le identificazioni sessuali delle figure umane. Due sono le risposte date a questo proposito con maggior frequenza: "persone" o "personaggi" e "bambini".

Quasi assenti i contenuti ambigui o ibridi, pochi i rispecchiamenti.

Si è rivelato utile l'utilizzo della scala Barriera/Penetrazione ideata da Fischer e Cleveland (1958) (1). Si assiste spesso alla contemporanea presenza di entrambi gli indici. In alcune situazioni uno dei due prevale nettamente (di solito, anche se non sempre il punteggio penetrazione) in altre situazioni invece nessun indice ha un punteggio nettamente superiore all'altro.

Accenno ora brevemente ai risultati del TAT.

Le storie raccontate, scarse, stereotipate, banalizzate sono molto leggibili, ma rappresentano frequentemente una descrizione della tavola.

Si trovano in questi protocolli, per rifarci alla tipologia della Shentoub (1990), alcuni elementi che si iscrivono al registro della rigidità, quali insistenza sul fittizio con riferimenti soprattutto a film, storie costruite intorno a temi banali, allontanamento

spazio-temporali, isolamento degli elementi o dei personaggi. Sono molti inoltre gli elementi che si ascrivono al registro della inibizione (latenze iniziali lunghe, anonimato dei personaggi, ancoraggio al contenuto manifesto, più che latente, della tavola), ma soprattutto che, in tale registro, fanno riferimento all'area narcisistica: molti riferimenti personali e autobiografici (soprattutto alla tavola bianca, quando lo strenuo ancoraggio alla realtà concreta ed oggettiva non può essere compiuto troviamo un uso dell'affetto-titolo, storie immobilizzate in un quadro, sovrainvestimento dell'attività sensoriale (accentuazione delle sensazioni di caldo freddo, colori).

Sono particolarmente le tavole a contenuto edipico a richiamare l'attenzione. La rappresentazione della problematica edipica infatti pare poco strutturata, l'espressione di invidia e rivalità è abbastanza evitata.

Tale modalità - come nota la Brelet - indica una capacità di internalizzare molto fragile e una perdita di piacere nel giocare con le rappresentazioni.

L'impressione in sintesi, dunque, è che questi soggetti, con scarsa capacità di fantasmizzazione, come abbiamo visto, abbiano raggiunto un loro assetto narcisistico che tuttavia è assai fragile rispetto alle tensioni interne ed esterne, talvolta accostati alla problematica edipica, ma senza averla superata, e nemmeno molte volte affrontata.

I colloqui di restituzione dei risultati psicodiagnostici si sono rivelati utili particolarmente: avere una sorta di "mappatura" del funzionamento psichico, ma anche una narrazione, con alcune immagini, metafore, che restano bene in mente ha aiutato le persone ad accostarsi, incuriosirsi anche solo cognitivamente, a determinati punti o diciamo così aree psicologiche sia di criticità sia di potenzialità, di risorse costruttive, evolutive e trasformative. Un vero Sè in attesa? (Winnicott, 1970; Neri, 2021)

### **Alcune riflessioni a riguardo**

Come la respirazione l'alimentazione è una funzione essenziale per la sopravvivenza, ma a differenza della prima è intensamente influenzata dall'aspetto relazionale. Entra in gioco da subito la relazione materna, e anche, naturalmente, in qualche modo la cultura di appartenenza della diade madre-figlio e della famiglia in generale. Pensiamo a certe frasi che spesso si sentono: "*Se fai il bravo poi ti prendo il gelato*" o "*Mangia altrimenti non vedi i cartoni animati o non ti dò il tablet*", come se il mangiare fosse una attività che deve essere contrabbandata con un altro prodotto commerciale.

Spesso in consultazione ritorna una frase ricorrente da parte delle madri per esprimere la preoccupazione verso i propri figli: "*non mi mangia*": una testimonianza di un estremo coinvolgimento. "Non mi mangia": come se il bambino dovesse mangiare per l'altro? Come se ci fosse nel genitore un vissuto di fusionalità che annulla separazione e differenza fra sé e il figlio. Il cibo allora sembra diventare anello di congiunzione fra fantasie di individuazione e di fusionalità.

Anche le esperienze di Infant-Observation evidenziano come il momento del pasto non sia soltanto una questione di nutrimento, ma sia un'area di scambi privilegiati in cui la mancanza di rêverie materna, un eccesso di ansia o un fraintendimento dei bisogni possono portare nel bambino disagi che, data la precocità con cui iniziano, finiscono per incistarsi nell'area del corpo e del sensoriale. Vien da pensare all'articolo sull'osservazione del comportamento dei bambini nel primo anno di vita, articolo in cui la Klein (1952) analizza alcuni 'stili alimentari' di lattanti e sottolinea come le madri possano già fin da questo stadio di sviluppo ridurre o accrescere le angosce persecutorie o depressive dei propri figli, rendendo inefficace la funzione dell' Io-Pelle (Anzieu, 1987) in formazione o in alcuni casi portare alla ricerca di un guscio contenitore sostitutivo ( la seconda pelle della Bick 1968).

Interessanti a questo proposito sono i disegni dei bambini in terapia prima dell'epoca di latenza, 3-4 anni, relativi al particolare momento in cui processi primari e secondari si intrecciano. Balconi e Giannini (1987) hanno cercato nei segni, negli scarabocchi, nei tratti

grafici, nelle componenti cinetiche e visive, nelle rappresentazioni, di cogliere i vissuti sensoriali, emotivi, le dinamiche del primo rapporto con l'oggetto, le immagini primarie fissate nell'inconscio e inscritte nel disegno, tentando di ricostruire i passaggi dalle sensazioni alle emozioni, al pensiero. Balconi in particolare approfondendo lo strutturarsi del rapporto con l'oggetto primario ha descritto la dinamica dell'allattamento del lattante al seno: dapprima a occhi socchiusi, con impegno esclusivo di bocca-capezzolo, quasi fosse un tutt'uno, poi lo sguardo rivolto a sé, infine l'aggancio il viso materno e il gioco del "lascio e riprendo" il capezzolo. Scrive ancora Balconi, nelle sue fantasie sull'autismo, *"Il bambino di fronte a una madre-seno che non risponde ai suoi desideri, che non sa fantasticare con lui e che viene meno alla sua funzione di contenitore, si ritrae maturando un rapporto "reale" solo con il capezzolo. Il capezzolo senza il seno perde le sue capacità di trasmettitore di bontà e di emozioni. Il seno senza capezzolo perde la sua capacità di offrirsi."*

Una dinamica simile, per certi versi, può avvenire in alcune situazioni di obesità. Se la sofferenza può nascere solo nel momento in cui l'oggetto totale può essere pensato, l'obesità iperfagica può essere vista come un tentativo 'psicosomatico' di venire a capo del dolore mentale, con il cibo che diviene il sostituto d'oggetto. L'inconveniente di questa soluzione è dato dal fatto che si deve ripetere all'infinito (Mc Dougall, 1989). Non c'è necessità dunque di espellere l'oggetto come nel vomito bulimico: l'oggetto incorporato non è metabolizzato, è avidamente distrutto e deve essere continuamente ritrovato. Attraverso l'incorporazione continua del cibo che lo rappresenta si placa anche il senso di colpa per l'oggetto distrutto.

Anche le esperienze del presente che rievocano arcaici vissuti di perdita, possono determinare attacchi alla dispensa anche furibondi che, in un difetto nella formazione del simbolo, equivalgono al riattualizzarsi di una relazione primaria simbiotica con il seno. L'incorporazione è legata al bisogno di rafforzare un Io, che come abbiamo visto appare dotato di un equipaggiamento narcisistico vulnerabile. Il tutto avviene in un'area di sensorialità che è un'area intermedia, né interna né esterna.

Non c'è possibilità di apprendere dall'esperienza e l'esperienza somatica non può trasformarsi in qualcosa di mentale. Il grasso è, da alcuni vissuto dunque come una sorta di seconda pelle: viene tollerato il suo assottigliarsi fino ad un certo limite oltre il quale è sperimentata una rottura che facilmente riporta a ristabilire la omeostasi precedente. In altri casi il grasso è meno egosintonico, ma è la sensazione di pienezza e sazietà ad essere gratificante.

Se la bocca fornisce la prima esperienza di un contatto differenziante, di una incorporazione, la replezione fornisce al lattante l'esperienza più diffusa più duratura di una massa centrale, di un pieno, di un centro di gravità, esperienza che alcune tecniche di rilassamento (Schulz) rievocano.

Appare dunque come l'obesità iperfagica può essere un sintomo difensivo di una problematica primaria abbastanza estesa.

### **Il trattamento in gruppo**

Non tutti hanno proseguito oltre l'approfondimento psicodiagnostico: alcuni per scarse motivazioni, altri perché difficilmente avviabili ad un processo psicoterapeutico, altri invece hanno preferito mettersi ancora alla prova riservandosi di interpellarci in caso di insuccesso, fatto poi verificatosi in alcuni casi. Si è deciso di indirizzare molte di queste pazienti (si tratta solo di donne) a una terapia di gruppo. Sono stati avviati così due tipologie di gruppi terapeutici, a frequenza settimanale, non a termine, aperti, composti ciascuno da 6-8 persone, tutte donne, di età compresa tra i 30 e i 60 anni. Nel primo gruppo monosintomatico sono presenti solo pazienti con obesità iperfagica, nel secondo gruppo, misto, ne sono presenti almeno 2 unitamente a pazienti con altre problematiche. La scelta della composizione dei due gruppi, come succede nell'istituzione, è stata in parte

casuale, soprattutto per problemi di orario. Va tuttavia detto che alcune pazienti hanno accettato il gruppo proprio perché costituito da soggetti con il medesimo problema di peso eccessivo.

Vi è dunque in entrambi i gruppi una omogeneità di genere e in uno dei due gruppi anche di sintomo.

Pur tenendo presente che vi sono dinamiche specifiche nei gruppi femminili (ex la Cultura della intercambiabilità Cantarella, 2012) (2) vorrei ora accennare soprattutto ad alcune differenze di funzionamento e di tematiche comparse nei due gruppi.

### **Il gruppo monosintomatico**

Il gruppo monosintomatico appare fin da subito un gruppo con un pensiero sopito, non utilizzato. I collegamenti avvenuti nei colloqui individuali di restituzione sembrano essersi dissolti. I messaggi, all'interno del gruppo, sono banali, superficiali. La condivisione, il rispecchiamento, l'omogeneità paiono attenuare il senso di isolamento che tutte le partecipanti, in misura diversa, hanno affermato di provare, ma, rafforzando le difese al pensare, sfociano in un totale appiattimento.

Prevalgono la ricerca della dieta miracolosa (ricerca che sarà riaggiornata a tutti i nuovi ingressi), lo scambio di ricette culinarie dietetiche.

In questa specie di illusione gruppale di essere tutte insieme, senza rivalità e differenze, tutte fisicamente simili e con gli stessi bisogni infantili non riconosciuti come tali, noia e frenesia sono le emozioni maggiormente evocate: una sorta di nirvana difensivo, necessario ma anche autodistruttivo.

Assenti, in questa prima lunga fase, sono i sogni. La mancanza dello spazio mentale porta alla valorizzazione della alimentazione e questo non viene percepito dal gruppo, nonostante siano avvenute precedentemente le restituzioni individuali, come un problema psichico.

Il gruppo insomma si presenta come un grande tubo digerente che ingloba senza nutrire, poco collegato al pensiero, ma che attraverso la socialità sincretica permette la nascita di un primo spazio mentale condiviso.

L'appiattimento ha una ricaduta anche nelle fantasie della terapeuta che, estromessa e spinta nel controcampo (Marinelli, 2004) come diversa, un outsider, evoca nella sua mente da una parte l'immagine dei neonati con quelle fasciature strette, protettive ma bloccanti, utilizzate un tempo, ma di tanto in tanto, quasi come in un moto oppositivo, l'immagine di un cavallo più imbizzarrito che scalpitante. Sono questi i movimenti animali emersi al Rorschach presenti ma non ancora pensabili? Un primo accenno ad una spinta più vitale?

Le tematiche edipiche non accennano a comparire nei temi del gruppo.

E se la scena delle dinamiche familiari è il tavolo da pranzo imbandito, tutti i giochi di individuazione, appena abbozzati, sono messi proprio sul cibo.

Un figlio di 5 anni, inappetente, viene vissuto con grande apprensione da un membro del gruppo. Tutto il gruppo le fa da coro, tranne una, che, in associazione, rievoca rabbiosamente il suo non poter mai dire di no alla madre sulla alimentazione, madre che, spaventata ancora dalla carestia dell'ultima guerra, le diceva: *“ma lo sai che è un insulto a chi muore di fame se non mangi? Fai la brava, mangia”*. La possibilità di individuazione si affaccia come desiderio, ma il gruppo è ancora molto lontano dal riconoscerlo e dal metabolizzarlo.

C'è chi si abbuffa se il figlio porta a casa da scuola una nota o litiga con un amico, chi perché la domenica sul divano leggendo un giallo, non sa che altro fare, chi perché nervosa per i troppi impegni. Il tutto equivale, come in una equazione simbolica, al riattualizzarsi di una relazione primaria simbiotica con il seno, una illusoria completezza, ma sospesi sull'orlo del vuoto in cui si teme sempre di cadere. È questa un'esperienza che non si apre alla mentalizzazione e quindi non suscettibile di rappresentazione simbolica contrariamente a quanto avviene in altre condizioni patologiche (nelle fantasie isteriche

particolarmente in cui la separazione dal seno, vissuta come privazione del capezzolo nella bocca, spinge alla ricerca di un pene (paterno) come sostituto-rappresentante del capezzolo perduto. In questo caso verrebbe di più da pensare ad un “tenere un capezzolo” che deve però essere “appiccicato” a un sostitutivo sensoriale illusorio del seno.

Poi compare (finalmente) il primo sogno *“sono in un palazzo nuovo, ho il gatto sul balcone e soldi in cassaforte, ma non ci sono porte. Vado sulle scale dei vicini che sono vestiti in abiti da sera, ...cose lucide tipo sfilate di moda, importabili. Io invece indosso un pigiamone di felpa del nonno che con il tempo è diventato alla pescatora. Chiedo aiuto, mi fanno accompagnare da un bel giovane in boxer rossi. Ma non era quello che volevo”*.

Il sogno non viene molto raccolto dal gruppo, anzi per la verità viene ignorato. C'è chi torna a parlare degli effetti miracolosi del Prozac, stando ai racconti di una amica che lo ha provato e chi delle descrizioni di sedute spiritiche fatte da una collega, sedute in cui non si evocano fantasmi, ma che magicamente emanano tranquillità e pace. Quasi tutte lavorano sull'ipotesi che al cibo si possa sostituire un altro controllo esterno, sempre attutente, ma qualcuna inizia ad aprirsi al mondo interno, a riconoscerlo e a mostrarlo al gruppo.

È la prima rappresentazione di uno spazio interno: chiusa in una felpa-fasciatura di antiche origini, in una casa svuotata, con un “inaccessibile di valore” murato, ma esistente e gli aspetti pregenitali -gatto isolati in un seno- balcone. C'è un muro ancora impenetrabile per raggiungere quel “qualcosa”, non ancora pensabile e rappresentabile, che potrebbe rendere altri aspetti della vita più desiderabili e meno squalificati. Il sogno tuttavia apre un varco. A lungo si presentifica nel gruppo quello che si era evidenziato nel Rorschach, l'oscillazione tra i punteggi barriera e penetrazione di Cleveland, tra torpore e mondo interno.

Nei mesi successivi infatti i “tappi difensivi” saltano di colpo ed è come se il “cavallo imbizzarrito” si presentasse in una parte del gruppo. Emergono le emergenze individuali in due persone che in alcune situazioni devono sdraiarsi perché si sentono male dopo essere state coinvolte da alcuni problemi portati da altre, c'è chi progetta capodanni fiabeschi, chi inizia a manifestare il proprio malcontento, chi si regala vestiti. Il tutto certamente ancora a livello concreto. Pare in questo momento come il gruppo dei 7 nani, dove ognuno è portatore di un aspetto. (C'è chi continua a “dormire” imbozzolato come Pisolo, chi brontola, chi chiede dipendenza senza crescere come Cucciolo). Sembra il gruppo prepubere come è stato descritto da Meltzer (1978 pag 66): *“ogni individuo nel gruppo gioca un ruolo particolare e per riuscire a fare un vero essere umano bisognerebbe mettere insieme tutti i ruoli...è quindi un gruppo che ha come funzione principale quella di evitare la sofferenza e che funziona in modo particolare. Non appena l'individuo manifesta una certa sofferenza “slitta via”. Il gruppo funziona in modo da evitare tutta la sofferenza, mettendola nel gruppo dell'altro sesso”*.

I primi bisogni portati nel gruppo con una intensità distruttiva, paiono però pericolosi: compare improvvisamente il rischio di separarsi e di far saltare i rapporti amicali e familiari.

È narrato un nuovo sogno di gruppo sempre della paziente del primo sogno: *“un Uomo Ragno che arrampicandosi un po' ovunque al bisogno cerca di salvare vittime e arginare chi vuole ammazzare o fare stragi.”* Vi è una proiezione dei bisogni sul gruppo e sulla terapeuta, ora più “dentro” nel campo: una richiesta di un contenitore onnipotente delle emergenze, degli impulsi che stanno uscendo di tipo quasi un po' prepsicotiche. Sembra che ora il gruppo abbia un po' la funzione “seno-gabinetto” (Meltzer, 1992) dove l'oggetto è utilizzato come oggetto parziale, ma non preso in considerazione se non come funzione di liberazione dai propri malesseri.

L'uomo ragno certamente è colui che cerca di fermare gli aspetti imbizzarriti, ma la ragnatela è ancora qualcosa di immobilizzante. E in associazione con i disegni infantili precedentemente citati, le ragnatele sono 2, una per mano, e possono ricordare anche delle immagini “seniche” trattenenti ma svuotate (da morsi e avidità?).

Sembra presente un bisogno di essere rassicurate su quello su cui stanno lavorando ridando loro una immagine di portatrici non tanto di aspetti patologici, quanto di aspetti infantili ancora difficili da gestire. Lo sviluppo delle introiezioni che porterà a vivere la successiva fase, quella del seno non onnipotente e onnipotente, ma nutritivo, premessa per la conquista dell'oggetto totale, è ancora lontano.

Il gruppo è molto meno sopito, c'è spesso una atmosfera di confronto, con una attenzione ad evitare che questo si trasformi in conflitto. Vi sono costanti oscillazioni a lungo tra emergenze e pulsionalità che paiono, quando sopraggiungono, catastrofiche. Si inizia comunque a parlare dei propri problemi relazionali e vi è a questo punto un primo riconoscimento della terapia come oggetto significativo, un bisogno di gratificare la terapeuta per sentirsi a loro volta riconosciute come "amabili": un riconoscimento reciproco. *"Per me la terapia è diventata come il cioccolato"* dice qualcuna, e il gruppo in una occasione della festività natalizia porta dei fiori alla terapeuta. Siamo forse a un primo aggancio al viso con il materno a cui accennava Balconi? Sembra una nuova rivisitazione del campo gruppale nella quale pare a tratti di trovare qualcosa di quel conflitto estetico ipotizzato da Meltzer (1988). Guardare il viso fa incontrare con la bellezza, ma anche con l'elemento tragico della enigmaticità.

Nel gruppo verranno portati spesso in modo confuso e indifferenziato questi temi, in una esteriorizzazione di oggetti interni. Compare un progetto di limitare la gratificazione della alimentazione. Una paziente *sogna di chiudere il suo vecchio negozio di alimentari. È tuttavia un vendere senza mai finire.*

C'è ora chi inizia a perdere peso e chi sta cercando di sostenere figlia e marito affinché riescano a disintossicarsi da droga e alcool.

Gradualmente la scena del gruppo viene polarizzata per molte sedute dal racconto di due componenti che frequentavano già da prima della terapia un gruppo di auto-mutuo-aiuto che poi decideranno di lasciare. Compare così sulla scena l'avidità distruttiva. Riportano che una donna di quel gruppo, seguita dalla Psichiatria rovescia nel gruppo tutti i bisogni insieme, senza regole, senza lasciar parlare nessun altro e la conduttrice la zittisce. Commentano nel hic et nunc: *"Allora questi bisogni enormi non si possono proprio portare"*. Questo sarà per molto tempo il tema centrale del gruppo, un tema che sarà riportato e ripreso negli anni con regolarità, particolarmente a ogni nuovo inserimento. "Ripulire" dalla avidità distruttiva salvando la legittimità del bisogno, non alleandosi con le onnipotenti modalità di soddisfazione che distruggono il seno-madre-terapia rappresenterà un percorso lungo, faticoso e mai concluso fino in fondo.

*"Qualcuno mi dice -alla fine non ti hanno buttata in un cassonetto, eppure dovevi essere stata una bambina difficile-. Allora i miei genitori non avevano colpa? allora la colpa era solo mia? Ma il genitore è sempre innocente?"* Difficile consapevolizzarsi della propria aggressività per evitare intensi sentimenti di colpa. Per un momento, tra assopimenti e emergenze, l'aggressività prende la via del capro espiatorio.

Una componente del gruppo porta un aspetto di crescita esibizionistico, un po' come una bambina "salita sulla sedia" per esser più grande, una bambina che agisce malamente la sua autonomia, arrivando a una rappresentazione di un Sè forte attraverso un apprendimento ancora per identificazione proiettiva. E il risultato sembra una copiatura, una imitazione abbastanza meccanica, senza coinvolgimento, con una fantasia sottostante onnipotente di essere "penetrante" nella conoscenza dell'altro, nel "sapere" della terapia, al riparo da invidie e frustrazioni. Il gruppo si fa compatto contro questa persona e desidererebbe liberarsene. È la terapeuta a sostenere nel mantenimento del campo anche questa parte: se le modalità non sono adeguate la motivazione alla crescita e il bisogno di primeggiare va salvato, legittimando, dando una donazione di senso senza usare le ragnatele dell'uomo ragno. Il gruppo comunque sta lavorando: si mangia, si vomita, si sputa, si riprende a mangiare. Vi è un buon ritmo.

Impossibile riportare anni di lavoro di questo gruppo, ma ritengo importante dare una visione d'insieme in quanto può essere utile per riflessioni sulla terminabilità di questo gruppo. Porterò pertanto soprattutto dei sogni che sono stati particolarmente significativi. Si tratta di sogni che pian piano evidenziano l'aggressività, la relazione con l'oggetto primario fragile, la separazione individuazione molto complicata, i bisogni fusionali attrattivi e intrappolanti sempre in agguato.

*“ogni notte sogno di espellere tantissima cacca.*

*“c'è una piattaforma petrolifera che sta affondando nel mare. L'elicottero salva qualcuno, non me. Io vado con altre in una specie di fiore metallico che si richiude e siamo molto stretti dentro. Non si sa se l'elicottero arriverà ancora a salvarci.”*

*“Mia figlia è in una cassa da morto, come imbozzolata. Io sono accucciata vicino e aspetto che si riprenda poi torno a recuperare qualcosa con il figlio. Ma mi trovo la strada interrotta. Manca un ponte o una scala. Mio figlio cerca di saltare passando per primo, ma si fa male, cade ed è sanguinante. Vado a raccogliarlo, sono preoccupata. Non è morto però”. È ancora difficile esprimere i bisogni regressivi, ma tuttavia, anche se mancano ancora collegamenti e connessioni, gli spazi interni sembrano allargarsi e per lo meno compare una desiderabilità di ampliamento.*

*“Sogno che i miei due figli muoiono in un incidente in un'auto di grossa cilindrata guidata da una zingara”. La zingara fa pensare alla relazione materna infantile traumatica che ha distrutto, condizionandola, l'infanzia e la sua possibilità di esprimere i bisogni, fagocitandoli attraverso il sintomo (la stessa paziente sogna di mangiare un cucciolo di foca)*

Si ritrovano molte visioni non ancora integrate ma il gruppo permette di esprimere contemporaneamente tutti gli aspetti della scissione.

Nel gruppo iniziano anche degli avvicinamenti a una relazione con il materno più sul versante depressivo. *“C'è una madre hippy che è sotto i ponti, sgaruppata con i suoi bambini. Io mi sento di esserle vicina: è una madre”. C'è un primo momento di commozione in tutto il gruppo. Iniziano a comparire nei sogni anche i mariti. Riporto altri due sogni a mio parere indicativi.*

*“C'è il mio vecchio negozio che ha 2 piani e io sono con mio marito in una stanza sopra. Lui vorrebbe avere un rapporto, ma io non me la sento di farlo sopra perché c'è il figlio, allora scendiamo, ma arrivano i ladri ed il marito è aggredito, io cerco di difenderlo, ma lui si fa male e deve essere portato via con l'ambulanza”. “Sono in una specie di tavolata con tanti invitati, c'è anche la mia bambina. Devono arrivare altri, anche mio marito, ma non arrivano mai. È tardi, la bambina ha fame, io finisco per darle da mangiare”. Non siamo ancora all'Edipo, il marito è ancora una parte di loro, la parte più evoluta che ha bisogno di relazione e sessualità. Ma resta molto marcata la loro tendenza ad assopire i bisogni adulti come soluzione alla conflittualità. È difficile cambiare la loro ipotesi di fondo: o il bambino o l'adulto. Sullo sfondo compare una convinzione che pare inelaborabile in una componente: il suo senso di colpa e di fallimento per il fatto che il figlio di ben 27 anni ha scelto di rendersi indipendente e di uscir di casa. Lo ha fatto – sostiene – perché lei non è una buona madre. Autonomia e dipendenza sono ancora una volta in contrapposizione. Non ci sono sfumature, non si possono modulare a seconda delle situazioni, ma continua a prevalere la legge del tutto o niente, il paradigma dell'*aut-aut* e mai dell'*et-et*.*

Le persone perdono peso, fanno progressi, ma vi sono continue oscillazioni tra regressioni e progressioni. Il bambino è in parte recuperato, ma in un'area di concretezza e non è ancora tenuto nella mente, non è ancora integrato con gli aspetti adulti e rischia così di perdersi. Lo studio dei testi di Bion, ripreso anche da Anzieu (1990 pag. 65) ha evidenziato l'importanza del contenitore psichico e della sua relazione con il contenuto, distinguendo la funzione contenente dalla funzione contenitore. Il contenente propriamente detto, stabile si offre come un ricettacolo passivo al deposito delle sensazioni, immagini,

emozioni del bambino che sono così neutralizzate senza essere distrutte. La sua funzione è più para-eccitativa. Il contenitore, invece, corrisponde a un aspetto più attivo, a ciò che Bion ha chiamato rêverie materna, all'identificazione proiettiva, all'esercizio della funzione alfa, che restituisce al bambino una rappresentazione elaborata e trasformata di sensazioni, immagini, emozioni rese in questo modo rappresentabili, tollerabili, utilizzabili per costruire i pensieri. La sua funzione è nell'ordine della superficie d'iscrizione. La carenza della funzione contenitrice dell'Io porta a una eccitazione pulsionale diffusa, non ben localizzabile che, come scrive Anzieu, produce una topografia psichica costituita da un nucleo senza guscio, con una conseguente ricerca di un guscio sostitutivo.

Queste pazienti sembrano non scaricare direttamente sul proprio corpo come i veri psicosomatici, ma utilizzare il proprio corpo come un contenente (ricettacolo passivo) e non un contenitore, sembrano utilizzare nello stesso modo il gruppo. Il lavoro terapeutico deve essere centrato su questi aspetti, sul creare lentamente nel gruppo e nella mente delle persone, una struttura per "accogliere", elaborare le interpretazioni, che devono essere molto semplici, espresse quasi in un linguaggio concreto, non troppo dissimile dalla loro realtà psichica, per evitare che il rischio della individuazione e personalizzazione li porti a un ritiro fusionale, statico, narcisistico che ricorra a cibo e noia come cerotto delle proprie vulnerabilità e non a pensieri parlabili.

### **Il gruppo misto**

Accennerò solo ad alcune dinamiche del gruppo misto con inserimento di almeno due pazienti con obesità iperfagica. Questo gruppo presenta maggiori capacità di rappresentazione e di mentalizzazione. Compare da subito sulla scena il sogno. Si evidenziano sempre di più le oscillazioni tra la dinamica orale – regressiva e quella edipica, di cui sono portatori soprattutto i soggetti senza problematiche del comportamento alimentare e sembra farsi strada nel gruppo una maggiore consapevolezza del sintomo come "tappo" al bisogno.

A differenza del gruppo precedente, monosintomatico, portatore di bisogni non ancora riconosciuti, in questo gruppo c'è invece la rappresentazione di una conflittualità. In particolare si evidenzia così sempre più, nelle sedute, il conflitto tra colpa e narcisismo.

Il lavoro terapeutico sarà centrato sul dar senso e voce al desiderio, che spesso è ancora a livello fisico, tentando lentamente di portarlo in alcuni casi dal somatico al mentale. Nelle sedute si alternano due temi nel gruppo. Il primo esprime la paralisi tra il bisogno e la sua soddisfazione, il secondo esprime un iniziale riconoscimento dei propri bisogni più regressivi.

Chi porta il primo tema sente l'emergere delle pulsioni come persecutorio. Non si parla più soltanto di bisogni primari, ma anche di esigenze di autonomie, di accoppiamento, di buona intesa sessuale. Ma alcune sentono dentro di loro questi bisogni in competizione e, non ancora capaci di trovare soluzioni efficaci al conflitto, utilizzano come unica difesa per far fronte a queste nuove esigenze, il restringimento dei propri spazi mentali. Tra il restringimento dei propri spazi mentali c'è anche la soluzione dell'iperfagia, ma è una delle tante.

Compaiono così in gruppo tutta una serie di sogni di questo tipo: *"C'è un drago che sta inseguendo qualcosa in una specie di galleria luminosa. Io mi trovo tra il drago e quella cosa. Scappo perché ora il drago insegue me"*.

Oppure: *"Sono in un clima medioevale, c'è una natura con fuochi e presenze nere che mi inseguono e io mi rifugio in un castello. Scendo sempre più giù nella scala a chiocciola, fino a quando lo spazio si restringe e io sono immobilizzata."*

Il medioevo, i draghi, i fuochi, le pulsioni sembrano avere un effetto devastante, attivando le presenze nere dei sensi di colpa. La difesa è il castello, regressiva, un ambiente illusoriamente protettivo che in realtà immobilizza nel sintomo ipocondriaco. Chi porta il secondo tema, sembra avviarsi a riconoscere i bisogni più regressivi. Una paziente obesa,

per esempio, porta questo sogno: *“avevo una bambina piccolissima con un’anca rotta. La fascio e la avvolgo in una coperta calda per portarla in ospedale.”*

Compare qui un aspetto infantile che può essere riconosciuto, tenuto e fatto curare da un ospedale - terapia, perché la soluzione trovata fino ad ora dalla paziente è stata solo quella di fasciare questo aspetto sofferente di sé con il calore del grasso, un po' appunto come una seconda pelle alla Bick.

Il filo conduttore del gruppo diventa ora la ricerca di soluzioni più adeguate all'emergere dei bisogni, ma la ripresa della strada evolutiva è desiderata e temuta. Chi ha una ripresa di ansia, chi ritorna momentaneamente al sintomo, chi spegne i bisogni nel mangiare. Il sintomo però non è più negato, le difese non lo zittiscono e i sogni spesso permettono di dargli un senso.

Viene portato un sogno: *c'era una coppia brutta, due persone che avevano una bocca enorme, quasi da ippopotamo, e mangiavano bambini: dalla bocca tiravano fuori bambini che poi rientravano (bianchi e neri) e a lato del fossato c'era una serie di bambini morti”*.

Il gruppo lavora sugli aspetti infantili, in un passaggio dal sintomo al bambino, e si avvia verso la ricerca del proprio sé ed il processo terapeutico permette di recuperare parti di sé nascoste. Vengono portati sogni di scoperciamenti di casse da morto, di ritrovamenti di cadaveri.

Ciascuna paziente prova a riprendersi carico dei propri aspetti mortificati e a livello simbolico il significato della morte è spesso quello di trasformazione.

Sono certamente sogni conflittuali, ma non c'è più l'immobilizzazione, né il restringimento della mente. Il gruppo pare anzi mobilitare le menti delle pazienti che sembrano trovare ora una nuova energia.

Concludo con il sogno di una paziente:

*“Sto per partire per una crociera di piacere. Quando vado al molo la nave si sta staccando ed ha mollato gli ormeggi. Cerco di salire aggrappandomi a un'asta di metallo, ma ricado malamente sul molo. Qualcuno mi dice che se ho perso la crociera mi saranno restituiti i soldi, ma non è quello che mi interessa”*. La nave -gruppo, staccandosi dalle posizioni difensive precedenti parte, così come è ormai avviato nel gruppo il processo terapeutico, che al contempo si desidera e si teme. C'è ancora qualcosa di inibito che deve essere elaborato.

Ma la nave va e il desiderio ora, comunque, è di partire per questa crociera.

## **Conclusioni**

Il gruppo terapeutico per pazienti con queste problematiche ha rappresentato certamente, rispetto alla terapia individuale, una scelta pratica: tutti conosciamo infatti le difficoltà ad offrire spazi terapeutici adeguati alla richiesta in un servizio pubblico che, come tale, dovrebbe dare le stesse possibilità di cura a tutti gli utenti. Il gruppo tuttavia, ha rappresentato anche una scelta metodologica. Lo scenario gruppale, più dinamico, individuato già ai tempi di Lewin (ricerca sul cambiamento delle abitudini alimentari) come luogo dove poter esprimere le proprie perplessità e possibili trasformazioni, esplicitando in questo modo anche l'immaginario sottostante, rende possibile l'utilizzo “amplificato” della relazione, del rispecchiamento e della auto rappresentazione. La staticità e la tendenza all'inglobamento di questi pazienti si verificano indubbiamente anche nel gruppo, ma essendo esse più “giocate” e in qualche modo più agite, possono maggiormente evidenziarsi, premessa questa necessaria a una possibile elaborazione.

Il gruppo permette di esprimere contemporaneamente più posizioni, avanzate, intermedie e regressive, permettendo al terapeuta di presentificarle nella mente e contenerle. Se c'è qualcuno che si “imbozzola”, c'è qualcuno che “sale sulla sedia” e qualcuno che viene “fagocitato nel fiore metallico”. Un ripetersi di posizione a volte ripetitive, ma capaci di andare sempre più in profondità (e nessuno può continuare a negare l'altra parte che

compare sulla scena portata da un altro componente del gruppo) con un movimento a spirale.

Inoltre, fattore a mio parere non trascurabile, il gruppo consente al terapeuta di mantenere una migliore disponibilità mentale, presupposto indispensabile ad un trattamento, evitando di essere assorbito in un sentimento contro transferale di noia e immobilismo, spesso suscitato dall'assetto difensivo di questo tipo di pazienti. All'interno del gruppo "misto", pur come si è detto con uguale identità di genere, la differenza di sintomi ha già inserito un elemento di triangolazione e di differenziazione, consentendo a questo scenario grupppale di affacciarsi anche a tematiche edipiche con maggiore rapidità e offrendo modelli più evoluti. Questa tipologia di gruppo offrirebbe dunque dei vantaggi, ma potrebbe presentare anche delle controindicazioni.

Trattandosi infatti, come si è evidenziato, di persone con un funzionamento anche adattivo in certi ambiti della vita, il rischio è che non vi sia un autentico inserimento nel lavoro grupppale. Questo potrebbe verificarsi attraverso abbandoni del gruppo, ma anche attraverso "fughe in avanti", con una apparente partecipazione al lavoro di gruppo, ma con apprendimenti non stabili di tipo adesivo, imitativo per identificazione proiettiva, invece che un apprendere dall'esperienza in senso bioniano. Vi è a mio parere una necessità di lavorare a fondo e nel tempo con queste pazienti che ritornano in modo oscillante e spesso circolatorio sulle problematiche orali, di fusionalità (che sostiene, come si è detto, una equazione simbolica piuttosto che una simbolizzazione) per stabilizzare i risultati del progetto terapeutico.

Esprimo per questo dubbi sul lavoro a termine. Questa esperienza di gruppo è durata dieci anni e si è conclusa per un cambiamento istituzionale, non per una scelta terapeutica. Proprio il non aver stabilito un termine ha permesso a questo gruppo di passare da un gruppo esclusivamente "monosintomatico" stretto a un gruppo omogeneo con un lavoro maggiormente consapevole rispetto alle irrigidite dinamiche interne sottese. Tuttavia un gruppo a termine con questo tipo di problematiche rischia di non mettere in crisi l'assetto difensivo e di non far decollare il vero e proprio processo terapeutico che richiede molto tempo. Inoltre il gruppo aperto permette di mantenere a disposizione una matrice del gruppo fondamentale per lo svolgersi del processo, ma come penso di aver potuto mostrare, estremamente rallentato nell'avvio. L'intervento medico-dietologico e quello psicoterapeutico sono stati svolti in maniera completamente autonoma, nel reciproco rispetto delle competenze. Lo psicologo non ha mai considerato il calo di peso come livello di successo, ma ha cercato di promuovere un intervento terapeutico finalizzato al raggiungimento di una identità più stabile attraverso una presa di coscienza delle angosce e una lenta e graduale trasformazione dei meccanismi di difesa. In generale questa ha prodotto, se non un importante dimagrimento, una maggior stabilizzazione del peso. I tempi dell'intervento psicologico e dietologico non sono sovrapponibili. Nella maggior parte dei casi abbiamo invece assistito ad una più o meno temporanea rinuncia dell'utente alla dieta, per una specie di interessamento al funzionamento del proprio mondo interno. Il dietologo ha un po' avuto il ruolo del padre nei primi tempi di vita del bambino, un terzo che supporta e incoraggia la relazione terapeutica "stando indietro". Vien da pensare alla paranoia primaria di Fornari (1981). (3)

Tutti gli operatori che si occupano di queste problematiche devono fare i conti con il fallimento o perlomeno con i tempi molto lunghi degli interventi, che spesso si accostano al versante della interminabilità. Forse per questo nel tempo si sta consolidando un nuovo intervento medico nell'ambito delle obesità, la chirurgia bariatrica che aprirà nuovi interrogativi, dovendo necessariamente tener conto proprio del funzionamento psichico di questi pazienti.

## **Bibliografia**

- Aliprandi M., Pelanda E., Senise T. (2014), *Psicoterapia breve di individuazione*. Milano: Feltrinelli.
- Anzieu D. (1976), *Le group et l'incoscient*. Paris Bordas Tr. It *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla 1986.
- Anzieu D. (1965), *Les Methodes projectives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Anzieu D. (1985), *Le Moi-peau* Tr. It *L'Io pelle*, Roma, Borla, 1987.
- Anzieu D. (1990), *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Tr. It. *L'epidermide nomade e la pelle psichica*. Milano: Cortina 1992.
- Balconi M, Giannini G. (1987), *Il disegno e la psicoanalisi infantile*. Milano: Cortina.
- Bick E. (1968), The experience of the Skin in Early Object Relation. *Int Jour Psychoanalysis* vol 49. L'esperienza della pelle nelle prime relazioni.
- Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
- Brelet F. (1986), *Le TAT. Fantasme et situation projective*. Paris: Dunod, Tr. It. *Il T.A.T. Fantasma e situazione proiettiva*. Milano: Cortina 1994.
- Bruch H. (1973), *Eating Disorders, Obesity, Anorexia nervosa and the person within*. Tr. It. *Patologia del comportamento alimentare*, 1977. Milano: Feltrinelli.
- Cantarella G. (2012), *Donne nei gruppi terapeutici*. Milano: FrancoAngeli.
- Chabert C. (1987), *La psychopalogie à l'épreuve du Rorschach*. Paris: Bordas. Tr It *Psicopatologia e Rorschach*, 1993. Milano: Cortina.
- Corbella, S. (2003), *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Cortina.
- Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (2004), cura di, *Gruppi omogenei*. Roma: Borla.
- Corbella S. (2014), *Liberi Legami*. Roma: Borla.
- Fishers. E Cleveland S. (1958), *Body Image and Personality*, New York: Ed. Nostrand.
- Fornari, F. (1981), *Il codice vivente*. Torino: Bollati Boringhieri, 2001.
- Grinberg L. (1983), *Psicoanalisi. Aspetti teorici e clinici*. Torino: Loescher.
- Kaës R. (1996), *La parola e il legame, processi associativi nei gruppi*, Borla: Roma.
- Klein, M., (1948), *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Tr.It. *Scritti*. Torino: Boringhieri 1978.
- Kahneman D. (2012), *Pensieri lenti e veloci* *Pensieri lenti e veloci*, Milano: Mondadori.
- Lewin K. (1972), *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Bologna: il Mulino.
- Marinelli S. (2019), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Roma: Borla.
- Mc Dougall J. (1989), *Teaters of Body*. London: Free Association Books, Tr. It. *Teatri del corpo*. Milano: Cortina, 1990.
- Meltzer D. (1978), Teoria psicoanalitica dell'adolescenza. In *Quaderni di psicoterapia infantile*, N 1. Roma: Borla.
- Meltzer D. (1992), *The Claustrium. An investigation of Claustrophobic phenomena*. Tr. it *Claustrium. Uno studio dei fenomeni claustrofobici*. Milano: Cortina, 1993.
- Meltzer D., Harris M. (1983), *Child, Family and Community: a psycho-analytical model of the learning process*. Tr. It *Il ruolo educativo della famiglia (un modello psicoanalitico dei processi di apprendimento)*, 1986, Torino: Centro Scientifico Torinese.
- Meltzer D. (1988), The Apprehension of beauty. The role of aesthetic conflict in development, art and violence Tr. It *Amore e Timore della bellezza in Quaderni di Psicoterapia infantile* 20 (1988). Roma, Borla.
- Neri C. (1995), *Gruppo*. Roma: Borla.
- Neri C. (2021), *Il gruppo come cura* Milano: Cortina.
- Passi Tognazzo D. (1977), *Il metodo Rorschach*. Firenze: Giunti Barbera.
- Recalcati M., Zuccardi Merli U. (2006), *Anoressia, bulimia e obesità*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Schultz, J.H., J.H. (1999), *Training Autogeno. Vol I Esercizi inferiori*. Milano: Feltrinelli.
- Winnicott DW. (1970), Individuazione Tr.it. in *Esplorazioni Psicoanalitiche*, 1995. Milano: Cortina.

Ziliotto G. (a cura di) (2011), *Il lavoro di gruppo: una risorsa per le istituzioni*. Vercelli: Ed. Mercurio.

### Note

1. La scala è basata sul presupposto che il modo di percepire i confini di quanto interpretato al test di Rorschach rispecchi il modo di percepire i propri confini corporei e più in generale i confini della propria identità (confini tra mondo interno ed esterno).
2. Per intercambiabilità non si intende una indistinzione, ma la possibilità di condividere tra donne una comune situazione emotiva in modo non conflittuale.
3. Nella teorizzazione di Fornari la funzione paterna, separante e simbolizzante, al momento della nascita si fa carico della violenza originaria insita nel parto, bonificando così la relazione madre bambino.

### Giuliana Ziliotto

Lauree in Filosofia e in Psicologia. Attualmente libera professionista con studio privato in Novara, Psicoterapeuta individuale e di gruppo. Presidente APG. Docente presso le scuole COIRAG E AREA G. Già Dirigente Neuropsichiatria infantile e Psicologia Clinica Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità-Novara, Docente in area psicologica lauree Università Piemonte Orientale, Supervisore degli Educatori Servizi territoriali per minori. Consulente tecnico del Giudice. Relatrice a numerosi convegni nazionali e internazionali. Fra i libri ha curato il volume *Il lavoro di gruppo: una risorsa per le istituzioni*. Mercurio Vercelli 2011 e ha contribuito a *La responsabilità giuridica per atti di bullismo*, e *Cyberbullismo e nuove forme di devianza* (a cura di A. Pennetta) Giappichelli Torino 2014 e 2019, *Intrecci e Attraversamenti Sfide per il futuro. Riflessioni a partire dai disvelamenti della pandemia* AAVV. Psicologi inDivenire, Ed Mercurio Vercelli 2021

**Email:** z.g@libero.it

## **L'omosessualità maschile nella prima adolescenza, ricerca dell'identità e rapporto col proprio corpo**

*Fabrizio Rocchetto*

### **Abstract**

L'obiettivo di questo lavoro è portare l'attenzione su un possibile problema relativo al rapporto con il proprio corpo nei ragazzi – maschi –, che si sentono omosessuali nel periodo dello sviluppo in cui frequentano la scuola media inferiore. L'omosessualità non è una patologia ma di fatto in una paese come l'Italia essere omosessuali comporta ancora il rischio di sentirsi discriminati. L'autore attraverso riferimenti clinici evidenzia come le fantasie e i desideri di vivere una sessualità omosessuale possa generare negli adolescenti maschi sentimenti di rifiuto del proprio corpo a causa del conflitto tra il proprio orientamento sessuale e la discriminazione che si può ricevere da parte dell'ambiente.

**Parole chiave:** omosessualità, maschio, adolescenza, discriminazione, corpo

## **Male homosexuality in early adolescence, the search for identity, and the relationship with one's own body**

### **Abstract**

The aim of this paper is to draw attention to a possible issue related to the relationship with one's own body in adolescent boys who identify themselves as homosexual during the first period of their adolescence. Homosexuality is not a pathology, but in a country like Italy, being homosexual still carries the risk of feeling discriminated against. The author, through clinical references, highlights how fantasies and desires related to experiencing a homosexual sexuality can generate feelings of self-rejection in adolescent males due to the conflict between their sexual orientation and the discrimination they may face from their environment.

**Key words:** homosexuality, male, adolescence, discrimination, body

Attraverso questo lavoro, desidero portare l'attenzione su un possibile problema relativo al rapporto con il proprio corpo nei ragazzi – maschi, l'omosessualità femminile incontra risonanze ambientali e personali differenti – che si sentono omosessuali nel periodo dello sviluppo in cui frequentano la scuola media inferiore. È la fase della crescita in cui si consolida la fine dell'infanzia, si avvia lo sviluppo ormonale sessuale, si costruiscono le basi dell'identità adulta. La fantasia, il dubbio, la certezza, il timore, la curiosità di poter essere omosessuale possono essere sostenuti in un pre-adolescente o in un adolescente dall'influenza di Internet e degli stimoli che offre, che non possono essere arginati. La diffusione di messaggi, contenuti e immagini del web è ormai fuori controllo così come non è contenibile la possibilità degli adolescenti – e non solo loro – di accedervi anche quando vengono messi dei “blocchi” digitali, facilmente aggirabili con un po' di competenza informatica. Forse è anche un bene perché convoca ad una politica di educazione, consapevolezza e responsabilità. Sarebbe utile incrementare nelle scuole i punti di ascolto psicologico per accogliere il loro disagio, svolgere programmi di informazione sulla sessualità, fornire appoggio alle/agli adolescenti e soprattutto ai genitori e ai familiari, disorientati in questo periodo storico sui temi dell'identità e della relazione col proprio corpo a volte come e più degli adolescenti.

Il rapporto tra affetti e corpo è “storicamente” complesso e rimane ancora di difficile comprensione anche se gli sviluppi di discipline come la neuro-psicoanalisi (Kandel, 2007; Panksepp et al. 2012; Solms, 2016; Spagnolo et al., 2021), stanno fornendo importanti

contributi. Sappiamo come alcune aree corporee svolgono fondamentali funzioni dal punto di vista evolutivo come l'acquisizione del controllo sfinterico, uretrale e anale. Il retto e l'ano non svolgono una funzione sessuale primaria ma possono divenire fondamentali nella sessualità etero e omosessuale. Nel 1908 Freud evidenzia rispetto al periodo dell'infanzia, il rapporto tra il comportamento e “[...] una certa funzione corporea e dell'organo che vi è interessato” (Freud, 1908, posizione Kindle 42300). Specifica che “Non saprei oggi dire in quali specifiche occasioni sorse a poco a poco in me l'impressione che tra quel carattere e il comportamento di quest'organo sussista una connessione organica”. (Freud, ibid.). Il riferimento è la descrizione di tre caratteristiche “ordinate, parsimoniose, ostinate” (Freud, ibid., 42304) che farebbero riferimento ad una “accentuazione erogena più che mai viva della zona anale” (ibid.). Al di là dell'analità, il tema rilevante e ancora attuale sollevato da Freud riguarda il rapporto tra il corpo e i vissuti emotivi. Freud già nel 1891 aveva evidenziato che “I processi fisiologici non cessano dove cominciano quelli psichici” (Freud, 1891, p. 441) mentre nel 1938 sottolinea che “Chiamiamo pulsioni le forze che supponiamo star dietro le tensioni dovute ai bisogni. Esse rappresentano le richieste corporee avanzate alla vita psichica” (Freud, 1938, p. 575). È evidente quindi e ampiamente discusso dalla letteratura il rapporto tra processi fisici e psichici, il ruolo del “corporeo” nell'affettività, superando una scissione culturale tra mente e corpo che la psicosomatica prima e le neuroscienze oggi hanno e stanno affrontando. In questa prospettiva, l'esperienza – nel bambino, nell'adolescente e nell'adulto – del rapporto col proprio corpo è parte della più complessa esperienza evolutiva emotiva/affettiva soggettiva. Il rapporto col proprio corpo nell'infanzia è mediato dall'accudimento e dalle cure o dalle “discurie” dei genitori, transita nell'adolescenza attraverso il potenziale consolidamento delle competenze di auto-gestione – saper prendere cura di sé – che dovrebbe condurre all'autonomia. La cura e l'igiene personale passano quindi da un livello di fisiologica “passività” – il bambino piccolo non è in grado da un punto di vista motorio di occuparsi di sé, utilizza il pannolino che gli viene cambiato dagli adulti – ad uno di “auto-gestione” che si concretizza prima nella capacità di evacuare nel vasino e successivamente di provvedere alla propria igiene personale autonomamente. Il controllo sfinterico rappresenta quindi una acquisizione fondamentale in termini di autonomia e capacità di “individuarsi” e un elemento rilevante nell'anamnesi. Sappiamo come enuresi e ancora peggio encopresi, siano due sintomatologie “rognose” da un punto di vista psicoterapeutico per la difficoltà a risolvere la sintomatologia rapidamente, soprattutto quando si presentino diurne. L'analità ha inoltre certamente risentito di stereotipi culturali e fraintendimenti. In questo alcuni psicoanalisti hanno evidenziato la patologizzazione della sessualità anale (Abelove, 1985; Argentieri, 2010; Bassi et al., 2000; Flanders et al. 2018, Gesué, 2015; Isay, 1989; Pozzi et al., 2006) mentre altri hanno più o meno esplicitamente sostenuto l'equazione negativa omosessuale=invertito purtroppo evidenziata anche in un testo pregevole come l' “Enciclopedia della Psicoanalisi” – pubblicata in Francia nel 1967 – dove alla voce “perversione” gli autori scrivono “Si dice che vi è perversione: quando l'orgasmo è ottenuto con altri oggetti sessuali (omosessualità, pedofilia, contatti con gli animali ecc.) o con altre zone corporee (coito anale, per esempio)”. (Laplanche, Pontalis, 1967, p. 378).

Con l'ingresso in pubertà (Bloss, 1962; Novelletto, 2009), avvengono cambiamenti importanti a livello fisico e psichico “[...] cambiamenti che debbono condurre la vita sessuale infantile alla sua definitiva strutturazione normale” (Freud, 1905, posizione kindle 35060). Inoltre, come evidenzia Nicolò citando Freud, l' “Io è innanzitutto un'entità corporea” (Nicolò, 2021, 77) e il processo di crescita non può essere scisso in fisico e psicologico. I concetti di pubertà e pubertario (Gutton, 1991) sono concetti chiave per mettere a fuoco l'ingresso in adolescenza. “Philippe Gutton attribuisce notevole importanza al periodo puberale e afferma che “la parola pubertà sta al corpo come la parola pubertario sta alla psiche”. Cioè con la pubertà inizia il lavoro psichico per

*integrare lo sviluppo corporeo. Gutton scrive che mentre il bambino è passivo, tenero e sedotto, nella scena pubertaria diventa attivo, potenzialmente seduttore, fonte di passione. La concretezza del pubertario è il momento della separazione e della distinzione. Il pubertario rappresenta la messa a dura prova del funzionamento dell'Io che in questo momento deve tener conto contemporaneamente di tutte le necessità della realtà interna e di tutte le necessità concrete della realtà esterna, ovvero quello che Freud chiama l'assunzione del principio di realtà articolato con il principio di piacere". (Galeota, SPIedia).*

Se un adolescente maschio eterosessuale desidera ricevere aiuti di tipo sessuologico, "facilmente" trattandosi di eterosessualità, ne potrebbe parlare in famiglia. Nella mia esperienza clinica ho incontrato ragazze che hanno avuto il primo rapporto sessuale completo, eterosessuale e "consenziente" a 12 anni e maschi a 13 in un clima tra "fiaba e realtà" ma comunque "culturalmente" concesso. Ovviamente con i genitori ignari o parzialmente "informati". Giulia 13 anni: *"mamma ha capito che ho scopato. L'ho capito da come mi ha guardato!"*. Anche se sul tema del piacere-affetto-sessualità emergono vissuti nebulosi. Lucia sedici anni: *"sesso? Sì, ho scopato per la prima volta 6 mesi fa. Il piacere? L'orgasmo? Boh..."* Pietro diciannove anni: *"Ho una paura a fare sesso con la mia ragazza! Lei non lo sa che sono inesperto. Ho paura che non mi funzioni! Ma con chi ne parlo se non qui?"* Ancora meno semplice è se un ragazzo ha curiosità o desidera avere rapporti sessuali omosessuali, in particolare essere penetrato e vivere una sessualità anale. Luigi 15 anni: *"Luca me lo vuole mettere dentro io vorrei ma a me fa male! Anche se solo ci prova, non so come fare, a me non piace. Sono disposto a fargli un pompino ma proprio non mi va"*. Trovo fuorviante e fautore di stereotipi definire il rapporto anale "passivo", una preoccupazione presente in alcuni genitori di figli maschi omosessuali per i quali è "peggio" se il figlio "lo prende" rispetto a "metterlo". "Passivo" – *bottom* nello slang inglese – viene utilizzato per indicare se si è "recettivi" mentre "attivo" – *top* nello slang inglese - se si è "insertivi" (Eleuteri et al., 2008). Si può parlare del piacere di essere penetrati e/o di penetrare lasciando la questione attività/passività su altri livelli emotivi e non funzionali organici. Sull'omosessualità – in particolare maschile – in Italia sono presenti forti stereotipi che generano discriminazione che non sarà semplice risolvere. I dati che seguono sono i principali risultati della rilevazione condotta dall'Istat e UNAR (ufficio nazionale anti discriminazioni razziali) nel biennio 2020-2021 (che è stato anche un periodo particolare per via del covid) sulle discriminazioni lavorative nei confronti delle persone LGBT+ :

*"Sono oltre 20 mila, [...], le persone in unione civile o già in unione che vivono in Italia e dichiarano un orientamento omosessuale o bisessuale. [...] Tra quanti dichiarano un orientamento omosessuale o bisessuale [...] il 26% dichiara che il proprio orientamento ha rappresentato uno svantaggio nel corso della propria vita lavorativa in almeno uno dei tre ambiti considerati (carriera e crescita professionale, riconoscimento e apprezzamento, reddito e retribuzione).*

*[...] Tuttavia, il 40,3% riferisce, in relazione all'attuale (per gli occupati) o ultimo lavoro svolto (per gli ex-occupati), di aver evitato di parlare della vita privata per tenere nascosto il proprio orientamento sessuale (41,5% tra le donne, 39,7% tra gli uomini). Una persona su cinque afferma di aver evitato di frequentare persone dell'ambiente lavorativo nel tempo libero per non rischiare di rivelare il proprio orientamento sessuale.*

*[...] Relativamente alle discriminazioni subite e ascrivibili a una pluralità di caratteristiche (es. origini straniere, condizione di salute, convinzioni religiose o idee politiche, genere, orientamento sessuale etc.), una persona su tre, tra le persone omosessuali e bisessuali in unione civile o già in unione che vivono in Italia, dichiara di aver subito almeno un evento di discriminazione mentre cercava lavoro. Circa una persona su cinque, occupata o ex-occupata in Italia, afferma di aver vissuto almeno un*

*evento di clima ostile o aggressione nel proprio ambiente di lavoro. Con riferimento ai soli dipendenti o ex-dipendenti, il 34,5% riferisce di aver subito almeno un evento di discriminazione, tra quelli rilevati, durante lo svolgimento del proprio lavoro (attuale per i dipendenti, ultimo lavoro svolto per gli ex-dipendenti).*

*[...] Quasi una persona omosessuale o bisessuale su due (46,9%) dichiara di aver subito almeno un evento di discriminazione a scuola/università.*

*[...] Oltre il 68,2% ha dichiarato che è capitato di evitare di tenere per mano in pubblico un partner dello stesso sesso per paura di essere aggredito, minacciato o molestato. Il 52,7% di esprimere il proprio orientamento sessuale per paura di essere aggredito, minacciato o molestato.*

*Con riferimento agli ultimi tre anni, l'incidenza di chi ha affermato di aver subito minacce, per motivi legati all'orientamento sessuale, escludendo episodi avvenuti in ambito lavorativo, è pari al 3,9%; le aggressioni di tipo violento vengono segnalate invece dal 3,1%. Le offese legate all'orientamento sessuale ricevute via web sono riportate dal 13% delle persone omosessuali e bisessuali in unione civile o già in unione che vivono in Italia. (Fonte ISTAT, <https://www.istat.it/it/archivio/268470> )”.*

Questi dati allarmanti che si riferiscono al mondo adulto possono aiutare a comprendere come il clima sociale e la cultura influiscano sul senso di benessere nel rapporto con la propria identità e il proprio orientamento sessuale. In questo conteso socio-culturale – per non parlare delle caratteristiche specifiche di ogni famiglia di appartenenza – con quale serenità un adolescente, nella prima adolescenza, può vivere il desiderio di una relazione sessuale omosessuale? Quanto il desiderio sessuale, sostenuto dall'eccitazione proveniente dal proprio corpo, può essere percepito come “disforico” e non “euforico”? Può portare alla sensazione di “non poter essere” e a una ideazione suicidaria per risolvere una insostenibile tensione?

Il recente successo editoriale del libro di Roberto Vannacci “Il mondo al contrario” (Vannacci, 2023) che provocatoriamente – parole dell'autore – contesta le “sparute minoranze” che prevaricano il “sentire comune”, evidenzia quanto sia diffuso il pensiero discriminante anche se addolcito dal proclamarsi rispettosi e politicamente corretti. Tra queste ci sarebbero anche i gruppi LGBTQ+++ (definizione di Vannacci). Senza entrare nel merito della questione politica, il problema è la presenza di un clima sociale che tende ad emarginare i “diversi” e a porre all'adolescente omosessuale il problema di sentirsi discriminato alimentando ansie persecutorie sostenute da esperienze di pericolo e minaccia per il proprio orientamento sessuale non condiviso. Lingiardi ricorda l'affermazione di Montaigne (1533-1592) per cui “[...] chiamiamo contro natura quello che avviene contro la consuetudine” (Breccia et. al., 2014, p. 171). Inoltre, questo clima sociale non facilita nell'adolescente il percorso psicologico interno di elaborazione della propria identità e sessualità che viene disturbato dalla conflittualità con l'ambiente esterno. Sappiamo quanto grande sia la fragilità di un giovane adolescente nel periodo in cui è alla ricerca di sé e come possa vivere in modo drammatico la propria identità “rifiutata”. Inoltre, paradossalmente, un clima culturale vissuto come persecutorio può rafforzare ed esasperare spinte provocatorie di esibizionismo sessuale – che possono essere considerate delle richieste di ascolto e riconoscimento – che rischiano però di non essere comprese dal mondo adulto e “bollate” a loro volta come diversità. Spesso gli adolescenti si avvicinano alla omosessualità attraverso il web e i video porno più che attraverso relazioni di coppia che sebbene desiderate non vengono vissute in pubblico: è molto difficile vedere una giovane coppia omosessuale baciarsi o tenersi per mano soprattutto se maschi. Il giovane omosessuale può vivere il timore a rivolgersi alle figure che dovrebbero tutelarlo – genitori e insegnanti – per problemi di vergogna relativi ad un fisiologico pudore rispetto alla propria intimità ma ancora di più per la preoccupazione di sentirsi – realtà o fantasia – rifiutato e discriminato. Su questa area specifica inoltre si può rilevare una scarsa offerta nelle scuole di corsi di educazione alla affettività e alla sessualità responsabile. “See” mi

dice Guido, 14 anni venuto in psicoterapia per apparenti difficoltà di socializzazione e conflitti con la sorella *“ma chi ne può parlare di omosessualità in casa? Sono tanto progressisti ma mi ammazzano se glielo dico!”*. Guido attraverso un paziente lavoro psicoterapeutico mi porta in seduta le sue difficoltà a vivere la sessualità anale, avrebbe molto desiderio ma non sa come si fa con l’igiene del retto. L’ha scoperta guardando video porno nei siti e non ne ha mai parlato con nessun adulto. *“E poi – aggiunge – su internet e sulle chat, sono tutti ‘avvelenati’ di fare sesso. Una pioggia di foto, messaggi e richieste sessuali se capiscono che sei omo!”*. Ride quando commento *“sembra che conti solo bocca, cazzo e culo, ma gli affetti?”*. *“Già - annuisce Guido, – ‘fantascienza!’*”. Emerge così in seduta oltre all’eccitazione sessuale, il suo bisogno di intimità, di tenerezza affettiva e gradualità che trova nella psicoterapia – iniziata con lo stratagemma delle difficoltà scolastiche – un luogo e un tempo di espressione e rappresentazione. Il paziente adolescente rischia di trovarsi preso tra due minacce: quella di essere rifiutato e disprezzato dall’ambiente esterno e quello di non accettarsi e vivere le proprie sensazioni e i propri desideri come inconciliabili, un problema. L’autodistruttività – lesionarsi o avere ideazioni suicidarie – può diventare un pericoloso epilogo della esasperazione per una realtà – la propria identità – vissuta come fonte di persecutorietà.

È pertanto necessario intervenire su un duplice piano: culturale/sociale e psicologico individuale e familiare a sostegno dello sviluppo del minore. Come evidenzia Lingiardi *“[...] le lacune giuridiche e politiche producono problemi psicologici”* (Breccia et. al. 2014, p. 172).

### **Il periodo della scuola media “inferiore”**

Gli anni della pre-adolescenza, dell’ingresso in pubertà e della prima adolescenza – indicativamente dai 10 ai 14 anni – solitamente coincidono con il periodo nel quale una o uno studente in Italia frequentano la “scuola secondaria di primo grado”, conosciuta anche come “scuola media inferiore” che rappresenta il secondo livello di istruzione dopo la “scuola primaria”, le “elementari”. Questo tipo di organizzazione scolastica ha riconosciuto le caratteristiche di un particolare periodo dello sviluppo nel quale la bambina e il bambino transitano – con tutte le implicazioni fisiche e psicologiche che comporta – dalla fine dell’infanzia al raggiungimento dell’adolescenza anche se lo sviluppo puberale, in particolare nelle bambine, può avere avvii molto precoci – nel periodo delle elementari – precedenti a quelli maschili. La “scuola media” fu istituita con la riforma Bottai nel 1940 preceduta dalla Legge Casati del 1856 e dalla riforma Gentile del 1923. Dal 1 ottobre 1963 tutte le scuole medie furono riunite nella “scuola media unificata” e scomparvero così “la scuola media”, “la scuola di avviamento professionale”, “i corsi inferiori di istituti d’arte” ecc.. Nel 1977 il programma di studio venne rivisitato e la scuola non fu più differenziata tra maschile e femminile, un cambiamento per certi versi analogo a quello avvenuto nel 2000 quando in Italia, con la legge n. 380/1999 si riconobbe alle donne il diritto di essere ammesse a svolgere il servizio militare. Vennero quindi superate “barriere” legate al genere sessuale che avevano comportato una differenziazione tra maschio e femmina. È importante evidenziare in un discorso relativo alla “discriminazione sessuale” che in Italia il diritto di voto alle donne è stato esteso il 1 febbraio 1945 e che le elezioni del 2 giugno del 1946 furono la prima occasione di voto politico indipendente dal sesso. Bisognerà aspettare il 9 febbraio del 1963 perché attraverso la legge n.66 venisse riconosciuto il diritto all’uguaglianza fra i sessi, l’ammissione della donna ai pubblici uffici e alle libere professioni e in particolare alla magistratura. Infatti la legge 1176 del 1919 aveva escluso fino ad allora le donne da tutti gli uffici pubblici che implicavano l’esercizio di diritti e di potere politico. Il tema del riconoscimento dell’identità sessuale ha pertanto avuto ripercussioni sia sui processi di socializzazione (le classi miste) sia nel superamento delle barriere almeno come aspirazione perché nei fatti le donne oggi risultano ancora penalizzate socialmente tanto che è stato necessario istituire meccanismi come le “quote

rosa” e per la prima volta l’Italia ha un presidente del Consiglio donna mentre non ha ancora mai avuto un presidente della Repubblica donna. La discriminazione forse oggi si è spostata maggiormente dall’asse maschio-femmina – pur rimanendo gravi disuguaglianze come nelle cariche istituzionali più rilevanti – a quella etero-omosessuale e poca attenzione risulta essere presente a livello pubblico per i diritti dei giovanissimi omosessuali. La scuola media inferiore coincide pertanto con un periodo delicatissimo nello sviluppo evolutivo degli adolescenti la cui importanza è inversamente proporzionale al riconoscimento che ottiene.

### **Chi sono? Il ruolo di internet, dei siti porno e del clima sociale**

I genitori chiedono un incontro per il loro figlio Fabio, 15 anni, terzogenito, perché ha difficoltà scolastiche, non gravi ma tali da farlo rischiare di prendere qualche “debito”. Anche gli altri figli sono già stati da uno psicoanalista. La cosa insolita rispetto ai fratelli è che è stato lo stesso Fabio a chiedere di andare da uno psicologo tanto da lasciare sorpresi i genitori per il tono di urgenza e per l’intensa preoccupazione che dimostrava. Dopo il colloquio preliminare con i genitori che mi confermano come a loro parere l’unico problema del figlio sia di tipo scolastico, incontro Fabio. È un ragazzo simpatico che dopo un quarto d’ora in cui mi parla delle difficoltà scolastiche - mentre mi sento esaminato sul tema dell’affidabilità – alla mia domanda se il problema sia tutto lì, mi guarda in tralice: *"Va beh! te lo posso dire. Ho paura di essere frocio"*. Mi spiega così che ha iniziato a masturbarsi guardando i siti porno ma ha scoperto che riusciva a venire più rapidamente se guardava rapporti sessuali omosessuali, non capiva perché e gli è venuta l’idea di chiedere aiuto per problemi scolastici che però non sono il vero problema. Guardando i video porno è rimasto conquistato dall’espressione degli uomini mentre venivano penetrati *"anche se so che magari fingono ma sembrano godere molto di più di quando scopano con una donna!"* mi dice. E' stato così preso da una parte dal bisogno di scaricare l'eccitazione – *"sono arrapattissimo!"* – ma rapidamente *"in bagno se mi faccio le seghe mi bussano continuamente, devo fare in fretta e così devo pensare alle scene che ho appena visto e mi eccitano di più e sono quelle omo"*. La qualità della masturbazione si è accompagnata alla comparsa di una forte angoscia, non riusciva a capire per cosa, non sapeva con chi parlarne e si sentiva precipitare in uno stato di confusione che lo aveva portato a sviluppare pensieri paranoici di essere continuamente scrutato nel corpo circa la sua identità sessuale maschile. Ha anche pensato di potersi ammazzare perché così sarebbe finita la tensione. Così ha pensato di chiedere aiuto ai genitori – con cui ovviamente non si sente di parlare di sesso – dicendo che voleva parlare con uno psicologo dei suoi problemi a scuola.

Per un adolescente maschio può non essere semplice vivere il primo rapporto sessuale omosessuale anche rispetto al “crudele” gruppo dei coetanei con i quali la reazione più semplice è di sentirsi etichettato come “frocio”. E allora, con chi ne può parlare? Su google si può trovare la voce “Sesso anale: come fare la prima volta?” Oppure “ Come capire se sono gay?” Così come “Orientamento sessuale dei figli: consigli per i genitori”. Per un maggiorenne che si sente omosessuale può essere più semplice rispetto ad un minorenni ma a dodici/tredici anni, età in cui si consolida anche il bisogno di riservatezza, dove e con chi si possono affrontare le proprie domande, curiosità e i propri dubbi senza vergognarsi e sentirsi esaminati/giudicati? È indubbiamente più semplice oggi per un adolescente poter entrare in contatto con i propri vissuti relativi alla sessualità rispetto a tempi passati dove la clandestinità era lo strumento principale per proteggersi dal giudizio degli altri sui propri desideri. Sin dall’infanzia oggi è possibile per un bambino avvicinarsi alla possibilità di una relazione omosessuale. La casa produttrice Disney nel cartone animato La bella e la bestia, seguendo un modello di riconoscimento dei diritti LGBT+, ha inserito il personaggio di *Le Tont* che appare innamorato di *Gaston*, scena che è stata censurata in paesi come la Malesia dove l’omosessualità è considerata illegale. Sono 72 i paesi al mondo

dove l'omosessualità, in particolare quella maschile, è reato (Fonte "La Stampa", 18 maggio 2021). Nell'episodio IX di *Starwars*, i due personaggi maschili *Poe* e *Finn* mostrano la loro relazione affettiva omosessuale. In *Star Treck* (stagioni 1-4) *Stamets*, uomo, è il primo personaggio dichiaratamente omosessuale.

Nel corso degli ultimi anni, in una realtà come quella di Roma, mi è capitato di registrare nella mia attività clinica un incremento di adolescenti maschi con ideazione suicidaria. Il dato che mi ha colpito è stato rilevare che dietro la sintomatologia si nascondeva spesso una conflittualità rispetto al riconoscimento/accettazione del proprio orientamento omosessuale. La cosa per alcuni versi mi ha sorpreso perché indubbiamente i tempi sono cambiati rispetto a quanto accadeva negli anni '70 e '80 (vedi documentario di Andrea Meroni, 2017) dove l'omosessuale appare sbeffeggiato e rappresentato come una macchietta. In Italia i rapporti omosessuali non sono puniti dal 1 gennaio del 1890 con l'entrata in vigore del codice Zanardelli e dal 1982 è legalmente possibile cambiare sesso. Dal 5 giugno del 2016 le coppie dello stesso sesso possono accedere alle unioni civili (legge 76 del 20 maggio del 2016) che garantiscono gli stessi diritti del matrimonio tranne l'adozione. Nonostante questo, secondo l'associazione ILGA-Europe (International Lesbian Gay Association), nel 2023 l'Italia è al 34° posto su 47 paesi europei rispetto ai diritti delle persone LGBT+.

## Conclusioni

Il tema dell'orientamento sessuale nella prima adolescenza è estremamente delicato (Quagliata et al., 2015) per le implicazioni che ha nello sviluppo del ragazzo. Sarebbe utile disporre di dati statistici che approfondiscano le caratteristiche dei vissuti relativamente allo sviluppo sessuale nella popolazione di minorenni a livello maschile e femminile. Il presente articolo ha pertanto il limite di fare riferimento all'esperienza clinica di uno psicoanalista. L'omosessualità ormai da anni non è considerata una patologia – ma lo è stato – e non è un "problema". Di fatto in un paese come l'Italia che va tristemente ricordato è anche la patria della pedofilia in ambito cattolico – un caso tra tutti quello irrisolto di Emanuela Orlandi –, sentirsi e essere omosessuali significa ancora essere oggetto di discriminazioni con importanti differenze tra maschi e femmine perché la donna omosessuale può risultare meno socialmente "disturbante" rispetto a un maschio. Questa realtà sociale e culturale non aiuta gli adolescenti a vivere in libertà la propria identità, la propria affettività e sessualità rischiando così di sviluppare problemi nella vita adulta.

Il rapporto dell'adolescente (maschio e femmina) con il proprio corpo ha caratteristiche soggettive ed è forse impossibile poter fornire una teorizzazione – le "linee guida"? – che soddisfi le esigenze personali di ogni singolo adolescente. Ho cercato di evidenziare la difficoltà per alcuni adolescenti maschi nella prima adolescenza di vivere il proprio orientamento sessuale e il rapporto con il proprio corpo serenamente. Si tratta di una difficoltà che oltre alle dinamiche "ambientali" risente della fisiologica difficoltà dell'adolescente nel definire i propri desideri e l'identità: crescere e maturare è un *work in progress*. Lo sviluppo adolescenziale richiede da parte degli adulti tolleranza e disponibilità ad accogliere l'attività di ricerca talvolta confusa nella definizione della propria soggettività (Richard et al., 2008). Questa fisiologica "confusione" richiede l'apporto di un ambiente "sufficientemente buono" che sia in grado di accogliere e dialogare con l'adolescente. I genitori spesso appaiono smarriti come se avessero perso le "istruzioni" su come svolgere un'adeguata funzione genitoriale. La relazione psicoanalitica offre uno spazio garantito agli adolescenti minorenni per sostenere il loro sviluppo dove l'acquisizione della capacità di preoccuparsi in modo responsabile (Winnicott, 1963) costituisce una conquista fondamentale nel processo di maturazione. Un problema pratico per l'adolescente maschio nel rapporto con il proprio corpo è il rapporto con la sessualità anale, con l'igiene, con la percezione di una parte del corpo di cui è oggettivamente complesso parlare pubblicamente. Nel linguaggio comune il termine "inculata" ha assunto

il significato prevalentemente negativo e di “fregatura”. Inoltre “essere inculati” è un’esperienza sessuale di cui culturalmente è “difficile” parlare e in particolare da parte di un minore. La decisione da parte del parlamento della Federazione Valloniana-Bruxelles (Belgio) avvenuta il 7 settembre 2023 per rendere obbligatorio un corso di educazione sessuale EVRAS (educazione alla vita di relazione, affettiva e sessuale) per gli alunni francofoni tra i 12 e i 16 anni, ha scatenato violente reazioni da parte di alcuni gruppi di genitori che vedono minacciati i propri criteri e i valori educativi nel rapporto con i figli (“Scuole bruciate contro l’educazione sessuale”. *Internazionale*, n. 1539, 22/28 settembre 2023, pp. 25-26). Questa notizia permette di evidenziare la complessità della situazione che richiede competenza e equilibrio ma nello stesso tempo la necessità di dover offrire ai/alle giovani adolescenti e ai loro genitori/affidatari servizi psicologici competenti per sostenere un sereno sviluppo evolutivo.

### **Bibliografia**

- Abelove, H. (1985), Freud, l'omosessualità maschile e gli americani. *Psicoterapia e Scienze Umane* 19:28-47.
- Andrea Meroni (2017), *Ne avete finocchi in casa?*  
<https://www.youtube.com/watch?v=wtImkDXUhhs>
- Argentieri S. (2010), *A qualcuno piace uguale*. Torino: Einaudi.
- Bassi F., Galli P. F. (2000), *L'omosessualità nella psicoanalisi*. Torino: Einaudi.
- Bloss P. (1962), *L'adolescenza*. Milano: Franco Angeli, 1974.
- Breccia M., Lingiardi V. (2014), Genitorialità e suoi destini. Intervista a Vittorio Lingiardi sull'omogenitorialità. *Rivista di Psicoanalisi*, 60, 1:171-184.
- Eleuteri S, Lingiardi V. (2008), Mascolinità e omosessualità maschile: nuove frontiere e nuovi limiti in "Rivista di Sessuologia Clinica" 1/2008, 29-45.
- Flanders, S., Ladame, F., Carlsberg, A., Heymanns, P., Nazin, D. & Panitz, D. (2018) Sul tema dell'omosessualità: che cosa ha detto Freud. *L'Annata Psicoanalitica Internazionale* 10:67-87.
- Freud S. (1891), citazione contenuta in: Jones E. (1953), *Vita e opere di Freud*. Milano: Il Saggiatore, 1962, vol. 1.
- Freud S. (1905), Tre saggi sulla teoria sessuale. *OSF*, 4, Milano: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1908), Carattere ed erotismo anale. *OSF*, 5, Milano: Boringhieri, 1976.
- Freud S. (1938), Compendio di psicoanalisi. *OSF*, 11, Milano: Boringhieri, 1979.
- Galeota M., voce *Pubertario* in *SPIpedia*> [www.spiweb.it](http://www.spiweb.it).
- Gesué A. (2015), *Un futuro a ciascuno*. Sesto San Giovanni (Mi): Mimesis.
- Gutton P. (1991), *Le pubertaire*, Paris: PUF.
- Isay R. A. (1989), *Essere omosessuali*, Milano: Raffaello Cortina, 1996.
- Kandel E. R. (2005), *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina, 2007.
- Laplanche J., Pontalis J.- B. (1967), *Enciclopedia della Psicoanalisi*. Bari: Editori Laterza, 1974.
- Monniello G. (2016b), Psicoanalisi dell'adolescente e neurosoggettivazione. In Nicolò A.M. (2016), *Il corpo estraneo in adolescenza*. In Nicolò A.M., Ruggiero I. (2016), *La mente adolescente e il corpo ripudiato*. Milano: Franco Angeli.
- Moor P. (1989), Una ipocrisia psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane* 2: 61-68.
- Nicolò A.M. (2021), *Rotture evolutive*. Milano: Raffaello Cortina.
- Novelletto A. (2009), *L'adolescente*. Roma: Astrolabio.
- Panksepp J., Biven L. (2012), *Archeologia della mente. Origini neuroevolutive delle emozioni umane*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
- Pozzi O., Thanopoulos S. (2006), *Ipotesi Gay*. Roma: Borla.

- Quagliata E., Di Ceglie D. (2015), *Lo sviluppo dell'identità sessuale e l'identità di genere*. Roma: Astrolabio.
- Richard F., Wainrib S. (a cura di) (2006). *La soggettivazione*. Roma: Borla, 2008.
- Ruggiero I. (2016), Il corpo ripudiato. In Nicolò A.M., Ruggiero I. (2016), *La mente adolescente e il corpo ripudiato*. Milano: Franco Angeli.
- Solms M. (2016), *La coscienza dell'Es. Psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017.
- Spagnolo R., Nothoff G. (2021), *Il sé dinamico in psicoanalisi: Fondamenti neuroscientifici e clinica psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, 2022.
- Vannacci R. (2023), *Il mondo al contrario*. Ed. Vannacci, Amazon.
- Winnicott D. W. (1963), Lo sviluppo della capacità di preoccupazione responsabile. In Winnicott D. W.(1971), *Il bambino deprivato*. Milano: Raffaello Cortina, 1984.

**Fabrizio Rocchetto**, psicologo, psicoterapeuta, membro ordinario della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica del bambino, dell'adolescente e della coppia (SIPsIA) e della Società Psicoanalitica Italiana (SPI). Docente dell'Istituto Winnicott.

Via Nicola Marchese, 10 00141 Roma

**Email:** [fabrizio.rocchetto@spiweb.it](mailto:fabrizio.rocchetto@spiweb.it)

## **Il rapporto psiche-corpo-tatuaggio: aspetti individuali e gruppal**

*Vincenzo De Blasi*

### **Abstract**

Non esiste momento della storia in cui la pratica del tatuaggio sia assente. Sin dall'antichità, il significato del tatuaggio ha sempre riflesso miti e paure, che transitano, mutando secondo differenti forme e tecniche, da una posizione geografica a un'altra. Il tatuaggio, in molteplici contenuti e forme, nello scorrere del tempo ha espresso simbolicamente l'individuazione e la "socializzazione" del corpo umano, la presenza dell'individuo nel suo "essere" e nel suo gruppo di appartenenza, attraverso la subordinazione degli aspetti fisici dell'esistenza individuale ai comportamenti e ai valori sociali comuni.

Soprattutto nella sua storia più recente, il tatuaggio è vissuto come auto-affermazione o auto-riconoscimento, in linea con le moderne performance corporee. Attraverso il tatuaggio, il corpo diventa una superficie pittorica disponibile a diverse rappresentazioni, volta a mediare nuove dimensioni psichiche, come spazio dell'immaginario che supera di gran lunga quello comune a cui il corpo nudo per molto tempo ci aveva abituato.

**Parole chiave:** tatuaggio, corpo, identità, io-pelle, rapporto mente-corpo

### **Abstract**

There is no moment in history in which the practice of tattooing is absent. Since ancient times, the meaning of tattoos has always reflected myths and fears, which transit, changing according to different forms and techniques, from one geographical position to another. The tattoo, in different contents and forms, over time has symbolically expressed the identification and "socialization" of the human body, the presence of the individual in his group, through the subordination of the physical aspects of individual existence to behaviors and common social values. Especially in its more recent history, the tattoo is experienced as self-affirmation or self-recognition, in line with modern bodily performances. Through tattooing, the body becomes a pictorial surface available for different representations, aimed at mediating new psychic dimensions, as a space of the imagination that far exceeds the common one to which the naked body had accustomed us for a long time.

**Keywords:** tattoo, body, identity, the skin-ego, mind-body relationship

### **Alcune note storiche sul tatuaggio**

La pratica del tatuaggio ha attraversato tutte le epoche e i limiti geografici, in una complessa varietà di incroci tra antropologia, religione, sociologia e psicologia. Nel fare un breve excursus, non c'è momento della storia in cui il tatuaggio sia assente. L'etimologia della parola può essere fatta risalire al 1769, quando l'esploratore inglese James Cook, nell'osservare le usanze della popolazione locale dell'isola di Tahiti, trascrisse per la prima volta il termine *Tatoow*, derivato dall'indigeno "tau-tau", onomatopea che ricordava il rumore prodotto dal picchettare del legno sull'ago utilizzato per bucare la pelle. Nella lingua italiana, la parola "tatuaggio" deriva invece dal verbo francese "*tatouer*".

Nell'analizzarne lo sviluppo storico, all'interno delle culture primitive il tatuaggio ha quasi sempre avuto un valore magico, sociale e tribale, a carattere spesso artistico.

Pur tuttavia, ai suoi albori preistorici, come testimonia la famosa mummia di Similaun (3350-3100 a.c.), il tatuaggio sembra aver avuto un significato anche terapeutico (le incisioni sulla pelle erano localizzate in zone dove si presuppone che l'individuo avesse problemi che oggi chiameremmo "di artrosi"). Nell'antichità del mondo arabo si diffuse poi come ornamento femminile, oscillando sempre tra un significato estetico, narrativo, e uno

di identificazione soggettiva. In Giappone, il tatuaggio comparse in epoca Edo (1600-1868), prima ad appannaggio della gente comune, per poi invece caratterizzare gli appartenenti alla *Yakuza*, nome “grupuale” con cui si identificavano le organizzazioni criminali locali, fino a essere bandito dalle autorità imperiali nel 1872. A seguire, sulle navi della marina francese il tatuaggio rifletteva le vicende, il pensiero, gli stati d’animo legati alla lontananza dalla propria terra, dalle persone amate ecc..., divenendo, in altri termini, una superficie narrativa. Nel mondo anglosassone, invece, era dedicato a segnare i criminali, con criteri quindi di natura obiettivante, volti a identificare e marcare il “colpevole” o, in generale, il “deviante”.

Da una prima disamina storica, dunque, il significato del tatuaggio ha sempre riflesso miti e paure, che transitano, mutando secondo differenti forme e tecniche, da una posizione geografica a un’altra. I disegni ricoprivano la pelle ed esprimevano simbolicamente la “socializzazione” del corpo umano, la presenza dell’individuo nel suo “essere” e nel suo gruppo di appartenenza, attraverso la subordinazione degli aspetti fisici dell’esistenza individuale ai comportamenti e ai valori sociali comuni. In alcune società tribali, i tatuaggi sono tuttora segni di attrazione sessuale, o talismani per allontanare gli spiriti maligni e le malattie. Con altre valenze, per esempio, tra gli eschimesi il pescatore si fa incidere un tatuaggio sul braccio o sul polso nell’idea di poter meglio colpire la preda; in Polinesia il tatuaggio può comparire come forma di vestiario, sebbene più spesso costituisca un indice di rango (Maori) o dell’appartenenza a una società segreta (Tahiti). Presso altri popoli i tatuaggi hanno valore più spiccatamente iniziatico, come in Tasmania, in Cina, in Australia, in Indonesia.

Una particolare tecnica di tatuaggio ornamentale, diffuso tra i popoli in Africa centrale e in Nuova Guinea, nonché presso alcune culture arcaiche (tasmani, andamanesi), viene prodotto per cicatrice: la *scarificazione* è una deformazione cutanea creata a scopi protettivi, magici e decorativi e talora si configura come autentico distintivo tribale.

Essa consiste in incisioni sulla pelle del corpo o del volto per produrre cicatrici depresse o rilevate (cheloidi) permanenti, in cui vengono introdotti materiali inerti, come carbone, argilla ecc.

Spostandosi su un piano religioso, l’atteggiamento dell’Antico Testamento rispetto al tatuaggio è stato profondamente avversivo, connesso com’era a una pratica di lutto penitenziale avvertita al pari di un atto sacrilego e pagano: “non vi farete incisioni sul corpo per un defunto, né vi farete segni di tatuaggio. Io sono il Signore” (Lev., 19, 28).

Dall’analisi della sua evoluzione storica, nella pratica del tatuaggio antico c’è quasi sempre la presenza di un pensiero di tipo “animistico”, secondo cui il messaggio è un elemento di unione tra l’uomo e la natura in un tentativo di fusione cosmologica, non sempre culturalmente accettato (Vercellone, 2023).

In parallelo alle sue varie manifestazioni culturali, infatti, si è anche inevitabilmente diffusa l’idea che il tatuaggio avesse una valenza fortemente negativa. I latini usavano il termine “*stigma*”, come una sorta di segno per marchiare schiavi e delinquenti. La Chiesa lo ha a lungo condannato come manifestazione dei poteri di satana, sebbene nei primi tempi del cristianesimo esso venisse impiegato come segno di riconoscimento (il riferimento è alla croce tatuata sui Crociati).

Nel mondo occidentale il tatuaggio ha avuto spesso una valenza ambivalente e contraddittoria, emblema di trasgressione e marginalità, di scelta personale, volutamente ricercata.

Tra il XVIII° e il XIX° secolo, è stato considerato una sorta di contrassegno che identificava i selvaggi, i criminali, gli omosessuali, le prostitute, tutte individualità messe ai margini della società: in sintesi, gli individui stigmatizzati come “devianti”. Tuttavia, l’esposizione alle prime forme ornamentali di tatuaggio, mediante gli spettacoli circensi e l’esibizione di simboli tatuati da parte dei nobili europei al ritorno dai viaggi in terre esotiche, ne diffuse un certo interesse sociologico, soprattutto tra la ricca borghesia e l’aristocrazia.

In Italia la pratica del tatuaggio ha trovato grande sviluppo negli anni Settanta e Ottanta del secolo scorso, dopo l'ampia espansione ottenuta negli Stati Uniti e in Inghilterra, quando specifici gruppi di ragazzi assumevano come elemento distintivo un particolare simbolo tatuato. Sostenuto anche dall'invenzione della macchinetta elettrica, che ha reso più nitide, piacevoli e facili da riprodurre le immagini disegnate, il tatuaggio è diventato oggi un ornamento corporeo ampiamente ricercato nel mondo occidentale, entrando così stabilmente a far parte della psicologia collettiva, oltre che dei costumi culturali e della moda.

### **Il tatuaggio nell'era moderna: riflessioni sul rapporto psiche-pelle-corpo**

Sin dalla nascita, il corpo è un oggetto mentale di decisiva importanza per lo sviluppo psichico. In altri termini si potrebbe considerare la psiche come una teoria della mente che parte dal corpo e al corpo ritorna.

È nell'ineluttabile e perdurante dialettica tra psiche e corpo che si gioca l'evoluzione soggettiva, così come quella del soggetto tra soggetti, ossia del soggetto in gruppo: il corpo è in tal senso una fonte di funzioni sensoriali, metaboliche, fisiologiche che andranno progressivamente ad articolarsi, in modo a volte conflittuale, con quelle mentali.

Il ricorso al tatuaggio può quindi avere una funzione "mentale" volta a favorire particolari processi di integrazione e rappresentazione psiche-soma? Può il tatuaggio rappresentare una specie di segno incancellabile che evoca il percorso compiuto e quello che si sta per dischiudere, concretizzando il passaggio dall'uno all'altro, con una valenza quasi iniziatica? In questo senso, il tatuaggio, quale segno indelebile, fa sì che pelle e corpo diventino simbolicamente il luogo psichico delle dinamiche di separazione/individuazione e di comunicazione/scambio tra la sfera individuale e quella gruppale, un veicolo per esprimere valori, credenze, speranze, motivazioni.

Nell'epoca contemporanea, il simbolo inciso sul corpo può essere interpretato come un mezzo attraverso cui il soggetto identifica se stesso e la propria appartenenza a un gruppo, anche se gli attuali "consumatori" cominciano a esprimere, sulla pelle e sotto la pelle, il desiderio di una certa forma di individualismo.

In quanto rituale di incisione, costituisce una modalità di presa di contatto con il proprio corpo e, tramite esso, con il contesto sociale.

Soprattutto nella sua storia più recente, il tatuaggio è vissuto come auto-affermazione o auto-riconoscimento, in linea con le moderne performance corporee.

Per cultura, moda e sociologia, il corpo - oggi più che mai - diventa una superficie "pittorica", disponibile a diverse rappresentazioni, che media nuove dimensioni psichiche, come spazio dell'immaginario che supera di gran lunga quello comune a cui il corpo nudo per molto tempo ci aveva abituato. Con la spettacolarizzazione della sofferenza, dell'incanto e della fascinazione della bellezza, la tendenziale scomparsa del corpo nudo e la ricorrenza sempre più intensa al "segno" fanno emergere la prospettiva di un rapporto psiche-corpo "nuovo" (Vercellone, 2023), che quasi vorrebbe alludere al "trans-personale".

In questo processo di cambiamento, la pelle si esteriorizza sempre di più. La sua funzione mentale va ben oltre quella (indispensabile) di coprire e avvolgere il corpo, nel mentre in cui viene esaltato il significato comunicativo della superficie cutanea, come linguaggio immediato a vocazione empatica, in grado di creare approvazione o avversione. Così inteso, si potrebbe descrivere la pelle tatuata come tentativo di proporre un tessuto narrativo che tende all'universale, inevitabile specchio di un Io soggetto alle contemporanee modificazioni socio-culturali.

Nella sua espressione più moderna, la pelle tatuata può essere considerata come forma di incorporazione del simbolico, in grado di procurare una nuova modalità di narrazione comune (*ibidem*).

Il valore mentale della pelle e il suo processo di mentalizzazione nel corso dello sviluppo evolutivo sono stati oggetti di interesse psicoanalitico, a partire dall'opera di Freud per poi

trovare un'ampia e complessa applicazione teorico-clinica nei contributi specifici di E. Bick e D. Anzieu, che ben guidano le riflessioni psicodinamiche sul rapporto psiche-corpo (De Blasi, 2007).

### **L'Io-pelle in psicoanalisi**

L'importanza della sensibilità cutanea per la sopravvivenza dell'individuo e della specie è universalmente riconosciuta.

La cute ha un ruolo decisivo nel mantenimento omeostatico dell'organismo: si può vivere da ciechi, sordi, privi dell'olfatto e del gusto, ma difficilmente si sopravviverà al deterioramento totale della pelle e alla perdita della funzione tattile.

Da un punto di vista filogenetico e ontogenetico, la cute è il primo e più importante organo di senso, quello che ha maggior peso (20% del peso totale del corpo nel neonato e 18% nell'adulto) e che riceve stimoli tattili, termici, dolorifici. La pelle è un organo di senso, per così dire, "multiplo" (tatto, dolore, pressione, calore) ed è strettamente connessa agli altri organi di senso esterni (udito, vista, odorato, gusto) e alla sensibilità cinestetica e di equilibrio. Continuamente disponibile a ricevere segnali di ogni tipo, oltre a stimare il tempo e lo spazio, la pelle è il solo organo di senso in grado di combinare la dimensione spaziale con quella temporale.

Oltre a queste caratteristiche sensoriali, si distingue per una poliedrica funzionalità correlabile ad altre attività biologiche: respira e perspira, secerne ed elimina, mantiene il tono, stimola la respirazione, la circolazione, la digestione, l'escrezione e la riproduzione, partecipando, inoltre, alla funzione metabolica.

Accanto ai suoi ruoli specifici e ausiliari, la pelle svolge una serie di funzioni associate alla corporeità: conservazione del corpo intorno allo scheletro e mantenimento della verticalità, protezione dalle aggressioni esterne, captazione e trasmissione di informazioni utili.

Il primato strutturale della pelle sembra dunque giustificato per almeno tre ragioni: 1) è il solo organo di senso a ricoprire tutto il corpo, 2) contiene essa stessa altre sensorialità specifiche, 3) è l'unico dei cinque sensi esterni a possedere una funzione riflessiva (ad esempio, il bambino che tocca con il dito le parti del proprio corpo sperimenta le due sensazioni complementari di toccare e di essere toccato) su cui vanno a costruirsi le altre riflessività sensoriali e la riflessività di pensiero.

Queste considerazioni, d'altra parte, acquisiscono valore su un livello "figurativo" e "simbolico", tanto che, nel linguaggio comune, la pelle assume significati diversi e interessanti: "*lasciarci la pelle*", "*amici per la pelle*", "*avere i nervi a fior di pelle*". La pelle, inoltre, ha una fondamentale funzione comunicativa: permette di inviare al mondo esterno messaggi e segnali molto efficaci, senza la necessità di utilizzare il canale verbale. Contemporaneamente, sulla pelle e tramite la pelle si veicolano espressioni di esibizionismo, bisogno di espiazione, manifestazioni di disagio psicosomatico.

A partire dalla relazione madre/bambino, il tatto ed il contatto hanno un'importanza fondamentale per lo sviluppo psichico: il primo legame affettivo si costituisce proprio grazie al soddisfacimento del bisogno di vicinanza fisica e di calore che il bambino sperimenta all'inizio della sua vita. Ciò è ovviamente valido non solo per gli esseri umani ma anche per i piccoli di altre specie animali, come hanno dimostrato le ormai classiche ricerche di H.F. Harlow sulle scimmie *Rhesus* (1959).

Due autori, Esther Bick (1968) in Gran Bretagna e Didier Anzieu (1985) in Francia, hanno sviluppato e approfondito un punto di vista molto originale sull'importanza e sul significato psichico della pelle nel corso dell'età evolutiva.

Bick ritiene che la pelle svolga un ruolo di collegamento e contenimento delle componenti intrapsichiche della personalità del bambino, che, nella loro forma più primitiva, non sono ancora integrate.

Anzieu considera essenziali le prime sensazioni cutanee che consentono al bambino di esperire un universo sociale e relazionale sempre più complesso. Ciò avviene fin dalle

prime cure di cui il piccolo è oggetto, quando cioè viene tenuto in braccio, lavato, accarezzato, coccolato dalla madre (De Blasi, 2007).

È infatti grazie a queste prime appaganti e rassicuranti esperienze di contatto che viene acquisita la percezione soggettiva della propria pelle, necessaria affinché possa essere garantita l'integrità dell'involucro psicocorporeo contro le angosce di frammentazione e di svuotamento.

In questo senso, Anzieu ha introdotto il concetto di *Io-Pelle*, che può essere enucleato come una rappresentazione dell'*Io* che l'individuo utilizza sin dalle prime fasi dello sviluppo.

Grazie a tale rappresentazione è possibile esperire il proprio *Io* come contenitore di materiale psichico, di pensieri, di emozioni, a partire dalla consapevolezza di una superficie corporea che garantisce la possibilità di differenziare lo spazio interno da quello esterno.

È possibile raccogliere sinteticamente i contributi più interessanti che convergono nella definizione di *involucro e pelle psichica*, a partire dall'utilizzo metonimico che ne fece S. Freud, sino ad approfondire il pensiero di D. Anzieu che, passando dall'analisi operata da E. Bick, si struttura attraverso assunti teorici e metapsicologici particolarmente utili tanto per la prassi psicoterapeutica duale quanto per quella gruppale.

Nel *Progetto di una psicologia*, inviato a W. Fliess l'8 ottobre 1895 e rimasto inedito sino alla sua morte, S. Freud propose il concetto di "*barriera di contatto*" (*Kontaktsschrank*), mai più utilizzato in seguito e, a parte la revisione operata da W. Bion in *Apprendere dall'esperienza* (1962), scarsamente apprezzato da altri psicoanalisti.

Tale concetto appartiene alla speculazione neurofisiologica tanto cara a Freud nella sua giovinezza scientifica e, seppur abbandonato successivamente, fornisce un primo approccio meta-psicologico alla comprensione di quello che, proprio nel *Progetto*, viene chiamato "*apparato psichico*".

Se la "*barriera di contatto*" sembra prototipicamente anticipare la nozione di "*involucro psichico*", nella letteratura freudiana il concetto di "*involucro*" compare per la prima volta nel 1920.

In questo anno, con *Al di là del principio di piacere*, Freud operò una "svolta" teorica e metapsicologica, sancita con il passaggio dalla *prima topica* (*Conscio/Preconscio/Inconscio*) ad un modello strutturale di funzionamento psichico della mente (*Io- Es- Super Io*).

Durante questa importante revisione critica, Freud paragonò l'organismo vivente ad una "*vescichetta [...] suscettibile a stimolazione*" che è "*provvista di uno scudo, di una membrana*" (Freud, 1920).

Questo scudo, continua Freud, "*assume la forma di un particolare rivestimento [...] una barriera*", che ha come funzione primaria quella di "*proteggere l'organismo dagli stimoli*".

Leggendo nel dettaglio questo passaggio, è interessante sottolineare come il termine tedesco '*hülle*', utilizzato da Freud e tradotto in italiano nel senso di '*rivestimento*', rimandi all'inglese '*shell*', cioè *involucro*.

Tali analogie, tuttavia, non troveranno in altri scritti un successivo approfondimento ed il termine "*involucro*", pur restando concettualmente valido, in *L'Io e l'Es* del 1923, verrà utilizzato nel senso di metafora ("*L'Io ha la configurazione di un sacco inglobante*") o di metonimia ("*L'Io è la superficie dell'apparato psichico e la proiezione della superficie del corpo su quella psichica*"), mentre in *Nota sul 'notes magico'* del 1925 verrà precisata la struttura topografica di tale involucro e confermato implicitamente l'appoggio dell'*Io* sulla pelle.

Nonostante la superficie del corpo si chiami *pelle*, Freud sembra preferire un utilizzo implicito di tale denominazione, che, invece, farà la sua comparsa, in modo più esplicito, mezzo secolo più tardi, nelle pagine di E. Bick (*La pelle psichica*, 1968) e di D. Anzieu (*L'Io pelle*, 1985).

La nozione di “*pelle psichica*” venne elaborata da Esther Bick nel 1968.

La Bick, discepolo di M. Klein e di W. Bion, parte dal presupposto teorico secondo cui, primitivamente, le parti della psiche non avrebbero alcun legame specifico, se non quello garantito dall'introiezione di un oggetto esterno capace di soddisfare questa funzione.

Basato su un attento lavoro di osservazione clinica, tale tipo di approccio sembra quindi operare una revisione del modello psicoanalitico classico, nel senso di una integrazione verso le dinamiche conflittuali che caratterizzano le relazioni oggettuali.

Seguendo l'analisi operata dalla Bick, nei primi mesi di vita l'introiezione dell'oggetto ottimale (la madre o il seno come oggetto parziale), identificato con questa funzione di oggetto contenitore, darebbe luogo a un mondo oggettuale interno caratterizzato da rappresentazioni fantasmatiche.

Focalizzando l'attenzione sul livello esperienziale, l'oggetto contenitore introiettato è vissuto allora come una *pelle*, che è in primo luogo psichica.

L'introiezione di un oggetto contenitore, tale da dare alla pelle la sua funzione di limite, è preliminare alla messa in opera dei processi difensivi che, attraverso la scissione e l'idealizzazione del Sé e degli oggetti, consentono una primissima modalità di rapporto ed adattamento alla realtà esterna.

Clinicamente, in accordo con l'accezione teorica proposta da Bick, nel caso in cui l'introiezione delle funzioni contenitive dovesse risultare inadeguata o fallimentare (ad esempio quando la funzione contenente non viene svolta in modo adeguato dalla madre o viene danneggiata dalla prevalenza delle fantasie distruttive del bambino) si manifesterà un impiego continuo e patologico dell'identificazione proiettiva, eziologicamente correlabile ai disturbi psichiatrici gravi che, su un piano strutturale, sono caratterizzati dalla diffusione dell'identità.

Nel percorso evolutivo, quindi, il bambino è attivamente impegnato nella ricerca di un oggetto che gli permetta di mantenere un'attenzione unificante sulle parti del suo corpo e gli consenta di esperire, almeno temporaneamente, quel senso di integrazione che, ad esempio, Daniel Stern definisce *Sé emergente* (1985).

Egli, inoltre, cerca di tenere unito se stesso attraverso il rapporto con questi oggetti, che, sul piano del comportamento manifesto, possono essere riconducibili alla ricerca di attaccamento verso la madre.

Il contributo fornito da D. Anzieu arricchisce il linguaggio psicoanalitico con la nozione di *Involucro psichico* e *Io-Pelle*.

Sottolineando l'interesse verso il lavoro di Bick, Anzieu elabora l'assunto teorico secondo cui l'*involucro psichico* sarebbe costituito da due livelli, che differiscono per struttura e funzione.

Lo strato più periferico, che rappresenta il “*para-eccitazione*” (funzione che tra l'altro S. Freud aveva riconosciuto all'*Io* sin dal *Progetto di una psicologia* del 1895), è il livello più rigido, quello rivolto verso il mondo esterno, che fa da schermo agli stimoli, in primo luogo, psico-chimici.

Lo strato più interno, più sottile, svolge invece una funzione ricettiva, quella cioè che consente di percepire segnali e indizi.

Tale strato è pellicola e interfaccia: la pellicola ha due facce, una rivolta verso il mondo esterno, l'altra verso il mondo interno; l'interfaccia separa questi due mondi e li mette in relazione.

Nell'accezione teorica di Anzieu, inoltre, l'esistenza di un solo strato di “*para-eccitazione*”, rivolto quindi verso l'esterno, determinerebbe il motivo della maggiore difficoltà ad affrontare l'investimento pulsionale rispetto a quello alla stimolazione di natura esogena.

I due strati della membrana possono essere considerati come due *involucri* che variano a seconda degli individui e delle circostanze: l'*involucro di eccitazione* e quello di *comunicazione* o di *significato*.

L'apparato psichico del bambino acquisirebbe un *Io* quando comincia a emergere questa struttura topografica a doppio involucro.

L'indifferenziazione originaria dei due strati dell'involucro psichico produce quella che D. Meltzer (1975) ha definito come "*esperienza estetica*", la cui intensità proviene proprio dalla non-differenziazione tra sensazione ed emozione.

A una lettura psicoanaliticamente orientata, il concetto di *involucro psichico* risulta perciò complesso, poliedrico, caratterizzato da una significativa ricchezza di connotazioni.

Seguendo Anzieu, è possibile operarne una definizione esaustiva sulla base di quattro denotazioni principali, prese a fini esplicativi come parametri in base a cui analizzare quelli che emergono come principali nuclei di senso.

Un primo significato si fonda su una prospettiva evolutivista, per cui la maggior parte dei mammiferi protegge l'equilibrio termico dell'organismo avvolgendolo nel pelo. Da ciò deriva un beneficio secondario: i piccoli, che hanno conquistato l'autonomia di movimento, si aggrappano ai peli della madre per essere, nello stesso tempo, portati e rassicurati. Nel corso dell'evoluzione, la perdita della maggior parte dei peli, che si riducono alla protezione e alla valorizzazione della testa e del sesso, ha consentito alla specie umana di sviluppare una sensibilità tattile senza pari, a partire dalla quale la sua intelligenza ed i suoi schemi comportamentali si sono evoluti secondo nuove modalità. La pelle "denudata" pone così a stretto contatto con gli altri e con il mondo e, al contempo, stimola lo sviluppo del cervello. La nostalgia di un involucro peloso troverebbe quindi una compensazione nell'erotizzazione della chioma e del vello pubico. Sulla base di tali considerazioni, inoltre, risulterebbe possibile spiegare come l'angoscia forse più profonda della specie umana sia quella della caduta, del vuoto, dell'abbandono, di essere lasciati andare.

Il secondo significato è, invece, topologico: l'involucro è una superficie chiusa (la *sfera*) in cui ci sono delle aperture. In riferimento alla corporeità umana, è importante distinguere l'*orifizio* (luogo di passaggio che assicura l'entrata, l'uscita e lo scambio di sostanze) dalla *tasca* (luogo di conservazione, spazio transizionale, ad esempio tra la madre e il mondo esterno, che si configura come una sorta di dimensione del dentro-fuori). La pelle si incava in tasche che proteggono i diversi organi di senso e della sessualità (i testicoli come tasche esterne nell'uomo e la vagina come tasca interna della donna). Per analogia, l'apparato psichico può essere considerato una tasca, che ripara e contiene i pensieri (il cui significato psichico è stato elaborato da W. Bion con il concetto di *contenitore/contenuto*), mentre l'*Io* si svela come metafora della superficie. Inoltre, i pori disseminano la superficie della pelle allo scopo di espellere quelle secrezioni che, fisiologicamente, sono significativi segnali di specifiche emozioni di base (paura, rabbia, gioia), e che, a loro volta, stanno in rapporto reciproco con la morbidezza, la dolcezza, la temperatura dell'epidermide. Queste osservazioni psicofisiologiche sottolineano come l'apparato psichico operi una scarica della tensione energetica che passa dalla pelle, prima o contemporaneamente rispetto all'"acting" muscolare. A partire da tali premesse, se si considera l'involucro corporeo come una "sfera", una figura intermedia tra questa ed il "piano" è il "pallone bucato". Se, nel corso dello sviluppo psichico, dovesse emergere il vissuto esperienziale di una sfera che perde volume (come appunto un "pallone bucato") l'individuo vivrebbe un senso di appiattimento, depersonalizzazione, estraneità (da qui il ricorso all'alcool, al tabacco, alla droga, alla masturbazione compulsiva per ripristinare un'illusione di consistenza e di replezione). Una figura inversa si può invece verificare quando la sfera psichica si rivolta come un guanto: questo si svela come meccanismo della percezione dell'endogeno, che bisogna proiettare all'esterno affinché sia percettibile.

La terza denotazione proviene dal *maternale*: la madre, o un suo sostituto, avvolge il bambino con le proprie cure cercando di soddisfarne i bisogni fisici (quelli *primari* secondo K. Lewin) e psichici. Se i suoi sforzi sono riusciti, il bambino interiorizza la madre come un oggetto "*sufficientemente buono*", capace di fornire "*continuità*

*esistenziale*” (Winnicott, 1970), ed una *base sicura* per l’esplorazione e l’autonomia (Bion, 1962). Questo spazio consente l’emergere dell’esperienza di rapporto con un Sé “vero”, che avvolge l’*Io* e che ne assicura l’identità, la protezione, la continuità ad esistere.

L’ultima denotazione deriva da un aspetto della pratica linguistica: dopo aver scritto una lettera la riponiamo in un involucro – la busta – (il termine involucro deriva etimologicamente dal latino *involucrum*, che significa appunto *busta*) e vi scriviamo l’indirizzo del destinatario. Allo stesso modo, metaforicamente, l’apparato psichico veicola messaggi indirizzati a noi – o che lo sono stati un tempo – che restano non solo archiviati ma anche “stampati” sull’apparato stesso.

Con l’*Io-Pelle*, dunque, Anzieu va ad indicare: “una rappresentazione di cui si serve l’*Io* del bambino [...] per rappresentare se stesso come un *Io* che contiene i contenuti psichici, a partire dalla propria esperienza della superficie del corpo” (D. Anzieu, *L’Io-Pelle*, pg.34).

Se ogni attività psichica ha un suo correlato biologico, l’*Io-Pelle*, allora, trova la sua base dinamica nella cute e nelle molteplici funzioni che questa assolve.

La *pelle prima funzione*, come viene chiamata da Anzieu, è l’involucro che contiene gli oggetti buoni.

La *pelle seconda funzione* è invece rappresentata dalla barriera che consente protezione e differenziazione tra una dimensione interna ed una esterna.

La *pelle terza funzione*, infine, è luogo e mezzo di comunicazione, principio di intersoggettività e di relazioni significative con gli altri.

Il precipitato psichico di tale origine epidermica e propriocettiva è un *Io* che sperimenta se stesso come un contenitore di rappresentazioni e di un mondo oggettuale interno che gli appartiene, perché protetto, ma che può essere potenzialmente condiviso con gli altri.

### **Applicazioni cliniche a partire dal concetto di Io-pelle**

Il riferimento clinico da cui parte il modello psicodinamico proposto da D.Anzieu sottolinea come, soprattutto in questo particolare periodo storico e sociale, le psicoterapie si trovano a confrontarsi con stati patologici caratterizzati da una mancanza di confine e da limitazioni del proprio essere. Il concetto di *Io-Pelle*, intorno a cui ruota questo modello, offre un utile contributo al recupero teorico e metapsicologico di quelle funzioni del corpo ritenute mezzi di comunicazione, di contatto e di difesa dagli stimoli interni ed esterni.

Al tempo stesso, tale funzionalità corporea è ricondotta alla dinamica psichica che caratterizza le rappresentazioni interne, i simboli, le fantasie, in rapporto alla dimensione epigenetica dello sviluppo che, in alcuni casi, prevede “crisi” particolarmente traumatiche. Partendo da una revisione critica - ma non per questo oppositiva - della metapsicologia freudiana, Anzieu rinnova ed approfondisce quindi l’importanza del corpo come nucleo in base a cui si evolve l’*Io* e consente di recuperare la complessità di questa struttura attraverso una visione globale che ne mette in evidenza funzioni, potenzialità, ruolo svolto nella rappresentazione oggettuale e nella dinamica fantasmatica.

Da tali premesse, i risvolti clinici orientano verso una visione della sofferenza psichica rappresentata come malattia del carattere, della personalità, delle idee, degli affetti, della psicosomatica in relazione a stati della mente correlati alla fantasia inconscia e alla capacità o meno di poter “pensare i propri pensieri” attraverso l’utilizzo di un contenitore che, prima di svelarsi nella sua dimensione psichica, riflette un *locus* d’origine prevalentemente corporeo.

### **Il tatuaggio: considerazioni per una nuova psicologia della pelle**

Un tempo celato sotto i vestiti in quanto segno di trasgressione, negli ultimi anni il tatuaggio ha avuto uno sviluppo evolutivo che lo ha trasformato in fretta da incisione malvista, propria dei maledetti e dei “devianti”, a modifica del corpo socialmente accettata e decisamente popolare.

Tuttavia, proprio perché nato come consumo ribelle e marginale, ha mantenuto nel tempo una sorta di duplice canale attraverso cui essere percepito e vissuto: una strada maggiormente comunicativa praticata tramite un mercato sostanzialmente di massa, per coloro che vogliono un ornamento prettamente estetico, e un altro percorso, di nicchia, per cultori che si sono avvicinati all'incisione sulla pelle in maniera più specifica e riflessiva (Beatrice, Castellani, 2019).

È probabile che nell'era moderna si stia assistendo all'emergere di una nuova psicologia del corpo e della pelle, nel senso di un approccio che considera corpo e pelle - in senso metaforico e non - come elementi eccezionalmente rappresentativi del singolo, tanto quanto del legame sociale.

In altri termini, nel mondo contemporaneo sembra essersi affermata la percezione di un corpo suscettibile di mutamenti personalizzati, considerati come parte integrante della costruzione di una identità non data in sorte una volta per tutte, ma passibile di sperimentazioni e ridefinizioni (Beatrice, Castellani, 2019): il corpo diviene suscettibile di cambiamenti scelti per conformarsi agli ideali estetici e identitari desiderati, senza che ciò venga considerato come una alterazione del sé o un attentato alla sua intangibilità e unicità, anzi.

In questa dimensione, il tatuaggio si propone come motivo di conoscenza dell'altro e, allo stesso tempo, di autoriconoscimento individuale sul terreno gruppale, in un processo di mentalizzazione volto a ridefinire un nuovo *Io-pelle*.

Attraverso il tatuaggio, lo scambio tra individui avviene sul piano di una relazione in cui l'esteriore si fa interiore e viceversa: il simbolo tende a farsi forma di vita, anche adottando modalità trasgressive.

Nel caso del tatuaggio, il simbolo non si cela, ma diventa elemento che connette con immediatezza il corpo individuale al corpo gruppale, non necessariamente attraverso il contatto.

È dunque un elemento performativo che attiva marcatamente il proprio Io all'interno dello scambio interpersonale.

Abbiamo oggi a che fare con una trasformazione radicale dell'idea di pelle e di corpo, che, in fondo, non è mai o quasi mai - quantomeno simbolicamente - nudo? È lo stesso corpo umano che grazie al tatuaggio diviene una superficie disponibile ad accogliere in sé altre e nuove forme di rappresentazione e auto-rappresentazione?

Ricoeur differenzia due tipi di identità: il "medesimo" come medesimezza, e l'"ipse" come "ipseità". L'identità come "medesimo" riguarda un aspetto imm modificabile del soggetto, definibile in qualità di "carattere".

L'"ipseità", invece, è l'aspetto narrativo che si modifica ogni volta che il soggetto costruisce un racconto di sé, anche se questo dispositivo mutevole contiene a sua volta un aspetto costante.

In tal senso, e in particolar modo nella pratica del tatuaggio, il corpo non è mai un luogo ultimo, ma sempre uno spazio ulteriore, come appunto in una sorta di passaggio dalla "medesimezza" (l'essere definito) all'"ipseità" (il poter essere).

Con il tatuaggio, il soggetto utilizza pelle e corpo come supporto figurativo, che diventano veicolo di una realtà "altra", per cui e attraverso cui creare il supporto potenziale di un'estensione indefinita, se non infinita, dell'immaginario.

E, in tal senso, il tatuaggio rappresenterebbe l'antico bisogno di realizzare se stessi nella complessa oscillazione tra individuale e gruppale.

Nell'età più moderna del tatuaggio si trova altresì l'espressione della necessità di riavviare dal basso un iter di generazione del simbolico, attraverso un percorso "bottom-up" e non più "top-down", che prospetta e produce un'altra direzione nel rapporto del singolo con i mondi simbolici (Vercellone, 2023): i simboli, un tempo oscuri e lontani, appartenenti all'immensità dell'archetipico, si avvicinano all'essere umano sino ad abitare la pelle, il corpo e, quindi, in una dinamica introiettiva, l'Io. Per non dissolversi e per manifestare

ancora una volta la loro potenza e il loro significato, devono incarnarsi, attraverso un processo di incorporazione.

Quella del tatuaggio è una moda relativamente recente, ma che tuttavia ha radici antichissime. E non solo perché il tatuaggio c'è sempre stato.

Nel contemporaneo, il tatuaggio è molto legato al modo in cui guardiamo a noi stessi, ed è un tentativo - talora patologico - di piacersi.

La moda del resto è questo: un "essere" nel quale si confondono costantemente il desiderio di piacere a terzi con quello di piacere a se stessi. Il tatuaggio mette a contatto due necessità: quella di uniformarsi a un gusto più vasto e quella opposta, di distinguersi nell'ambito dell'universo massificato, in sentimenti quindi contrapposti che molto spesso procedono però a braccetto.

A differenza della moda, l'identità segnata e incorporata attraverso il tatuaggio è un'identità che reca il segno indelebile di un'esperienza, che passa dal dolore (Vercellone, 2023).

Scrivere sulla propria pelle, e modificare in tal senso il proprio corpo, significa intendere quest'ultimo come una superficie neutra che rende testimonianza del proprio essere, quasi a voler oltrepassare i confini per costruire una narrazione mitologica del proprio Io.

Storicamente, il tatuaggio non è solo il veicolo espressivo di un sé eccentrico, ma talvolta anche il sigillo della prigionia di un uomo a un altro uomo, un esempio di disumanizzazione e barbarie. Anche in questo caso, con un tale atto di *hybris*, si palesa almeno in parte un'ansia morbosa di padroneggiare l'infinito, di oggettivare l'altro inoggettivabile, di esporre lo zoccolo irriducibile del sé, l'individualità.

Nel tatuaggio è l'intimità a emergere e a rendersi visibile, a volte in modo plateale, in una sorta di atto dell'immagine, seppur spettacolare ed esibizionistico.

Non a caso Lombroso considerava il tatuaggio alla stregua di un sintomo psichiatrico, patrimonio di soggetti anomali, tendenzialmente devianti o criminali. È con Lombroso, del resto, che in un certo senso si entra nella storia propriamente moderna del tatuaggio, che oscilla tra devianza ed esibizione deliberata del sé eccentrico. Le due cose vanno poi spesso di pari passo, perché, in molti casi, colui che si tatua rivendica la propria eccentricità, il proprio essere "drop-out" (Vercellone, 2023).

Per queste ragioni, nei suoi aspetti più recenti, il tatuaggio è un fenomeno ambivalente tanto quanto ambiguo. In un certo senso, rinvia ai canoni dell'estetica sublime, con tutte le sue connotazioni di resistenza al dolore, al pericolo e alla morte, riverberando ed esplicitando ideali attraverso l'immagine impressa sul corpo.

Nel voler racchiudere il mondo in una sola pelle, e nel voler quindi esprimere in questa modalità il proprio Io, probabilmente affiora e matura una richiesta e un bisogno estremo di autonomia, non solo dalle consuetudini sociali, ma anche dal passato.

Con il tatuaggio l'identità vive sulla pelle e nel corpo, rinuncia al suo mistero e pretende di essere riconosciuta come testimonianza vivente in una dimensione gruppale. Il tatuaggio è quindi più o meno sempre connesso ad una sottolineatura del Sé, paradossalmente tanto individuale quanto gruppale, in un tentativo di ri-sensibilizzare la realtà, seguendo un tragitto di simbolizzazione e ri-simbolizzazione del proprio corpo.

Attraverso il tatuaggio prende così forma una sorta di psicologia e di estetica dell'indizio, del modello visivo, del "messaggio nella bottiglia", del simbolo consegnato a codici per complici affini, non necessariamente votata a un gusto universale, ma probabilmente orientata a comunicare la propria identità e il proprio "essere" con la speranza - e il sottostante bisogno - di affermare il proprio Io in relazione all'altro.

## **Bibliografia**

Anzieu D. (1985), *L'Io pelle*. Roma: Borla 1987.

Bick E. (1968), *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*. Torino: Boringhieri 1974.

- Beatrice L., Castellani A. (2019), *Tattoo. Storie sulla Pelle*. Milano: Silvana Editoriale.
- De Blasi V. (2007), Involucro e Pelle Psicica nella teoria e nella clinica psicoanalitica. In *Quaderni Sirpidi* 1. Roma: Aracne Editrice.
- De Blasi V. (2020), La relazione mente-corpo nello sviluppo del senso del Sé: riflessioni a partire dal pensiero di Daniel Stern. In “Polifonia del corpo in Psicoanalisi”, *Rivista Funzione Gamma*, 47.
- Fiumanò M. (1991), *Un sentimento che inganna*. Milano: Cortina.
- Freud S. (1895), Progetto di una psicologia. In *Opere* vol.II. Torino: Boringhieri 1976.
- Freud S. (1905), Tre saggi sulla teoria sessuale. In *Opere* vol.IV. Torino: Boringhieri 1976.
- Freud S. (1923), L'Io e l'Es. In *Opere* vol. IX. Torino: Boringhieri 1976.
- Freud S. (1933), Introduzione alla psicoanalisi. In *Opere* vol.XI. Torino: Boringhieri 1976.
- Harlow H.F. (1958), The nature of love. In *American Psychology*, vol.XIII.
- Laplanche J., Pontalis B. (1968), *Enciclopedia della psicoanalisi*, vol. I e II. Milano: Laterza 1974.
- Pierrat J. (2016), *Tatuaggi, storia di una pratica ancestrale*. Milano: Ed. Sonda 2019.
- Ricoeur P. (2004), *Percorsi del riconoscimento*. Milano: Raffaello Cortina editore 2005.
- Stern D. (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri 1987.
- Vercellone F. (2023). *Filosofia del Tatuaggio. Il corpo tra autenticità e contaminazione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Winnicott D.W. (1970), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando editore.

**Vincenzo De Blasi:** Psicologo, Psicoterapeuta, già Docente di Psicologia dello Sviluppo presso l'Università Tor Vergata di Roma, Socio Argo, Presidente Associazione Fortuna APS.

**E-mail:** [vdeblasi@yahoo.com](mailto:vdeblasi@yahoo.com); sito internet: [www.vincenzodeblasi.com](http://www.vincenzodeblasi.com)

## **L'identità di genere**

*Giuseppe De Vita*

### **Abstract**

C'è una vasta letteratura sui temi dei *gender studies* che va via via riconoscendo sempre più in dettaglio le caratteristiche specifiche delle varie forme della sessualità e delle identità di genere. Il presente contributo vuole evidenziare le differenti sfaccettature della nozione di sesso e di genere. Riguardo il sesso l'articolo distingue e analizza il sesso cromosomico, il sesso gonadico, il sesso ormonale, il sesso anatomico, il sesso culturale-sociale. Riguardo l'identità di genere invece si distingue e analizza il travestitismo, transgenderismo, l'identità neutra e queer. Nelle conclusioni sono riportati i limiti ed i potenziali futuri sviluppi dei temi trattati.

**Parole-chiave:** identità di genere, sessualità, gender studies, psicoanalisi, bion

### **Abstract**

There is a vast literature on the topics of gender studies which is gradually recognizing in more detail the specific characteristics of the various forms of sexuality and gender identities. This contribution aims to highlight the different facets of the notion of sex and gender. Regarding sex, the article distinguishes and analyzes chromosomal sex, gonadal sex, hormonal sex, anatomical sex, cultural-social sex. On the other hand, regarding gender identity, the article distinguishes and analyzes transvestism, transgenderism, neutral and queer identity. The conclusions report the limits and potential future developments of the topics covered.

**Keywords:** gender identityb sexualityb gender studies, psychoanalysis; bion

## **Presentazione**

Inizierei il lavoro partendo dalle definizioni di identità, sessualità, amore e disforia, fornendo anche due ipotesi contigue all'identità di genere nel contesto collettivo secondo il vertice della psichiatria, della psicologia dinamica e della psicoanalisi di gruppo.

### **Identità**

L'identità è la descrizione obiettiva di una individualità come costruzione, ricerca e conoscenza di sé, delle proprie radici, della memoria, degli eventi salienti della propria infanzia e delle componenti, mature e non, della propria mente.

*Identità oggettiva:*

Il modo in cui ciascuno è riconoscibile e inconfondibile agli altri.

*Identità soggettiva:*

Il modo in cui ciascuno si percepisce, si autodefinisce, si descrive, si accetta e si relaziona per come è.

### **Sessualità**

La sessualità è una polarità biologica, chimico-fisica e fisiologica che provoca e rende possibile una o più modificazioni nella relazione con "l'altro", diverso/a da noi.

*Leggi della sessualità*

- 1)Ogni essere vivente ha una sua polarità sessuale.
- 2)Ogni individuo possiede le caratteristiche potenziali del sesso opposto.
- 3)La sessualità ha una variazione di intensità nel tempo, nello spazio e negli individui.

4) La sessualità e la riproduzione possono essere connesse o no.

L'amore non è Attaccamento, Possessività, Dominio, Gelosia, Ambizione, Competizione, Voler Diventare. L'amore è qualcosa che capita, si scopre e permette agli individui coinvolti nella relazione affettiva di vivere e pensare senza eliminare ciò che dà benessere e gioia.

### **Disforia**

È un campo affettivo caratterizzato da agitazione, irrequietezza, malessere, insoddisfazione verso il consueto ruolo sessuale cui si appartiene con il desiderio di un ruolo, di un corpo di sesso opposto, diverso.

La prima ipotesi psicoanalitica che vorrei sottolineare così recita: *“le forti spinte emotive positive e/o negative cambiano repentinamente l'humus dell'apparato psichico individuale, gruppale e delle masse”*.

La seconda ipotesi condensa quanto segue *“la valutazione di ogni persona è strutturata da molti aspetti di personalità che tendono a d emergere nel contesto quotidiano”*.

Sono due ipotesi che tengono conto dell'essere psicoanalisti di gruppo nel campo privato, istituzionale e sociale, il cui comune intento è produrre un avanzamento che possa mettere in crisi la rigidità di alcuni modi di pensare la clinica, la teoria e la pratica.

Molti dubbi ci pervadono quando affrontiamo temi delicati e difficili da ponderare. Per una riflessione più puntuale sull'identità di genere partirei proprio dalle vicissitudini personali di Freud. Prima di approdare alla seconda topica e alla *“Psicologia delle masse e analisi dell'Io”*, che ha determinato una variazione clinica significativa nella sua teoria, Freud stabilì rapporti professionali, personali ed epistolari con Wilhelm Fliess e con Wilhelm Stekel. Quali funzioni svolgevano queste relazioni per Freud? Lo evidenzia molto bene René Kaës: *“questi rapporti hanno svolto per Freud la funzione di ascolto, di accompagnamento, di simbolizzazione in una relazione di coppia come doppio narcisistico-omosessuale”* (Kaës, 1994, pp. 29-31)

La rottura drammatica di queste relazioni prima con Wilhelm Fliess poi con Wilhelm Stekel, fece sì che egli sentisse il bisogno di riunire tutti i suoi primi allievi in gruppo in modo tale da evitare *“l'incontro sessuale o la sua rappresentazione”* (ibidem). Dunque, la psicoanalisi nasce, e non è un paradosso, prima nella relazione di coppia che permette di evitare l'incontro con le forme più elementari della sessualità, e poi di gruppo che impedisce l'incontro sessuale. Lo spunto più radicale per Freud è rappresentato proprio dal gruppo, perché in esso trova *“eco ai suoi pensieri, gli comunica le cose dell'inconscio, gli insegna procedure cliniche, metodi di conoscenza e sarà l'arma delle stanze del suo apparato psichico, delle sue identificazioni isteriche ed erotiche, del suo sistema di relazione d'oggetto (soprattutto di appropriazione e masochista), che saranno gli organizzatori per i legami inter soggettivi con i suoi colleghi-allievi, gli amici e i fratelli”* (ibidem).

Il gruppo per Freud sarà anche *“la scena delle sue proiezioni diffratte e grandiose, dei suoi conflitti inconsci, delle sue drammatizzazioni e dei fantasmi di preminenza. Egli mette in campo tutte le trasformazioni della sessualità (seduzione, castrazione, omosessualità, bisessualità) della rivalità e della riconoscenza”* (ibidem).

Freud riconosce la base della sua teoria psicoanalitica in gruppo, ma non riesce a rintracciare le trame edipiche in esso nascoste forse per evitare nuovi ulteriori turbamenti nel solitario percorso della sua autoanalisi.

Il raccordo fra la psicoanalisi di gruppo, nel significativo apporto bioniano, e la psicoanalisi individuale freudiana trova la sua dimensione efficace nel lavoro clinico e teorico di Eugenio Gaburri: *“le persone in gruppo fanno esperienza dei loro fantasmi originari e della loro proto-identità, tendono poi ad impostare il gruppo di cui sono membri in modo rigido secondo gli assunti di base e a viverlo come sostituto della assenza di identità”* (Gaburri, 1997).

**L'analogia fra psicoanalisi individuale e di gruppo si può riassumere in questo schema esemplificato:**

<b>PSICOANALISI DI GRUPPO</b>	<b>PSICOANALISI INDIVIDUALE</b>
AdB DIPENDENZA	SEDUZIONE
AdB ATTACCO- FUGA	CASTRAZIONE PAURA DELLA MORTE RISPOSTA ALL'INVIDIA
AdB ACCOPPIAMENTO	SCENA PRIMARIA

In gruppo c'è la possibilità di vivere un appagamento, una prima esperienza di tollerare assenza di identità e di reggere la frustrazione spazio-temporale. Ritengo che sia proprio questo il salto evolutivo che va dalla psicoanalisi individuale alle "masse" e al gruppo per sperimentare una proto-identità. Ogni individuo si relaziona alla massa, alla società, in maniera più bloccata, più rigida, mentre in gruppo vive una maggiore flessibilità, una maggiore complessità (Corrao, 1977).

Ritorniamo a Freud: egli aveva intuito che l'Edipo fosse una semplificazione; infatti in "L'Io e l'Es" scrive: *"una ricerca più approfondita consente spesso di scoprire l'Edipo in una forma più completa, in una forma doppia, positiva e negativa insieme, in rapporto alla bisessualità del bambino/a. E' possibile che l'ambivalenza constatata nei rapporti con i genitori si spieghi in via più generale, con la bisessualità"* (Freud, 1923).

Forse i tempi non erano maturi per far sì che potesse emergere, in tutta la sua variegata espressività, l'identità di genere. Questo lavoro vuole mettere a fuoco, aprendone una prospettiva, la complessità della relazione di identità con il contesto ambientale, sociale in cui il nostro essere (eterosessuale, omosessuale, bisessuale, transessuale) si esprime. Ma, vuole soprattutto eliminare "l'identità di genere" da ogni definizione che esprima aspetti patologici dell'identità. Non è il genere naturale, imposto, scelto, ad essere malato, ma alcuni gravissimi agiti che purtroppo appartengono ad ogni identità (di genere). Entriamo adesso nel campo specifico della determinazione del sesso e delle ricerche ad essa correlate nella società attuale. Intanto va subito sottolineato che è un lungo percorso che si sta seguendo del quale molto si sa, ma c'è tantissimo da mettere in luce. Non c'è un solo fattore a stabilire il sesso, ma tanti e con peculiari caratteristiche. Nei mammiferi, uomo compreso, il tratto riproduttivo maschile dipende soprattutto dal testicolo fetale e dagli ormoni da esso prodotti; mentre il tratto riproduttivo femminile è indipendente dall'ovaio fetale. È stato da tempo dimostrato che feti di coniglio maschio, cui erano asportati i testicoli quando il tratto genitale era ancora indifferenziato, nascono con genitali femminili esterni ed hanno tube, utero e vagina superiore. Mentre, l'innesto di testosterone in cristalli impiantati in feti femmine provoca la differenziazione in epididimi, vasi deferenti e vescicole seminali. Quindi, molto spesso nei mammiferi la differenziazione dell'identità di genere dipende dalla maturazione del testicolo. Vediamo ora quali sono i fattori che inducono nella gonade indifferenziata, la differenziazione in senso testicolare.

È dal 1959 che è nota la correlazione fra il cromosoma Y e il testicolo, indipendentemente dalla presenza e dal numero del cromosoma X:

<b>Y; XY; XXY</b>	<b>Sono maschi</b>
<b>XO; XX; XXX</b>	<b>Sono femmine</b>

Quindi, il cromosoma Y - braccio corto - innesca la crescita del testicolo. Lo sviluppo degli organi riproduttivi è lo stesso nel maschio e nella femmina fino alla settima settimana di vita intrauterina; poi le cellule sessuali primitive si portano nella parete dell'intestino posteriore da

dove raggiungono la cresta genitale. La gonade maschile sviluppa fasci radiali di tessuto fibroso che si dividono in cordoni i quali convergono e si anastomizzano fra loro formando la rete *testis* al cui interno sono racchiuse le cellule germinali (cellule di Leydig). Nel frattempo, proprio come nelle femmine, si forma un dotto (dotto promesonefrico di Müller) che nel maschio degenera, mentre si sviluppa un dotto mesonefrico che diventerà il deferente che nella porzione prossimale diventa epididimo, nella distale la vescicola seminale che dilatandosi formerà il dotto eiaculatorio. Così si forma l'apparato genitale maschile. Ciò significa che il cromosoma Y contiene geni capaci di indurre la gonade indifferenziata in senso testicolare. Questi geni (Testis Differentiation Factor (TDF) e Sex Region Y SRY) sono presenti sul braccio corto del cromosoma Y (Yp) perché si è scoperto che soggetti con delezione del Yp erano femmine. Nel 1966 Ferguson e Smith avevano notato l'esistenza di maschi XX. Cosa poteva indurre ciò? Durante la meiosi paterna X e Y si appaiano per un breve tratto del braccio corto, che facilita la ricombinazione. Allora i maschi XX sono tali perché un cromosoma X contiene il braccio corto di Y con locus geni TDF e SRY. Si possono inoltre identificare femmine XY perché mancanti del braccio corto dell'Y paterno. Dunque, ci sono almeno due geni che determinano il sesso. Ma non è finita qui. Sono noti nell'uomo e nei topi disgenesie gonadiche XY non legate al cromosoma Y.

1) Nella Sindrome di Denys-Drash caratterizzata da nefropatia, proteinuria, sindrome nefrosica e propensione allo sviluppo del tumore di Wilms, sono presenti anomalie genitali in soggetti XY che possiedono genitali esterni ambigui o femminili, e XX con fenotipo femminile, ma genitali interni displastici. In questa sindrome non è partecipe attivo il cromosoma Y, ma una delezione dell'autosoma 11, una regione con un gene WT1, che codifica una proteina specifica delle cellule del Sertoli e delle cellule della granulosa dell'ovaio. Ciò indica che anche in geni autosomici possono essere importanti per la differenziazione sessuale.

1) Il Nanismo campomelico è una sindrome letale in periodo perinatale, caratterizzata da difetti scheletrici ed extrascheletrici, che presenta inversione di sesso dovuta a riagganciamenti delle bande q24.3, q25.1 dell'autosoma 17. Altra sorpresa! Questo implica che un gene o più geni localizzati in autosoma 17 sono correlati all'inversione del sesso.

2) La Sindrome di Smith-Leimli-Opitz con anomalie congenite multiple, frequenti quelle urinarie spesso letali nel periodo perinatale, presenta individui XY con genitali esterni ambigui o femminili. Anche in questo caso c'è delezione 7q34-qter che indica nella porzione distale del braccio lungo dell'autosoma 7 la localizzazione di un gene che determina il sesso.

Questa digressione vuole solo confermare che il sesso pertiene a fasi di identificazione e di processi molto più complessi di quanto si potesse ritenere qualche anno fa e con confini meno netti.

Proporrei un piccolo schema riassuntivo. Possiamo dire che ci sono:

- a. Sesso Cromosomico: XY (maschi, rare femmine)<sup>1)</sup>
- b. XX (femmine, rari maschi con piccoli frammenti dl Y dislocati su X)<sup>2)</sup>
- c. Sesso Gonadico (ovaio, testicolo)
- d. Sesso Ormonale: il testosterone è indispensabile per lo sviluppo del pene e della mascolinità.
- e. Sesso Anatomico
- f. Sesso Culturale-Sociale

Darei voce alla multiformità della identità di genere con cui ci confrontiamo oggi. Accanto alle due identità di genere eterosessuali si aggiungono:

- a) TRAVESTITO: una persona che prova piacere nell'indossare abiti di sesso opposto;
- b) TRANS: la condizione sessuale da un punto di vista fisico non corrisponde alla condizione psicologica. Spesso il soggetto vuole cambiare il proprio status con interventi medico-chirurgici;
- c) TRANSGENDER: tutte le persone che non vogliono sentirsi "racchiuse" in una identità di genere definita.

- d) DRAG QUEEN/KING: persone che indossano abiti di sesso opposto, senza provarne piacere.
- e) MALE TO FEMALE, FEMALE TO MALE: persone che con cure e interventi cambiano sesso.
- f) NEUTRO: una persona la cui identità di genere è riconosciuta come né maschi né femmina.
- g) QUEER: coloro che delegittimano i concetti di sesso, genere, sessualità e amore socialmente regolamentati e stereotipati.

Siamo ora in grado di notare che maschile e femminile non sono due entità distinte e separate, ma sono tanto vicine l'una all'altra che finiscono per confondersi in una primitiva ambiguità. In ogni maschio si nasconde una donna; in ogni donna si nasconde un maschio. A volte ciò accade in modo tale da sopraffare la personalità; altre volte, invece, avviene in maniera poco pronunciata, tale da essere appena percepibile.

Oggi non si può più parlare di "tipo di donna", "tipo di uomo", ma di una serie di infinite gradazioni che si estendono dall'un tipo all'altro. Questo nuovo modo di considerare l'identità di genere ci aiuta a comprendere non soltanto le rare anomalie già elencate, ma anche l'omosessualità maschile e femminile e le sue molteplici manifestazioni. Nessuno può vantare di essere "uomo" o "donna" al 100% perché il totale differenziamento sessuale è rarissimo; è quindi necessario evitare di formulare giudizi che il più delle volte rappresentano, soltanto, le nostre stesse condizioni portate alle estreme conseguenze. Noi siamo diversi — se lo siamo — perché un "commutatore" bio-fisiologico con il suo funzionamento, forse, ci ha permesso di possedere una identità di genere differenziata. Questo ci dovrebbe fare capire che spesso si è troppo semplicistici nel considerare il concetto di "uomo" e di "donna". Le generalizzazioni che ne nascono, se non vengono accolte con le dovute riserve, sono dannose per molti esseri umani, perché spesso possono essere validate come vere. Vorrei ricordare, inoltre, che ancora oggi vi sono grandi barriere istituzionali all'emancipazione delle donne e dei "diversi"; occorre prendersi una pausa dalle varie e poco chiare visioni parziali sul genere. Prendersi una pausa significa aprirsi ad altre prospettive e, in particolare, alle modalità "queer" in cui maschi, femmine e "diversi" si rapportano tra loro, senza che a prevalere sia un aspetto categoriale, esistenziale o di appartenenza di genere. Questa nuova formula è il superamento della dicotomia rigida dei vecchi schemi del maschile con deriva verso il maschilismo e del femminile verso il femminismo. L'essere "queer" (Janet Halley, 2007) delegittima i concetti di sesso, genere, sessualità e amore socialmente regolamentati e stereotipati. Non solo perché le nostre varie identità non possono venire categorizzate in modo rigido, ma anche perché è eccessiva l'insistenza socio-culturale sui due sessi. L'unica importante puntualizzazione da fare, nello svuotare l'eterosessualità dei suoi valori conformistici, è evitare di proporre nell'essere "queer" gli elementi relativi agli agiti che spesso accompagnano le nuove forme di appartenenza di genere. Va condannata, senza ombra di dubbio, ogni forma di prostituzione, sadismo, masochismo, pedofilia...

Ripeto, dobbiamo con forza prenderci una pausa, più di una pausa, dalle eccessive ossessioni per la sessualità agita, compresa la maternità desiderata, così da poter dare rilevanza all'unica nostra libertà di scegliere pratiche, interpretazioni diverse da quelle dominanti, senza sentirsi ghettizzati, giudicati, vilipesi, offesi, vessati.

*Si ringrazia il prof. Giulio De Felice per aver contribuito all'Editing del manoscritto (3).*

### **Bibliografia**

- Bion W.R.(1997), *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Armando, Roma.
- Corrao, F. (1977), *Per una topologia analitica*. In "Orme" Vol I. Cortina, Milano, 1998.

- Freud, S. (1929), Il disagio della civiltà, in *Opere*, vol. 10. Bollati Boringhieri, Torino.
- Freud, S. (1923), L'Io e l'Es. In *Opere* vol. 9. Bollati Boringhieri, Torino.
- Gaburri E. (1997), *Emozione e Interpretazione*. Boringhieri, Torino.
- Halley, I. (2004), Queer theory by men. *Duke J. Gender L. & Pol'y*, 11, 7.
- Jagose, A. (2009), Feminism's queer theory. *Feminism & Psychology*, 19(2), 157-174.
- Kaës, R. (1994), *Il gruppo e il soggetto del gruppo: elementi per una teoria psicoanalitica del gruppo*. Borla, Roma.
- Rugi, G., Gaburri, E. (1998), *Il campo gruppale: l'istituzione, la mente del terapeuta e gli scenari del gruppo*. Borla, Roma.
- Spinoza, B. (1928). *L'Etica, esposta e commentata da Piero Martinetti*. Paravia, Torino.
- O.N.U. Convenzione Sulla Protezione e Promozione Della Diversità delle Espressioni Culturali. Parigi (3-21).10.2005.

### Note

- 1) Se c'è una castrazione intrauterina il feto nascerà cromosomicamente femmina.
- 2) Con castrazione o estradiolo in eccesso il feto nasce sempre femmina.
- 3) Il Prof. De Felice è docente presso la Sapienza Università di Roma, è psicoterapeuta individuale e di gruppo accreditato presso l'Istituto di Psicoanalisi e consulente esterno del Programma Alimentare Mondiale - Nazioni Unite.

**Giuseppe De Vita** Psichiatra, Psicoanalista membro didatta dell'I.I.P.G. Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo.

**Email:** [giuseppedevita48@gmail.com](mailto:giuseppedevita48@gmail.com)

## **COVID 2020: CONTRIBUTO DI PIETRO ROBERTO GOISIS**

Psicoanalisi del Covid da un letto di ospedale

*Cosa succede quando è un medico a trovarsi dall'altra parte della barricata? Il diario di uno psicoanalista milanese che, colpito dal virus, ha trascorso due settimane in terapia sub-intensiva condividendo incubi e gioie di colleghi e infermieri. A cui ora può dire grazie*

**Sul Venerdì di Repubblica del 1° maggio 2020 – n. 1676**

Non sapevo cosa sarebbe successo. Fin dall'inizio dell'emergenza il mio stato d'animo era sereno. Consapevole della situazione che si stava profilando, attento alle norme comportamentali, vivevo in una sorta di convinzione onnipotente che non sarei stato contagiato, che avrei dovuto proteggere gli altri e dare il buon esempio. Ancora ignoravo che quello del 29 febbraio e 1° marzo 2020 sarebbe stato l'ultimo weekend di libertà. Ero tornato a Milano domenica sera. Accolto a Malpensa con termometri a infrarossi. Niente febbre. L'aeroporto sembrava blindato, surreale. Questo, se ci ripenso, è stato il primo momento di paura. Ma io sono stato attento, non sono mai uscito, non ho visto nessuno. Solo i miei pazienti. Sani.

"Dottore... per davvero, come sta?". Con questa domanda Edgardo apriva la prima seduta della settimana zero del Covid-19. È lunedì 24 febbraio, mattina presto, ha chiesto di non venire di persona, ma di parlarci via Skype. È un giovane uomo, elegante e flessuoso, famiglia della buona borghesia, che lavora con passione in campo artistico. In genere, pur coinvolto nel nostro percorso, mantiene un certo signorile distacco, tale da farmi ogni tanto interrogare sul suo effettivo coinvolgimento nella terapia. Forse come conseguenza di una precedente analisi, nella quale vigeva un eccesso di distanza e freddezza, direi rigidità. Ma adesso è un problema mio. Lui c'è, eccome. E questa volta lo sento davvero. Per davvero, come dice. E se nella paura, la seduta a distanza, la situazione generale, Edgardo avesse trovato finalmente il modo di starmi e sentirmi vicino? Questa pandemia ha modificato molti parametri e abitudini. Nel nostro lavoro ogni gesto ha precisi contenuti e simbologia. Come apriamo una porta, come salutiamo le persone quando entrano ed escono, dove posiamo le nostre mani durante i colloqui, come tossiamo e starnutiamo, a che distanza stiamo (chi l'ha mai misurata finora?). Siamo abituati a confrontarci con i nostri pensieri in seduta, alcuni sono spiacevoli, altri belli. In genere li attribuiamo ai nostri interlocutori che ce li "mettono dentro". Ora sembra invece che siano proprio nostri, nostri...

Come me, ogni altro psicoanalista si è probabilmente chiesto come avrebbero reagito quei pazienti con problematiche che riguardano la sfera ipocondriaca. Con un iniziale stupore, sia mio sia loro, ho notato una significativa capacità di "tenuta". Poi, riflettendoci, ce ne siamo fatta una ragione. Abbiamo ipotizzato che il "sistema" è andato in crisi perché non era preparato alla gestione di un'emergenza. Al contrario, un ipocondriaco è ben allenato, pronto e abituato a gestire questo tipo di situazione. E guarda gli altri che si agitano come fossero degli alieni. Confidavo invece sul fatto che, con le dovute eccezioni, gli altri pazienti avrebbero affrontato con "competenza" il momento che stavamo vivendo, ed è ciò che è accaduto, almeno tra quelli che incontro. Questo è apparso nei temi affrontati, negli stati d'animo, nelle emozioni mostrate, nei comportamenti raccontati. Pur tra oscillazioni sul continuum minimizzazione-apprensione. Insomma, mi sembra di poter dire che se la cavano meglio della maggior parte dei nostri concittadini. Evidentemente il lavoro psicologico in atto, il poter contare su uno spazio e un interlocutore sono stati fondamentali. Come confermato da una mia simpatica e brillante paziente che mi ha

scritto: "Noi psicolabili, possiamo resistere. E poi sa, in questo momento, siamo quelli con più strumenti, in fondo, perché ci alleniamo da molto tempo a fare in conti con noi stessi".

Lunedì 2 marzo avverto vaghi disturbi: dei brividi, un po' di stanchezza, molti dolori muscolari, poca voglia di mangiare. Martedì sera scopro di avere un po' di febbre, senza alcun sintomo. Mi sento forte, ma abbastanza saggio. Chiamo il numero regionale a disposizione, rispondono dopo pochi squilli. Mi rassicurano. Mercoledì chiamo il mio medico di base. "Prenda la tachipirina". La febbre scende. La febbre sale. Venerdì, finalmente, mi fermo. A letto, stanco, stordito, inerte. Nonostante ciò, impavido. Domenica inizio una terapia antibiotica. Lunedì 9 marzo RX torace e esami del sangue. Diagnosi: polmonite batterica. Mi sento felice come un bimbo. Penso al paradosso del momento che viviamo. Felice di avere una polmonite, perché batterica... Qualcosa non sta già più funzionando nel mondo. Nuove terapie e antibiotici. Ce la farò. Forse. Devo avvisare i miei pazienti. Mando così il primo messaggio sulle mie condizioni personali. Scrivo che mi hanno riscontrato un'infezione batterica polmonare e che per almeno una settimana non potrò lavorare. Ricevo risposte affettuose e calde. Martedì continuano la febbre e la spossatezza. Alla sera la svolta. Il mio medico di base ha attivato il 112, vado al Pronto soccorso del Fatebenefratelli per un controllo e, si spera, un tampone. Ricordo bene il senso di scocciatura per la decisione, immerso in un fatalismo che sembrava avere il letto come unico rifugio sicuro e garantito.

Ho in mente un simpatico ed energico lettighiere che mi prende in consegna sull'ambulanza. È il primo operatore che incontro bardato come nei film sulle guerre batteriologiche. Parliamo di volontariato e croci rosse mentre attraversiamo una Milano già deserta. Dai piccoli finestrini gioco a indovinare il percorso che intuisco dalle forme dei palazzi più alti. Non so bene cosa stia succedendo dentro e fuori di me. Mi faccio portare dall'onda degli eventi, ineluttabili più che mai. Il Pronto soccorso è una no man's land. Mi accolgono al triage. Sono in codice verde. Attenderò. Realizzo di avere il telefono un po' scarico, nessun caricabatterie, né libro, né iPad. Mi indicano dove sedermi, a distanza, in attesa. Ho una bella mascherina, i guanti. Quando supero l'angolo del corridoio, per la prima volta realizzo dove sono finito. Da casa mi chiedono com'è la situazione. "Qui ci sono tre cadaveri, una matta, uno di colore, un cinese" rispondo. "Se ci mettiamo anche uno psichiatra sembra l'inizio di una barzelletta..." ribattono. Ma la situazione è davvero folle e inimmaginabile. Siamo in trincea, si respira allarme.

Inizia l'attesa, ogni persona nuova che arriva è un concorrente, un rivale nella corsa a essere visto dal medico. Infermieri corrono di qua e di là, mi guardano come se fossi trasparente. Ogni tanto mi volto, controllo il muro dietro di me per sentire se ci sono davvero o se forse sono scomparso. Passano le ore, senza bere, senza mangiare, senza un tempo, senza una fine. Attendo. Dopo sei ore provo a chiedere quale sia il mio posto in classifica. Non lo sanno. Dopo sette annuncio che sto per andarmene. "Tocca quasi a lei!". Mi fermo. Altra svolta. Il medico è giovane, ma sembra sapere il fatto suo. Io pure... credo. "Dottore, mi ascolti, sono un collega, è giorni che cerco di farmi fare un tampone. Ho già RX torace e gli esami. Sembra una polmonite batterica. Se mi fa il tampone, me ne vado e vi lascio liberi per altri". Acconsente subito, mi sento capito. Al contempo mi guarda serio serio: "Io non sono mica tanto convinto che sia batterica. Ora le faccio anche gli esami e voglio vedere l'ossigenazione del suo sangue. In un'ora sapremo tutto". La mezzanotte è vicina, ma ora vedo un punto d'arrivo. Riesco anche a trovare la voglia di chiacchierare con questo giovane medico, energico e motivato. Mi piace. "Cosa volevi fare quando hai iniziato Medicina?" gli chiedo. "Il medico di base, era il mio sogno. Poi ho incontrato il Pronto soccorso e me ne sono innamorato. È quello che voglio fare per sempre, anche se non posso fare la Specialità e lavoro come partita Iva. Ora siamo ammirati, temo che poi se ne

dimenticheranno tutti...".

L'esecuzione del tampone (gola, narice destra, narice sinistra) è doloroso e invasivo. L'avessi saputo prima non avrei insistito tanto per farlo. Meglio così. Respiro sempre peggio. Quando gli esami sono pronti, il dottore mi richiama. "Può essere che sia batterica, ma lei ha un'insufficienza respiratoria grave, classe 4, devo ricoverarla!". Per il tampone ci vorrà un giorno. Perdo consapevolezza, sono stanco, è tardi, l'una di notte, poco lucido. Ho paura. Dove mi metteranno? Chiedo il permesso di andare a dormire a casa e ricoverarmi il giorno dopo. Firmo. Mi autodimetto. Una follia. Posso dirlo? Una cazzata! Forse mi ero infettato il cervello... Mercoledì mattina, è l'11 marzo ormai, il mio angelo custode domestico (ne avrò molti in servizio da qui alla fine) richiama il 112. In meno di un'ora l'ambulanza è sotto casa. Codice giallo, serene spiegate, di nuovo in Pronto soccorso. Ormai sono di casa. Dopo un'ora mi stanno già visitando. La dottoressa rilancia l'ipotesi della polmonite batterica. Mi fanno esami per infezioni plurime, del sangue, delle vie urinarie, la legionella. Mi attaccano alla bombola di ossigeno. Sarò ricoverato in Medicina d'urgenza, in attesa dell'esito del tampone. Sto meglio. Mentre aspetto, tra il disperato e il preoccupato, solo in astanteria, alla ricerca di contatti umani, penso a un collega che lavora nel Cps, mi ero chiesto se fosse in servizio, avevo immaginato di cercarlo. Poi mi sono assopito.

Al risveglio mi portano in reparto. Camera doppia, uso singolo. Per forza. Qui ho il primo duro incontro con l'isolamento e le norme di protezione sanitarie. Un'infermiera, più spaventata di me, mi impone di indossare sempre la mascherina e mi avvisa. "Qui rimarrà poco. Se positivo sarà trasferito, se negativo anche. E non si faccia portare nulla. Se positivo, ogni sua cosa sarà buttata via e bruciata". Penso alla mia borsa, al mio giaccone, ai miei vestiti. Non posso crederci. Per la prima e ultima volta sento una parola terribile riferita a chi entra nella mia stanza: "Sono sporca" dice un'altra infermiera. Intende che non è più sterile. Mi fa male. Sono sporco anch'io. In questa attesa i ricordi si fanno meno precisi. Riposo, riposo, riposo. Giovedì mattina arriva un'altra dottoressa. "Ha novità?" le chiedo. "Sì, è positivo, ora la trasferiamo al Sacco!". Diretta. La apprezzo. POSITIVO. In genere è un concetto che mi piace, simile a ottimista, è un approccio alle cose che pratico. Forse non avrei voluto sentirmelo dire, questa volta. Il 12 marzo 2020 sono diventato un numero nelle statistiche e nei bollettini.

Ero uno dei 15.113 italiani positivi al tampone, uno degli 8.725 lombardi, uno dei 4.277 ricoverati della regione. Mi chiedo tuttora quale sia l'impatto numerico. In assoluto sono cifre da spettatori di un'importante partita di basket o di una media partita di calcio. Piccole percentuali sulla popolazione. In assoluto, viste come una distesa di letti in un ospedale, mi sembrano un'enormità, una folla, una moltitudine. Non sono solo, siamo in tanti, preoccupiamo medici e epidemiologi. In realtà, la positività è quasi un sollievo, la ragione del mio malessere, la risposta a tante domande. Da lì a poco una nuova ambulanza. Un viaggio in compagnia di un altro "positivo". A sirene spiegate, quelle che tanti milanesi hanno avuto come unica colonna sonora nelle settimane di lockdown. Conosco bene la strada per il Sacco. Non mi accompagnano buoni pensieri. Costruito come sanatorio per la Tbc nel 1927 e chiamato Vialba, mi ha accolto al primo anno di Medicina per le prime autopsie. Famoso in seguito per la cura dell'Aids. Qui ho visto per l'ultima volta Gigi, il mio padrino di battesimo, ricoverato per un tumore gastrico. I pensieri corrono veloci. Brutti e spietati, non riesco a fermarli. Conosco la mia mente, difficile gestirla in questo momento. Ci portano nel reparto di Medicina 2, è stato appena riconvertito per accogliere i Covid-19. Quando si apre la porta del reparto vedo un nugolo di infermieri e medici schierati in fondo al corridoio. Si muovono, bardati e guardinghi, intorno a noi. Sembrano farsi forza l'un l'altro.

"Quale letto vuole?". È una stanza grande, abituata a ospitare tre letti, ora ci tiene in due. Non faccio complimenti, scelgo quello vicino alla finestra. Una buona opzione, lo capirò poi. In poco tempo arrivano i primi controlli e le prime visite. Arrivano due medici, lo so perché si qualificano, uno strutturato e la sua specializzanda. Oltre ai parametri vitali e all'esame obiettivo mi fanno la prima ecografia polmonare. Risuonano tra di loro sigle e termini per me incomprensibili. Però sono in grado di decifrare queste parole: "Ha i polmoni completamente bagnati. Dobbiamo aiutarla ad asciugarli. Abbiamo visto che funziona bene l'applicazione di un casco, con ossigeno forzato, per molte ore al giorno. Fra poco iniziamo. E poi le daremo delle terapie. Le chiederemo solo il consenso verbale, non possiamo tenere alcun pezzo di carta".

Per la seconda volta decido di qualificarmi come medico, mi sembrano contenti. Mi somministrano dei farmaci "retrovirali" (quelli per l'Aids, quel pensieraccio...) e antimalarici. Al contempo, da medico sui generis, non realizzo bene quali siano le mie condizioni. Sono rassicurato dall'essere in ospedale, ora decideranno loro terapie, dosaggi, cure. Mi affido. Totalmente. Verrò a sapere molti giorni dopo che delle telefonate che i medici fanno a casa, la prima avrà questo contenuto: "Signora, lei lo sa che suo marito è in una situazione molto grave? Lo teniamo in reparto, ma al confine della rianimazione, pronti a trasferirlo durante la notte al primo segnale negativo. Dobbiamo anticipare gli eventi, non farci cogliere di sorpresa. Dobbiamo anticipare l'infezione, non rincorrerla". Fortunatamente ne ero ignaro. Ancora oggi mi dispiace aver creato tanta preoccupazione. Sono un po' stordito, ma subito una cosa mi balza all'occhio. Nel via vai di personale che entra nella stanza, noto che si muovono sempre almeno in coppia. All'inizio non ne capisco la ragione, poi, giorno dopo giorno, mi rendo conto che si tratta di una scelta, con una funzione di sostegno reciproco di fronte a un compito e un lavoro terribili, rischiosi, a contatto continuo con la morte e la paura. Non so, non sono riuscito a chiederlo, se è stato pensato come un protocollo. In ogni caso è un'ottima scelta, utile anche a noi pazienti.

Un'altra cosa mi colpisce. Chiunque entri nella stanza è vestito e bardato in tenuta antivirale. Cuffia aderente in testa, occhiali isolanti e visiera in plastica che arriva al collo, mascherina Ffp3 serrata su bocca e naso, tre paia di guanti, camice usa e getta, calzari sulle scarpe. È impossibile capire chi sia, quale ruolo abbia, quale identità. Al tempo stesso pure i pazienti indossano una mascherina. È un incontro (??) tra uomini e donne mascherati. Perturbante per me che sul riconoscimento, sul guardarsi reciprocamente, sul conoscersi e riconoscersi, fondo gran parte delle mie modalità relazionali. Mi piace capire qualcosa delle persone osservando la faccia che hanno, le espressioni del viso. Adesso sono disorientato. Alcuni provano a scrivere un nome o una qualifica sul sopra-camicia, ma è episodico. Provo ad arrangiarmi. Cerco di fissare l'attenzione ai loro occhi. Qualcuno, dei blu intensi, dei meravigliosi tagli orientali, mi colpisce, ma non basta. Allora mi sposto sui dettagli. Molte dottoresse portano gli occhiali. Osservo e registro la marca sulle stanghette. Un giovane medico nasconde nella cuffia un codino, gli dico che sarà facile riconoscerlo per questo. "Attento a non confondersi, siamo in due ad averlo...".

Inizio piano piano a orientarmi tra i diversi interlocutori. Forse per questo ho sentito il bisogno di definirmi. "Mi chiamo Roberto, sono un medico". Dirlo mi aiuta. Al contempo noto tra di loro un'armonia, una solidarietà, un vincolo fortissimo. Una dottoressa alza la tapparella, un'infermiera rifà i letti, un'altra getta i rifiuti, si aiutano, ci aiutano. Ma questi sono elementi che si accumulano dentro di me nel tempo, nei giorni che passano. Torniamo alla cura. Alla partenza. Arriva il casco. Il suo nome mi diventerà familiare. Cpap. L'avrete visto, è un aggeggio di plastica trasparente, una specie di pallone dentro il quale si mette la testa, tra il casco da permanente e quello da palombaro. Un'altra delle mie salvezze. Costruito nella technological valley tra Bologna e Modena. Come tutte le cose

belle, con qualche difetto. Ore e ore dentro (anche 20 al giorno, all'inizio), poco tollerabile con la febbre alta (ti gira attorno aria ad alta temperatura), molto rumoroso (come fosse un aereo poco insonorizzato), questione brillantemente risolta con tappi per le orecchie o cuffiette per la musica. Oppure come astronauti dentro le loro tute spaziali, con tutte le conseguenze sul soddisfacimento dei bisogni fisiologici. Con Alberto, il mio compagno di stanza e avventura, ci dicevamo a ogni ciclo che partivamo per un viaggio aereo. Abbiamo fatto sicuramente il giro del mondo in lungo e in largo.

Ma a fianco dei viaggi virtuali, devo raccontare qualcosa dei viaggi mentali che la condizione di malattia, questa malattia, ha attivato. Il primo giorno, il dottore della telefonata mi aveva detto che tra gli effetti collaterali delle terapie ci potevano essere episodi deliranti, fenomeni allucinatori, stati confusionali. La febbre e la paura hanno contribuito, ne sono certo. La fase centrale della malattia è durata cinque giorni, un corpo a corpo intenso e appassionato con Mister Corona. Le notti, i momenti peggiori, tra incubi e pensieri che si avvitavano come trapani. Una volta ho visto mia figlia seduta su una seggiola in fondo al mio letto. Mi guardava con amore. Ero critico rispetto alla sua NON presenza, ma mi faceva piacere vederla lì, me la sono tenuta cara. Un'altra mi sono immaginato in montagna durante un'ascensione estrema. So che in certi casi la morte arriva perché, esausti, ci si lascia andare tra le braccia della fatica, del vento, del freddo. Ho pensato che alla peggio avrei avuto questa chance.

Cercavo di non essere raggiunto da nessuna notizia, ma sul piccolo televisore scorrevano le immagini della strage e della tragedia in atto a Bergamo, la mia città natale. Ho pensato che i bergamaschi potevano avere una fragilità genetica che li rende mortali davanti al virus. Un'altra volta mi sono dispiaciuto al pensiero di quante cose avrei ancora voluto fare, di quanti incontri avrei voluto godere, di quante opportunità avrei voluto beneficiare. E mi rammaricavo nel timore che non potessi più averne. Venerdì notte, la seconda sotto Cpap, qualcuno arriva e mi dice, scrivendo su un foglio che mi mostra davanti al casco, che vogliono somministrarmi endovena una terapia sperimentale, un farmaco usato nell'artrite reumatoide che abbatte gli indici infiammatori. "Ci dà il consenso verbale?". Avrei accettato anche la pranoterapia in quel momento. Ma, di nuovo, i pensieri. Se hanno tutta questa fretta, allora vuol dire che...

Per me niente visite, solo la possibilità di ricevere biancheria di ricambio una volta al giorno. Fortunatamente ero fornito di telefono, tablet, mac e, soprattutto, di tanta buona musica. Un bel rimedio lenitivo. Oltre alla mindfulness. Quel respiro che nella pratica è così fondamentale, diventava la ragione di ogni buon atto respiratorio. Cercare di sentirmi ed essere presente in ogni momento, una condizione di serenità. Accettare quello che stavo vivendo mi è servito in ciascuna delle decine di volte che mi hanno fatto prelievi venosi o arteriosi. "Lascia che gli aghi entrino in te" mi ripetevano. Ne hanno toppati due o tre. Bravi loro, e anch'io.

Presto ho saputo che lontano dall'ospedale, ma vicine al mio cuore, una moltitudine di persone ha vissuto con me e i miei familiari preoccupazioni, timori, speranze, gioie e sollievo. Li ho immaginati come un affollato coro greco che mi sosteneva e spingeva da dietro, mentre mi apriva la strada davanti. So, e corro il rischio di passare per esoterico, che ognuno è stato parte della mia cura. Ho sentito persone mai conosciute, risentite altre perdute. E poi, i curanti. Sono stato curato con competenza e attenzione, direi con affetto, e ho sviluppato un incontrollabile trasporto amoroso verso ogni figura sanitaria che mi si avvicinava, infermiere e infermieri, dottoresse e dottori, Osa, chiunque avesse un sopracamice. E, presuntuosamente, ho avuto l'impressione di un affetto reciproco.

Che dire di quella dottoressa che all'ennesima misurazione della giornata, prende in mano il termometro, lo guarda, esulta e mi lancia un gimme five. Ma come, non sono infetto? "Stiamo imparando a curarvi insieme a voi" ci dice un giorno un'altra dottoressa. Qualcuno poteva inquietarsi ascoltando questa affermazione. A me è sembrata lo specchio dell'umiltà, l'accettazione dei propri limiti, l'ascolto di ogni indicazione ("Dalla Cina abbiamo saputo, a Lodi hanno fatto..."), quella che in psicoanalisi si chiama "co-costruzione". Ci credo e la pratico.

A ripensarci, una sera non siamo stati così amorevoli: un infermiere si è rifiutato di spegnerci la luce fino a mezzanotte. Ero dentro il casco, non potevo alzarmi. L'ho mandato a quel paese. Arriva la prima domenica in reparto, inizio a stare meglio, mi chiedo chi verrà a visitarci. Arriva una coppia mista di medici, un lui e una lei, sono di buon umore, pieni di fiducia e entusiasmo. Mi dicono che sto andando proprio bene, che c'è ancora della strada da fare, ma che ce la farò. Mi tolgono i farmaci sperimentali, gli antibiotici, mi riducono le ore giornaliere di Cpap. Sono felicissimo, telefono a casa, mi emozionano.

Il tempo passa. Siamo tutti abituati ormai a una medicina che abbrevia ogni tempo ospedaliero, che dimette le puerpere un giorno dopo il parto, una chirurgia quasi solo in day hospital. Qui sento esattamente il contrario, c'è una chiara inversione di tendenza. Si viene dimessi solo se si sta veramente bene, a prova di ricaduta. Non vogliono correre rischi. Condivido.

Quando si capisce che stai guarendo? E da cosa? Ci sono dati oggettivi, parametri clinici, ecografie, dati numerici. Ci sono sensazioni soggettive. Utili. Mercoledì 18 marzo, durante il turno serale, due infermiere, le riconosco, Michela e Virginia, si avvicinano al mio letto. "Possiamo parlarle seriamente?" mi chiedono. Capisco che non parlano di me. "Abbiamo bisogno di aiuto, non ce la facciamo più. Ogni volta che si torna a casa riparte la paura di infettare i nostri familiari, i bambini. Ma questo lo gestiamo, come la paura tutti i giorni. Il problema è quando andiamo a dormire. Ne abbiamo bisogno, infatti crolliamo come sassi. Poi, improvvisamente, ci svegliamo e ci appare l'immagine dei vostri occhi, il vostro sguardo dentro i caschi e non riusciamo più a dormire".

Sono lusingato, sono felice, penso che se mi chiedono aiuto, vuol dire che posso darlo e non più riceverlo. Poi, questo è il mio cavallo di battaglia, l'immedesimazione. Parto. "Va bene che siate così partecipi ma, vedete, dovete cercare di mettervi nei panni degli altri senza diventare gli altri...". Mi interrompono subito. "Sì, sì, queste cose le sappiamo benissimo. Ma noi vogliamo trovare il modo di dormire!!". Cambio subito registro, ne sono ancora capace. "Ok, datemi una mail e vi mando delle indicazioni. Che sono queste: "Potete prendere della melatonina di qualità, oppure dei blandi ansiolitici, qualche goccia. Per i pensieri e le immagini, pensate a quei grandi pulsanti rotondi rossi d'emergenza che staccano la corrente. Immaginatene uno ancor più grande che spegne i vostri pensieri quando si attorcigliano. Poi, col tempo, ci potranno essere altri aiuti, se necessari". Due giorni dopo si affacciano alla porta. "Preso la melatonina, dormiamo! E il pulsante rosso funziona benissimo!!".

Giovedì 19 marzo, la festa del papà. Sono ancora in ospedale, ma va tutto bene. I parametri sono ok, senza casco, ancora ossigeno, normale decorso, pare. I medici del mattino sono ottimisti. Felice. Al pomeriggio arriva la "cattivona". Lei fa poco squadra con la collega, a meno che non si siano divisi i compiti. Poliziotto buono, poliziotto cattivo. Si muove con decisione. Gli occhi intelligenti e acuti sono rapidi e scattanti, coprono ogni angolo della camera. Mi sgrida un po', mi ammonisce, mi mette sull'avviso. "Guardi, che dovrà mettere ancora la Cpap, è facile ricadere, faccia il bravo, stia tranquillo, non abbia fretta". Sulle

prime mi spavento, temo scenari catastrofici, tentenno. Perché queste parole? Cosa succede? Che sia la temuta recidiva? Mi credevo vicino alla cima, mi sento rimandato giù al campo base.

Poi i pensieri, quelli buoni, si attivano. È abbastanza chiaro che ognuno gestisce l'ansia e la paura a modo proprio. Chi tirando fuori le emozioni come le due tenerissime infermiere della sera prima, chi facendo la dura come la dottoressa di oggi. So che è preoccupata per me. Che parla e agisce nel mio interesse. Che mi vuole guarire e non ci sta a perdere nessun paziente. Non riesco ad odiarla. La notte ci ripenso. So di essere un po' velleitario e presuntuoso. Mi faccio il film che se la "cattivona" fosse tornata oggi le avrei detto: "Dottoressa, mi dedichi cinque minuti noi due da soli. Si sieda qui in fondo al mio letto, che è un buon modo di stare vicino al paziente e mi ascolti. Voi siete bravissimi, io vi devo la vita e vi sono enormemente grato. Per me siete eroici, quindi intoccabili, ma ora le racconto cosa succede da questa parte quando passate e dite certe parole, come le sue di ieri, seppur con intento di cura e cautela nostra".

La fantasia mi ha fatto passare in allegria la mattina. La "cattivona", che tutti dicono essere bravissima, non è più tornata. Nel pomeriggio sento mia figlia al telefono. Siamo felici. Finita la telefonata scoppio a piangere, da solo, a singhiozzi, come un bambino. È la prima volta da giorni e giorni. Prima ero congelato dentro emozioni quasi impossibili da maneggiare. Mi sento sollevato. Un altro passo verso la guarigione.

L'ultimo pezzo di strada sarà il più lungo e lento. Non come in montagna dove la vetta o il rifugio da raggiungere spesso stanno dietro l'ultimo strappo. No, qui c'è un falsopiano che non finisce mai. Arriva una coppia di medici, due ragazzi aperti e disponibili. Praticamente mi leggono il prelievo arterioso dal vivo, come se fosse un test da controllare alla finestra. "Il suo sangue è bello rosso!". Ricevo un altro five. Guardo un'intervista a Angelo Marzano, un dermatologo, uno dei primi malati a Milano, ricoverato anche lui al Sacco. Confessa le paure che ha provato. Dice che ora potrà capire maggiormente i suoi pazienti, perché è stato un paziente anche lui. Parole sante, un mantra per me.

Gli ultimi passi sono segnati da una vera e propria camminata, anzi due. La prima avviene in reparto. La dottoressa, Marta, mi chiama fuori dalla stanza, mi porta in corridoio, non ci ero mai stato in dodici giorni. Mi fa indossare la mascherina, mi misura la saturazione e mi dice: "Ora cammini fino alla fine del corridoio e poi torni indietro, così vediamo come va la saturazione sotto sforzo". Provo le stesse sensazioni fisiche e emotive di un esame importante all'università. Cercando di tenere a bada le emozioni percorro i venti metri circa. Sul muro di fondo c'è un grande poster con un arcobaleno e quella scritta "Andrà tutto bene" che ha infastidito molti. In quel momento mi sembra meravigliosa, come se stesse parlando a me. La raggiungo commosso, mi giro e torno dal mio giudice personale. La saturazione è rimasta uguale. "Lo rifaccia, più veloce!". Penso di aver già preso 30 e immagino che questa sia la domanda per la lode. Cammino rapido e sorridente. La saturazione è stabile nuovamente. Il giorno dopo sarò dimesso. Scrivo il terzo e ultimo messaggio ai miei pazienti. "Guarigione...".

La mattina passa tra preparativi e attese, saluti e commiati. Durante l'ultimo prelievo arterioso chiedo a Federica, la giovane specializzanda: "Dottoressa, senza pretese scientifiche, mi dà le percentuali dei meriti per la mia guarigione tra le vostre competenze, le cure applicate e... il culo?". "30-30-30" risponde prima ancora di pensare. Ho l'impressione che si sia tenuta stretta sulla terza componente... Ci salutiamo, vorrei abbracciarla, glielo dico, so che non si può. "Però stringerci le due mani sì", dice lei. Lo facciamo con il piacere e l'intensità consentiti. "Non so come ringraziarvi". " Siamo noi a

ringraziare lei". Senza mascherina probabilmente ci scopriremmo due lacrime. Saluto con calore Alberto. Mi dispiace che rimanga lì, anche lui. È preoccupato per chi arriverà. Mio figlio mi aspetta a piano terra.

Ecco la seconda camminata. Prendo la mia borsa, un sacchetto, mi avvio lungo il corridoio, nell'altra direzione. Le mie cose sono pesanti. Mi chiedo se non sia uno sforzo eccessivo. Mi sa che siamo entrati in una fase nuova, sarà temporanea, quella del timore per il dopo. Salgo in macchina sul sedile posteriore, tra guanti e mascherine. Non so neppure io cosa provo. Ma c'è una foto appena salito in auto che mi mostra vincente. Gioia. Certamente. Ne avrei volentieri fatto a meno. Il 23 marzo 2020 sono stato dimesso. Guarito. Come altri 7.432 italiani e 6.075 lombardi dall'inizio dell'epidemia. Sono salvo, mi sono salvato, a differenza di 3.776 deceduti in regione. Tutti numeri che cresceranno in seguito.

**Pietro Roberto Goisis**, medico, psichiatra, psicoanalista, svolge attività clinica e formativa da più di quarant'anni in Enti pubblici e privati. Già Membro Ordinario SPI/IPA e Docente Università Cattolica di Milano. Ama la divulgazione psicologica, il cinema e la scrittura. Il suo saggio "Sopravvivere al Coronavirus" ha ricevuto una Menzione all'edizione 2020 del Premio Cronin. Nel 2021 si è classificato secondo nella sezione Narrativa del Premio con il racconto *Venute al mondo*. Per Mimesis ha scritto *Costruire l'adolescenza. Tra immedesimazione e bisogni* (2014) e curato con Daniele Malaguti *Una mente aperta. Scritti di e per Gherardo Amadei* (2017). Con Enrico Damiani Editore ha pubblicato *Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti* (2021), *Lock-mind. Due diari della pande-mia* (2022), con Angelo Antonio Moroni, *Noi imperfetti. Quando pensiamo di non farcela* (2023),

**Email:** p.roberto.goisis@gmail.com

Nona edizione, 2023

## **GRUPPO CORPO**

a cura di *Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Nadia Fina,  
Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva*

## **PSICODRAMMA E CORPO**

*Bernard e Christiana Duez, Claudio Merlo, Gianni Boria e Silvia Corbella*

## **Riflessioni sulla presenza del corpo nello psicodramma psicoanalitico di gruppo**

Sito, Homepage, Testi in Lingua Originale e/o Inserimenti Recenti:

**Réflexions autour de la présence des corps dans le psychodrame psychanalytique de groupe**  
*Bernard Duez e Christiane Duez*

### **Abstract**

Presenteremo momenti di 'gioco' (recita nello psicodramma NdT) tratti dalla nostra pratica terapeutica di psicodramma psicoanalitico di gruppo o dalla nostra pratica di formatori nella pratica dello psicodramma psicoanalitico di gruppo, evidenziando il dispositivo (setting) in cui si svolge la situazione clinica. Individueremo come il corpo e tutti gli elementi della sensorialità che si esprimono durante il *gioco* e nei momenti intermedi del *gioco* sostengono momenti importanti nell'evoluzione della dinamica di gruppo. Questi possono essere momenti di transizione, esperienze di rottura, impossibilità di esprimere, attraverso il linguaggio o il *gioco*, i sentimenti dei soggetti e/o del gruppo. Dovremo includere gli effetti dei cambiamenti di luogo, di temporalità e degli impatti sociali (attentati, violenza istituzionale, ecc.) che hanno spaventato i gruppi di psicodramma psicoanalitico negli ultimi anni. Le manifestazioni corporee sono apparse sulla scena dello psicodramma spesso nei vissuti di porosità tra spazio del gruppo, spazio della società e l'intimità soggettiva e intersoggettiva. La gestione collettiva e individuale dell'epidemia di covid19 è servita a ricordare l'intimo legame tra le esperienze corporee, le ingiunzioni ansiogene dell'ambiente politico e sociale e la gestione individuale e di gruppo dell'ansia all'interno dei gruppi.

**Parole-chiave:** psicodramma, corporeità, indizi corporei, funzioni della motricità, traumi societali

### **Abstract**

We will present moments of 'play' (in the sense of the psychodramatic scenic action NdT) taken from our therapeutic practice of group psychoanalytic psychodrama or from our practice as trainers in the practice of group psychoanalytic psychodrama, highlighting the device (setting) in which the clinical situation takes place. We will identify how the body and all the elements of sensoriality that are expressed during the *playing* and in the intermediate moments of the *playing* support important moments in the evolution of the group dynamics. These can be moments of transition, experiences of rupture, inability to express, through language or *play*, the feelings of the subjects and/or the group. We will have to include the effects of changes in place, temporality and social impacts (attacks, institutional violence, etc.) that have frightened psychoanalytic psychodrama groups in recent years. Bodily manifestations have often appeared on the psychodrama stage in the midst of experiences of porosity between group space, societal space, and subjective and intersubjective intimacy. The collective and individual management of the covid19 epidemic has served as a reminder of the intimate connection between bodily experiences, the anxiety-inducing injunctions of the political and societal environment, and the individual and group management of anxiety within groups.

**Keywords:** psychodrama and corporeality, bodily cues, motricity functions, societal traumas

## **Psicodramma terapeutico con bambini e adolescenti**

### **I 3 porcellini**

Si tratta di un gruppo terapeutico per due ragazze e tre ragazzi nel periodo di latenza, gruppo settimanale in una clinica di psichiatria infantile. I bambini hanno problemi di comportamento in famiglia e/o nella scuola primaria. Hanno difficoltà a esprimersi attraverso il linguaggio e ancor più a verbalizzare le loro emozioni. Inizialmente, incontriamo ogni bambino con la sua famiglia. Durante l'incontro con la famiglia, dopo aver spiegato lo psicodramma psicoanalitico di gruppo, chiediamo al bambino di venire nella stanza dove si svolgerà lo psicodramma.

Li accogliamo per una prima seduta. Dopo aver ripreso l'intero processo con il gruppo, li invitiamo a inventare insieme una storia, basata sulla prima idea che viene in mente, una storia con un inizio, uno svolgimento e una fine. Dopo qualche minuto di silenzio, dicono "non conosciamo nessuna storia", mentre uno dei partecipanti dice "se i tre porcellini". Chiediamo loro come si svolge la storia. Hanno reinventato la storia dei tre porcellini a modo loro: tre porcellini che costruiscono ciascuno la propria casa: il primo costruisce subito una casa di paglia, il secondo una casa di legno e il terzo una solida casa di pietra. Il lupo arriva e soffia sulla casa di paglia, che vola via, e il porcellino fugge nella casa di legno. Il lupo la rompe e i due porcellini fuggono nella casa di pietra. Poiché il lupo non può romperla, vuole scendere dal camino, ma l'ultimo dei porcellini accende un grande fuoco e il lupo cade nella pentola. Nel racconto, ciò che conta sono le parole scambiate tra il lupo e i porcellini ogni volta che vuole mangiarli. È una sorta di ritornello che si ripete ogni volta che il lupo fa una minaccia.

Quando recitano la scena, tutti i giochi di parole scompaiono. Il corpo è completamente impegnato, le abilità motorie sono intensamente presenti negli attacchi e nelle fughe del lupo, i porcellini si rannicchiano, prima di disperdersi nella loro fuga e di rannicchiarsi di nuovo nella casa successiva. Le loro emozioni sono espresse esclusivamente attraverso le loro abilità motorie corporee e la mimica che usano per mostrare terrore o aggressività, o anche un intenso piacere quando riescono a burlarsi del lupo. In modo speculare, anche il lupo esprime la sua soddisfazione nel linguaggio del corpo quando cattura un porcellino e finge di divorarlo.

Data l'età di questi bambini, il gioco sarebbe relativamente banale se questi atti non fossero segnati dalla loro intensità, dal fatto che il confine tra "far finta" e recitare è spesso estremamente fluido. Ciò che non sarà un luogo comune per questo gruppo è che questo gioco si ripeterà quasi identico per mesi, ma vedremo gradualmente emergere variazioni intorno a diverse forme di sensorialità (gioco di sguardi, rumori del corpo, brevi tentativi di contatto, ecc.) Allo stesso tempo, queste variazioni vedranno delle differenziazioni, da un lato in termini di appoggio alla fisicità, dall'altro nei modi in cui occupano la scena. La brutalità dei movimenti si attenua gradualmente e contemporaneamente il lupo si esprime attraverso le parole, descrivendo ciò che sente (ho fame, sento l'odore dei porcellini, dove sono, non li vedo e quello che si prepara a fare). Allo stesso tempo, i porcellini esprimono il loro terrore perché sentono l'odore del lupo, sentono i suoi passi e si premono contro la porta, rappresentata da una sedia, per impedire al lupo di entrare. Durante un gioco, quando sentono il lupo avvicinarsi e annunciare che li divorerà, vanno tutti nel panico. Uno di loro, seguito da tutti gli altri, si tuffa tra le gambe delle sedie che delimitano il palco. Usano le gambe delle sedie come se stessero delimitando un tunnel. Sono passati anche sotto le sedie su cui eravamo seduti. Dopo molte risate per lo scherzo che hanno fatto al lupo, il gioco si è concluso. Dopo questa seduta, la verbalizzazione durante il gioco e durante la ripresa dopo il gioco è diventata gradualmente più stabile e fluida. L'ultima seduta è stata caratterizzata dal fatto che nessuno dei bambini voleva fare il lupo e hanno chiesto a un facilitatore di interpretarlo. Alla fine del gioco, divoreranno il lupo con grande

giubilo, insistendo sul gusto di questo o quel boccone! Nel corso di queste sessioni basate sulla ripetizione del gioco dei "tre porcellini", la sensibilità motoria è stata la forza trainante della dinamica di gruppo attraverso minimi cambiamenti strutturali da una seduta all'altra.

Nelle prime fasi, all'inizio dei giochi, abbiamo potuto osservare un raggruppamento in cui i bambini, anche se non si toccavano, erano in contatto immediato tra i loro involucri corporei individuali, che si scioglievano in un involucro psichico di gruppo. (Anzieu, 1987). La scena mostra i loro corpi in movimento e ci fa sentire una molteplicità di suoni appena differenziati. Quando prendono posto nelle rispettive "case" e fuggono dalla minaccia del lupo, l'appoggio fornito dalle loro capacità motorie corporee conferisce a ciascuno di loro un carattere unico. Alcuni corrono per nascondersi, altri corrono all'infinito. In questo caso vediamo una modalità di presenza corporea che evidenzia le difficoltà per cui i bambini di questo gruppo vengono in terapia, ovvero il loro comportamento di fuga o aggressivo in presenza di situazioni ansiogene. Queste differenze tra i diversi comportamenti di fuga, che ci limitiamo a segnalare alla fine dei giochi, introdurranno gradualmente una differenziazione e daranno a ogni bambino una collocazione: vivono meglio nella loro casa e ... nel loro spazio soggettivo.

Nel passaggio da legami di contiguità a legami di prossimità, nello stesso momento in cui differenziavano le loro esperienze sensoriali, hanno creato legami di prossimità virtuale che li hanno portati gradualmente a mettere in scena un vero e proprio teatro, nel quale la mimica che utilizzavano in modo grezzo diventava un supporto simbolico collegato alla parola. È stato perché hanno potuto sperimentare e mettere in scena nel loro corpo, *in nostra presenza e in presenza del gruppo* quello che di solito potevano esprimere solo con la recitazione, che sono riusciti gradualmente a verbalizzare le loro difficoltà. Gli ultimi due giochi sono la messa in scena dell'orientamento transferale verso di noi e testimoniano la pacificazione degli impulsi che li avevano sopraffatti nelle prime fasi della terapia.

### **I gelati/Gli specchi (Les glaces)**

Si tratta di un gruppo di preadolescenti (3 ragazzi e 2 ragazze) che hanno difficoltà ad adattarsi alla scuola secondaria: irrequietezza, problemi comportamentali e un improvviso calo del livello scolastico. Siamo a maggio, alla fine del primo anno di psicodramma. È una giornata calda. La seduta inizia intorno a questa sensazione condivisa. Si raggiunge rapidamente un accordo su una storia ambientata in una gelateria (1). Si dividono rapidamente i ruoli: una delle ragazze interpreta il negoziante e i ragazzi i clienti. Il gioco inizia e i ragazzi, dopo aver acquistato alcuni gelati, recitano il piacere di assaggiarli. I ragazzi sottolineano il piacere della freschezza e del buon gusto. Fanno anche notare che con il caldo il gelato "cola" e si attacca. È a questo punto che interviene la seconda ragazza, che fino a quel momento era rimasta fuori dal gioco. Chiede: "Vende gelati? La commessa risponde: "Che gusto preferisce: vaniglia, fragola, cioccolato-latte...? La nuova arrivata risponde: "No, non questi, ma questi, uno specchio per vedersi, me lo può mostrare". Indica una delle sedie che si trovano sulla scena. L'assistente alle vendite va dietro la sedia e la porta davanti per presentarla. Segue un intero gioco sull'immagine riflessa dallo specchio. I ragazzi tornano al gioco e partecipano alla discussione sulla bellezza del gelato e delle ragazze. Durante il tempo di conversazione dopo il gioco, hanno potuto discutere di come si vedevano l'un l'altro e della loro sorpresa nel rendersi conto che non si vedevano più allo stesso modo. La seduta del venditore di gelati preannunciava la sequenza successiva, che avrebbe dato uno sguardo più intimo ai loro problemi nel momento in cui sono entrati nell'adolescenza.

Qualche settimana dopo fu proposto un altro gioco. Andarono a un Luna Park e dopo aver fatto diverse giostre, uno dei ragazzi disse di aver visto uno stand pieno di specchi in cui ci si poteva perdere e alcuni specchi erano deformanti. Il gruppo si è eccitato molto e si è precipitato allo stand. Una volta lì, hanno fatto finta di perdersi e si congelarsi davanti agli

specchi deformanti. Ne approfittano per prendersi gioco delle deformazioni che gli specchi provocano sui corpi degli altri. Ben presto, sopraffatti dalle emozioni, lasciano lo stand e il gioco finisce. Nella discussione dopo il gioco, possono parlare dei loro sentimenti e delle loro emozioni riguardo a questo corpo che sta diventando strano. Dopo aver alluso alla derisione che avevano espresso nel gioco, si sono stupiti di scoprire che questa sensazione di essere un estraneo in un corpo che non riconoscono è una sensazione condivisa da tutti. Si stupiscono del fatto che sia i ragazzi che le ragazze provino la stessa sensazione. In contrasto con la vivace agitazione corporea durante il gioco, la fine della seduta è stata molto calma e abbiamo potuto percepire l'emergere di un legame di appoggio, un vero e proprio supporto di fronte a questi problemi adolescenziali. In un certo senso, il ritmo di questa seduta riflette l'evoluzione del lavoro di ciascun individuo e del gruppo nel corso dell'anno.

Il doppio significato della parola *glace* nella lingua francese creerà un'ambiguità che è rappresentativa dei problemi dell'ingresso nell'adolescenza. L'esperienza corporea di mangiare il gelato è una continuazione delle esperienze infantili di oralità, analità e della dimensione sessuale sottostante. Anche l'espressione "sta gocciolando" è ambigua. Attingendo a queste esperienze regressive, sono stati in grado, grazie alla ragazzina che si era tenuta da parte, di affrontare la questione dell'immagine del corpo allo specchio (Lacan, 1948). Questa immagine del corpo e le sue trasformazioni assumeranno tutta la loro importanza nel gioco successivo. Gli specchi deformanti mostrano come le interpretazioni altrui degli spunti corporei reali che percepiscono contribuiscano alla costruzione e alla decostruzione dell'immagine corporea di questi adolescenti. In questo modo, comprendono il senso di estraneità che possono provare nei confronti di se stessi.

#### *Elementi di clinica in un programma di formazione nello psicodramma psicoanalitico di gruppo*

Il programma di formazione che proponiamo si basa su un'ipotesi di lavoro. Partecipando a sedute di psicodramma psicoanalitico di gruppo, i tirocinanti sperimentano su di sé gli effetti personali e di gruppo di questo metodo. Non ci sono lezioni teoriche, ma piuttosto un'articolazione tra ciò che accade qui e ora nei giochi e nei momenti di scambio e le teorie fondanti della pratica psicoanalitica di gruppo. Questi momenti di chiarimento teorico sono posti come punteggiature nel corso delle sedute. Dopo un primo periodo di stupore per questo sistema di formazione, i tirocinanti hanno apprezzato molto il fatto di poter fare un collegamento tra un'esperienza attuale e i concetti teorici, che diventano così tangibilmente attuali. Essi insistono sul fatto che questa opzione permette di dare alle nozioni astratte una comprensione più chiara del concetto affrontato.

Nell'ambito del processo formativo, la fisicità del corpo viene messa in gioco a diversi livelli, più direttamente identificabili e analizzabili. Abbiamo notato all'inizio delle sedute formative, quando gli stagisti erano seduti in cerchio, che i frequenti silenzi, che oscillavano tra la preoccupazione e l'attenzione, assumevano un tono particolare, spesso basato su indizi legati alla fisicità. Ad esempio, la convergenza degli sguardi dei partecipanti sulle scarpe è quasi una costante. Ci si chiede se si tratti di un caso di evitamento dello sguardo dell'altro o di una forma di legame che si forma attraverso l'osservazione di un capo di abbigliamento comune e familiare a tutti. Questa osservazione condivisa segna spesso la fine del tempo del silenzio e apre un tempo di conversazione, che spesso inizia con una risata condivisa. Questo prendere in prestito dalla corporeità attraverso la singola appropriazione dei piedi mediante gli stili di abbigliamento segnala il contributo personale di ciascuno al gruppo attraverso un elemento comune. Siamo ai preliminari della elaborazione di uno spazio psichico condiviso. Questo scambio di gruppo basato su un elemento (le scarpe) che gli stagisti sono certi appartenga a ciascuno di loro, serve spesso come supporto per l'auto-rappresentazione del sistema e dei modi in cui può

essere condiviso. Questa riflessione prefigura l'inizio della costruzione dell' "oggetto gruppo" come oggetto psichico condiviso (Pontalis, 1963).

### **Il corpo in scena e la scena del corpo**

Nei giochi al di là dell'occupazione dello spazio da parte dei partecipanti la sensorialità e l'espressione corporea sono una costante. A volte l'attualità del corpo è particolarmente significativa e va oltre la semplice figurazione della storia nel gioco.

Il corpo come motore: ad esempio, in un'improvvisazione altamente gestuale, la fuga degli allievi esprime una paura o un affetto nei loro corpi, nel loro raggruppamento molto stretto, che non era presente nello sviluppo della storia. Nella discussione dopo il gioco, è emerso chiaramente che questa forma di espressione corporea altamente motorizzata trasmetteva l'intensità di un'esperienza che non poteva essere espressa immediatamente nel gioco, tanto meno attraverso il linguaggio. Le abilità motorie sono servite come rappresentazione collettiva.

Il corpo sofferente: lo sviluppo delle storie richiedeva regolarmente l'uso di corpi sofferenti: nelle cadute durante le escursioni, nelle ferite inferte, negli incidenti domestici, negli incidenti stradali. Ci sono anche visite a medici e, più frequentemente, a specialisti non medici (stregoni, guaritori, sciamani), e rappresentazioni del corpo disabile con diverse protesi (bastone, sedia a rotelle, il cieco).

Il corpo oggetto: poiché il nostro sistema di psicodramma consente un'ampia scelta di ruoli e di possibili rappresentazioni, vediamo apparire nel gioco, un tirocinante che incarna il vento che soffia, un altro la barca che affronta la tempesta, oppure... gli occhi di piccoli gamberi che salutano i pescatori in cerca di tesori. Non è raro che gli animali siano invitati a partecipare ai giochi, e la mimica corporea è molto presente, con l'impulso-natura che fa la sua parte. Lo sforzo di traduzione, le domande e le interpretazioni date dagli attori a cui queste mimiche sono rivolte preannunciano i percorsi verso le parole.

Il corpo piacere: ad esempio, mentre il gruppo sta vivendo un momento di elaborazione che ha appena permesso di comprendere difficili questioni psicologiche, alcuni tirocinanti mettono spontaneamente in scena una coreografia in cui il piacere di volare annuncia il superamento immaginario del tempo critico. Ci sono anche storie che prevedono un momento di canto collettivo, un piacere condiviso che mette in discussione il confine tra il fingere e il fare davvero.

### **I cinque sensi, la scena del corpo**

I cinque sensi sono utilizzati a turno per organizzare storie, giochi e scene. La particolarità dello psicodramma è che la loro messa in scena collettiva intensifica e sostiene ciò che viene espresso nel gioco o nella parola: per esempio, in una sequenza teatrale che ricorre regolarmente, i partecipanti si trovano in un bivacco durante un'escursione, un viaggio o... un naufragio su un'isola. Seguono lunghi commenti sul sapore di ciò che stanno mangiando intorno a un fuoco di legna che *profuma di buono* e li riscalda, mentre *sentono rumori* nella notte e *vedono* ombre e luci nella penombra, che possono essere qualificate in modi diversi a livello di affetti. Sono presenti *sensazioni tattili* tra l'esperienza del calore e la distanza per evitare di bruciarsi e per di più il passaggio *dalla motricità all'agitazione e alla completa immobilità* al momento dell'addormentamento.

Tutte le esperienze sensoriali non sono sistematicamente presenti in tutti i giochi, ma sono regolarmente chiamate in causa per sottolineare ciò che viene espresso. L'insistenza su una o più di esse spesso inquadra e dà una colorazione particolare a ciò che si sta giocando, sia in termini di ansia e/o di desiderio. La loro ripetuta manifestazione nel gioco, pur non portando sempre a una verbalizzazione nel gioco, costituisce spesso un invito implicito a parlare di sentimenti preconsce che mettono in discussione il legame tra esperienze soggettive, esperienze intersoggettive e il sentimento gruppale nella ripresa dell'après-coup dopo il gioco.

### *Il gruppo, il corpo e le catastrofi sociali*

2015: a gennaio e poi a novembre, gli attentati a "Charlie Hebdo" e al "Bataclan" hanno scosso la società francese e ognuno di noi. Le sedute successive sono state fortemente influenzate da questi eventi. Dopo gli scambi iniziali nella fretta di condividere questa esperienza traumatica, durante i quali tutti hanno sottolineato che uno o l'altro dei loro parenti era stato o avrebbe potuto essere colpito, lunghi silenzi hanno scandito le prime mattine delle sedute di formazione. Ascoltando questo silenzio, ci siamo resi conto che era di un tenore completamente diverso da quelli che incontriamo regolarmente e che scandiscono i momenti di elaborazione. Ognuno era nella propria bolla di silenzio prima degli altri. Ognuno di noi, toccato nel profondo, ha assunto a turno diverse posture corporee: oscillare i piedi, appoggiare il viso sulle mani, stare in equilibrio sulle sedie, guardare il pavimento, ecc.

A poco a poco, i nostri sguardi hanno ricominciato a incontrarsi e qualche scambio sulla necessità di quel tempo, ci ha permesso di riprendere il nostro lavoro. Tuttavia, vedremo in una vignetta clinica che il lavoro rimarrà ampiamente infiltrato dalle esperienze di quel primo tempo, man mano che le storie si svilupperanno.

Quel silenzio è stato visto come una cornice necessaria per collegare le esperienze e gli affetti con il potenziale traumatico. C'era un vero e proprio accordo inconscio tra i tirocinanti per concedersi collettivamente quel tempo di silenzio in presenza di altri per metabolizzare il trauma per ciascuno di loro. La qualità di quel silenzio ci ha portato a lavorare insieme sull'esperienza corporea del silenzio come momento di ricostruzione psicologica. Questo ha dato un'altra colorazione ai silenzi che incontriamo regolarmente nel corso del nostro lavoro di gruppo, come momento per sciogliere e riannodare ciò che è elaborato collettivamente e individualmente per ogni persona durante le sedute di formazione in psicodramma psicoanalitico di gruppo. Un'altra funzione di quei tempi di silenzio è di creare uno spazio-tempo non saturato dall'evento traumatico che ha bloccato ogni possibilità di creare lo spaziotempo aperto e condiviso necessario per costruire la scena psicodrammatica.

Durante questa seduta dopo l'attentato al Bataclan, dopo un primo gioco di grande banalità, è emerso un secondo scenario. Si trattava di un gruppo di escursionisti in viaggio verso un paese sconosciuto. Incontrano difficoltà inaspettate e sempre più pericolose. All'improvviso, uno di loro nota una strana luce apparire in cima alla montagna verso cui si stanno dirigendo. Una sensazione di ansia attraversa il gruppo, aggravata dall'osservazione di uno dei partecipanti: è "l'occhio di Sauron" (*Il Signore degli anelli*, la trilogia di J. R. R. Tolkien, 1954). Il bagliore è accecante, minaccioso con i movimenti dell'occhio che segue gli escursionisti, e l'odore diventa pestilenziale. Trovano un percorso tortuoso per tornare giù, ma uno di loro, accecato dalla luce, deve essere aiutato in questa discesa pericolosa. Il co-appoggio intorno al personaggio di colui che ha confessato la sua colpa è una buona illustrazione del processo di gruppo nel gioco.

L'impatto sociale traumatico ritorna attraverso la sensorialità virtuale ma attuale dell'occhio di Sauron, in un'esperienza ansiogena e minacciosa che unisce cecità e olfatto. Possiamo notare che la dimensione culturale condivisa non ci permette di evacuare l'impatto traumatico immediato (a differenza dell'esempio dei tre porcellini, nel quale essa fornisce un oggetto condiviso e un contenimento scenico).

In questo caso, il ricorso a esperienze sensoriali condivise è il segno di un tentativo di ricostruzione degli incorporati culturali (Rouchy, 1994) minacciati dal vissuto di collasso delle meta-garanti culturali e sociali, che ha attraversato il gruppo dopo gli attacchi.

### **Lo psicodramma al tempo del covid 19**

L'attraversamento della pandemia di covid 19 ci riporta a situazioni simili a quelle vissute con gli attacchi terroristici, rievocando i limiti della protezione sociale di fronte a una minaccia letale diffusa. I vincoli di salute associati a quella situazione ebbero un effetto

inaspettato su alcuni elementi del nostro dispositivo, confermando la presenza del corporeo nello psicodramma e il suo coinvolgimento nel dispositivo.

Sfide collegate al tatto: durante il covid 19, i vincoli di salute hanno avuto un impatto diretto sui modi in cui la sensorialità è stata mobilizzata. Indossare una mascherina ha dato una insolita importanza agli occhi. La necessità di mantenere una distanza "di sicurezza" ha alterato il suono e l'udito nel gruppo, così come la sensazione di presenza ... Quei vincoli hanno reso necessario spiegare un elemento della struttura - "l'evitamento del toccare". Quando gli stagisti del secondo e terzo anno hanno incontrato gli apprendisti del primo anno, al momento della definizione delle regole hanno sottolineato con forza che quel "divieto di toccare" era già presente prima del covid. La polisemia del divieto di toccare è stata rivelata con grande acutezza: divieto di incesto, ma anche divieto di omicidio, tanto più presente per il potenziale di contagio letale da una persona all'altra.

I problemi legati all'indossare la mascherina: le espressioni facciali scompaiono e l'evitamento dello sguardo spesso osservato durante le prime sedute tende a scomparire. Il legame con lo sguardo dell'altro perde in gran parte il suo potenziale intrusivo e diventa una fonte di appoggio. Alla fine della presentazione del sistema ai tirocinanti del primo anno, c'è stato un senso di imbarazzo, perché i vecchi tirocinanti erano in grado di riconoscersi, cosa che non accadeva ai nuovi. Tutti hanno sottolineato questo aspetto. Nel rispetto delle distanze di sicurezza, abbiamo proposto di togliere le mascherine per un po'. La proposta è stata prontamente accettata, calmando la sensazione di estraneità ampiamente condivisa. Questo dimostra l'adattabilità del sistema, che sarà chiamato in causa frequentemente nel corso della pandemia.

Modifiche dello spazio: a causa della distanza imposta tra le persone, la demarcazione tra lo spazio della scena e lo spazio di parola è stata ampiamente modificata dal punto di vista spaziale. Di conseguenza, c'è stata una maggiore porosità tra la scena e lo spazio di parola, che ha modificato il flusso della seduta. Ad esempio, per liberare spazio sufficiente per il gioco, tutti hanno dovuto spostare la propria sedia. Il movimento del gruppo ha messo in scena la trasformazione dell'organizzazione dello spazio psichico collettivo nel momento di passaggio dalla costruzione della storia e dalla distribuzione dei ruoli al momento del gioco, e il movimento opposto nel momento dello scambio e della ripresa dopo il gioco. Sotto la costrizione della necessità, ciò che prima era discreto e banale ha assunto la funzione di una messa in scena collettiva della preoccupazione di tutti per gli altri. Questo momento di passaggio, messo in scena in questo modo, ha permesso di appropriarsi collettivamente di una trasformazione psichica che ogni persona ha dovuto subire nel passaggio dallo scambio nel cerchio all'apertura del palco al gioco. Questo lavoro ha intrecciato topologicamente il rimodellamento tipico dello spazio psichico di ciascuno. Questo movimento motorio ha fatto sì che il lavoro singolare svolto da ogni individuo apparisse nell'intrapsichico del gruppo. La trasformazione era già stata identificata dai tirocinanti ben prima dell'epidemia di covirus, ma i vincoli associati alla pandemia le hanno conferito un'attualità, una presenza e, soprattutto, un'acutezza che hanno dato al sistema un'altra dimensione. Per associazione, tutte le istruzioni che organizzano il sistema hanno assunto un nuovo significato, non più come vincoli ma come collegamenti che organizzano il setting.

Interferenze dell'ambiente esterno: le manifestazioni dell'ambiente esterno nello spazio psicodrammatico in quel periodo sono diventate più acute. Ad esempio, la nostra stanza si trova in una zona in cui i gabbiani si fanno sentire regolarmente. Durante l'epidemia, a causa della distanza tra i tirocinanti, gli scambi potevano essere disturbati dalle loro grida, ma le loro grida erano meglio tollerate perché erano un segno di vita. Lo stesso valeva per le sensazioni di luce, calore o freddo e per i rumori dell'istituto, che a volte disturbavano i nostri scambi. Durante due sedute alla fine dei periodi di lock down, solo i piccoli gruppi di formazione erano autorizzati a muoversi nei locali. Durante le pause, i tirocinanti si sono trovati di fronte a immensi spazi vuoti. Il rumore del silenzio dell'ambiente era assordante.

A differenza delle sedute che hanno seguito gli attacchi, l'inizio delle sedute fu caratterizzato da un momento di scambio e di preoccupazione per gli altri, in particolare per la loro salute. La messa in discussione dell'affidabilità del corpo, al di là della minaccia per la salute, sottolinea l'esperienza collettiva dei legami che si crea in questo dispositivo, a volte senza che i partecipanti se ne rendano conto.

### **Per concludere**

Abbiamo scelto di presentare diversi esempi clinici di lavoro con lo psicodramma psicoanalitico di gruppo. Il modo in cui questi psicodrammi si svolgono mostra come il corpo e la sensorialità siano costantemente mobilitati e svolgano un ruolo attivo nell'emergere dell'espressione verbale. Spesso visti come una barriera alla parola, in questi psicodrammi essi (corpo e sensorialità NdT) appaiono come il terreno e il supporto per l'appropriazione simbolica di situazioni critiche, sia di origine intrapsichica che sociale.

Per continuare a riflettere sui legami tra fisicità e psicodramma, gli esempi tratti dalla nostra pratica con i bambini mettono in evidenza un fenomeno che si riscontra costantemente nel nostro psico dramma psicoanalitico di gruppo: quello di raggrupparsi in uno spazio sulla scena dove ciò che viene detto non è immediatamente udibile, ma dove la qualità del suono del gruppo è un indicatore, un indizio dell'Esserci psichico del gruppo. Poiché nello spettacolo lasciamo molto all'improvvisazione, a volte capita che due scene vengano giocate contemporaneamente. In questo caso riteniamo che una scena faccia da sfondo discreto all'altra. Quando il gioco finisce, o quando l'andamento della rappresentazione fa incontrare le due scene, gli attori spesso si rendono conto di non aver capito ciò che veniva vissuto e scambiato nell'altra scena. Rivedendo la scena, sono sorpresi dalla persistenza del legame nonostante i vuoti, le assenze e i silenzi che hanno caratterizzato la rappresentazione, e sperimentano il micelio intersoggettivo del sogno che prende vita nello psicodramma. Infatti, lo psicodramma psicoanalitico di gruppo mette in scena e attualizza, qui e ora, la tensione e l'intreccio tra "il micelio intersoggettivo del sogno che nasce dallo spazio psichico comune e condiviso con il sogno (Freud, 1900), che si basa sull'ignoto e sull'esperienza, e quello che nasce dai recessi più profondi dell'inconscio ed è ancorato all'esperienza corporea" (Kaës, 2002, p.9).

Il gruppo manifesta spesso questa "intimità universale" che, dalle incorporazioni culturali alle fantasie originali, cerca di tessere i legami dello stare insieme e dell'essere se stessi in presenza dell'Altro e non più dell'altro (Duez B., 2000). Questo intimo universale è il punto di contatto e di scambio all'interno della scena corporea del neonato, dove la spinta costante dell'impulso costringe il soggetto a scegliere gli oggetti attorno ai quali l'impulso graviterà (Duez B., Conférence 1992, ripetuto 2003). La scenalità di gruppo ripete quella corporeità originaria, in cui gli attori mettono in scena, trasferendola inconsapevolmente, quella urgenza della destinazione della pulsione. Questa diffrazione sollecita un'inversione da parte di almeno un altro, e più spesso di alcuni altri. Il gioco dei bambini è un esempio particolarmente capace di illustrare sia l'urgenza con cui viene destinata la pulsione sia al tempo stesso, l'aspettativa che almeno un altro la restituisca, anche se resa strana o alienante (Duez B., 2000). Nel caso degli adulti in formazione, abbiamo anche visto gli effetti del confronto con eventi traumatici che minano i legami simbolici e immaginari attraverso i quali i contratti e le alleanze culturali e sociali inconsci e istituzionali tessono il copione corporea di un soggetto. Questi eventi hanno provocato storie, giochi e movimenti che sono ampiamente simili all'urgenza impulsiva presente nei giochi per bambini presentati sopra. In questi esperimenti abbiamo sperimentato la fisicità che intesse la struttura di qualsiasi dispositivo psicoanalitico e gli effetti delle variazioni dei dispositivi nel trattamento della corporeità (Duez B., 1995).

## **Bibliografia**

- Anzieu D. (1987), *Les enveloppes psychiques*, Paris, Dunod.
- Bleger J. (1966), La psychanalyse du cadre psychanalytique in KAËS R.. Et al. *Crise rupture et dépassement*, tr. Fr., Paris, Dunod, 1979, 253-274.
- Duez B. (1996), Destins des figurabilités corporelles: psychodrame avec des adolescents antisociaux, *Revue française de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 25, pp. 83-93.
- Duez B. (2000), De l'obscénalité du transfert au complexe de l'Autre, in J.B. Chapelier et al. *Le lien groupal l'adolescence*, Paris, Dunod, p. 59-112.
- Traduction italienne, dall'obscenità del transfert alla complesso d'all'Altro in J.B. Chapelier *Il legame gruppal n'ell adolescenzia*, Roma, Borla, 80-134.
- Duez B. Vacheret C., (2003), Destins transformationnels du transfert. Mythes, rites et groupes internes, *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 40, p. 29-48.
- Freud S. (1900), *L'interprétation des rêves*, tr.fr., Paris, P.U.F.,1967.
- Kaës R. (2002), *La polyphonie du rêve*, Paris, Dunod.
- Lacan J. (1949), Le stade du miroir in J. Lacan, *Les écrits*, Paris, Seuil, (1966).
- Rouchy J.C. (1994), Prémisses d'une recherche transculturelle, *Connexions*, 63, 9-22.

## **Note**

1. Nel francese di tutti i giorni, la parola "glace" viene utilizzata per indicare il termine italiano "gelato", ma anche "le miroir" nel senso di "specchio". Ad esempio, "regardes toi dans la glace" significa "guardati allo specchio".

**Bernard Duez**, psychologue clinicien, psychanalyste, psychodramatiste  
ancien professeur psychologie clinique Université Lyon 2

**Email:** [bernardduezuniv@gmail.com](mailto:bernardduezuniv@gmail.com)

**Christiana Duez**, psychologue clinicienne, psychanalyste, psychodramatiste

## **Giocare il corpo nel gruppo**

*Claudio Merlo*

### **Abstract**

L'autore tratta la valenza formativa dello psicodramma analitico nella sua capacità di trasformare in rappresentazione e pensiero anche un agglomerato sintomatico prodottosi in una seduta formativa. Viene descritta la seduta e viene formulata l'ipotesi di una "clinica formativa" attraverso la lettura dei movimenti emotivo-affettivi del gruppo classe per una formazione non solo razionale, ma transitante per le cognizioni affettive e legata al profondo.

**Parole chiave:** corpo, gioco, gruppo, psicodramma, formazione

### **Abstract**

The author discusses the formative value of analytical psychodrama in its ability to transform into representation and thought even a symptomatic agglomeration produced during a training session. The session is described and the hypothesis of a "trainin clinic" is formulated through the reading of the emotional-affective movements of the class group for a training that is not only rational, but transiting through affective cognitions and linked to the depth.

**Key words:** body, play, group, psychodrama, training

Lo psicodramma è la tecnica terapeutica inventata da Moreno.

Moreno aveva sempre ribadito la sua alternatività a Freud, ma in seguito, gran parte della diffusione dello psicodramma in Europa, e in Italia in particolare, è nella versione cosiddetta "analitica", rientrata nel vecchio continente ad opera di un gruppo di psicoanalisti francesi (D. Anzieu, S. Lebovici, R. Diatkine, J. Kestemberg) che avevano sperimentato lo psicodramma con Moreno in un viaggio negli Stati Uniti.

Diffuso in tutta Italia da una coppia di analisti francesi di matrice lacaniana (Paul e Gennie Lemoine, che avevano ottenuto una convenzione formativa col Ministero di Grazia e Giustizia, che, all'epoca - siamo nei primi anni '70 - aveva la titolarità dei manicomi), ha generato la S.I.Ps.A, Società Italiana Psicodramma Analitico, che in seguito ha aderito alla COIRAG. Le teorie dello psicodramma analitico si sono combinate nel tempo e di volta in volta con le teorie analitiche conseguenti ai percorsi terapeutici dei singoli psicodrammatisti, a testimoniare l'estrema duttilità dello strumento psicodramma.

Si è trattato all'origine, sulla scia dell'impianto moreniano, di una psicoterapia "in gruppo", fino a che molti degli psicodrammatisti di prima e seconda generazione hanno incontrato le teorie e le pratiche del gruppo (Bion, Foulkes, Anzieu, ecc.) ed hanno così pensato allo psicodramma analitico con una particolare attenzione al gruppo come "campo" da cui emerge il discorso gruppale e come un insieme dotato di una propria mentalità cui va riferito il senso di ciò che il gioco va a mettere a fuoco.

Parallelamente si è passati dal palcoscenico e dalla platea di Moreno, al cerchio del gruppo e dalla catarsi di Moreno alla valenza elaborativa, mitopoietica e onirica del gruppo e del gioco.

Certamente lo psicodramma mette in gioco il corpo generando in tal modo un diverso grado di turbolenza nei partecipanti. Alzarsi in piedi, esporsi allo sguardo del gruppo, muoversi e parlare al centro della scena su canovacci propri o altrui, può sollecitare il piano emotivo in modo intenso. Che il corpo sia abitato da istanze emotive, che si esprimono attraverso i sintomi, è cosa nota: tachicardia, sudorazione, rossori, dispnea, fino alla costruzione di organizzazioni sintomatiche stabili.

Tutta la psicopatologia implica il corpo, che, come la psicoanalisi ha insegnato, può essere la sede delle proiezioni e delle rimozioni difensive acquisendo una dimensione non solo fisiologica legata all'organismo, ma anche simbolica e, quindi, portatrice di un senso da ricostruire o costruire.

Il gioco (quello che all'origine veniva chiamato drammatizzazione) per altro ha abitato la storia psicoanalitica da sempre: dal *fort-da* del nipotino di Freud, alle rappresentazioni stimolate nelle pazienti da Ferenczi, ai giochi e alle personificazioni della Klain con i bambini, alla specifica tematica winnicottiana, che va a porre l'area transizionale derivante dallo "spazio potenziale" tra madre e bambino, deputato a far nascere pensieri nuovi attraverso il gioco. In questo senso il gioco è un fattore attivante la funzione Alfa, quella funzione mentale che genera pensiero a contatto con la vita emotiva, che Bion chiamava anche *funzione psicoanalitica della mente*.

Esiste un'altra accezione del termine "gioco", tratta dalla meccanica, che denota la non collimazione, evidenziata da uno spazio vuoto, tra elementi diversi di un ingranaggio.

Nelle scene rappresentate e nel gruppo, c'è del gioco tra il qui ed ora e il là ed allora, c'è del gioco tra la realtà e la rappresentazione, c'è gioco tra i personaggi originari e quelli scelti per la rappresentazione, c'è del gioco tra quel che si dice e quel che si gioca e ciò che in meccanica è un difetto, che prelude allo scacco di un ingranaggio, nel campo terapeutico è questo gioco che consente l'attivazione delle trasformazioni, fino alla rottura dei meccanismi sintomatici.

Il pensiero di matrice psicoanalitica nelle sue evoluzioni ha così pervaso la teoria e la pratica dello psicodramma e, oggi, la sua versione analitica dispone di una metodologia condivisa da diversi psicodrammatisti.

Dal punto di vista tecnico valgono gli strumenti inventati da Moreno. Il sett/ing comprende gruppi da 8/12 persone con cadenza di una/due sedute settimanali (a volte con due sedute consecutive nello stesso giorno). In genere è condotto da due terapeuti che si alternano nelle funzioni di conduttore e osservatore.

Provo a tracciare gli elementi portanti dello psicodramma analitico:

- il gruppo è inteso come campo, il che implica che l'ascolto, in prima battuta, va verso il clima di insieme, cercando di cogliere il pensiero del gruppo;
- la scena psicodrammatica è il risultato del processo che porta al *fatto prescelto* di cui si carica il conduttore attraverso un lavoro prevalentemente preconciso;
- la scena psicodrammatica (o se vogliamo, *la trasformazione in gioco*), può essere letta da due vertici: come Arlecchino, servitore di due padroni, da un lato è momento di elaborazione personale del soggetto che porta il materiale relativamente al là ed allora (quando è esplicito un là e allora) e al suo mondo interno, dall'altro è momento di rappresentazione, significazione ed elaborazione del qui ed ora per le vicende emotive che attraversano il gruppo;
- il vertice di elaborazione del materiale è legato al contesto e alla finalità del gruppo. Ad esempio, in una situazione con finalità terapeutiche ogni contenuto può legittimamente essere pensato e ricondotto a vicende personali, in un contesto formativo, anche le vicende private che possono irrompere, andranno riferite ai movimenti legati a quel contesto, pur sapendo che la quota di privato nel lavoro con l'inconscio è sempre attiva;
- dopo il gioco prosegue l'attività del gruppo, che si esprime su quanto accaduto con impressioni e materiale associativo;
- al termine della seduta viene comunicata un'osservazione da parte di uno dei due terapeuti, tenutosi fuori dal gruppo, che coglie i movimenti del gruppo e li restituisce per rilanciarne il lavoro;
- giocare non è obbligatorio e, comunque, lo strumento ed il suo uso sono subordinati all'ascolto psicoanalitico dei movimenti del gruppo.

La peculiarità della trasformazione in gioco in psicodramma, rispetto ad altri modelli gruppali, è determinata dal fatto che, sia la decisione di far giocare, sia la costruzione del gioco costituiscono una battuta d'arresto, un taglio nello scorrere degli eventi. In effetti, lo è, ma lo è anche un intervento del conduttore in un qualche momento del lavoro del gruppo.

Winnicott diceva che il gioco è un'attività naturale e che nel XX secolo si è generato il fenomeno altamente specializzato di gioco che è la psicoanalisi. Lo psicodramma analitico costituisce un'ulteriore specializzazione del gioco *psicoanalisi*.

In un certo senso, focalizzare sul gioco, è come fare una zoomata su un dettaglio tratto da un'inquadratura larga ricavando, dall'ingrandimento di quel dettaglio, una nuova acquisizione di senso.

D'altra parte, Eisemberg ci ha insegnato che anche in fisica l'osservatore turba l'evento.

Noi non faticiamo a riconoscere che nelle vicende relazionali il turbamento è garantito. Ogni pretesa di conoscenza oggettiva è persa. Ognuno di noi, con il proprio modello e con la propria persona, turba le - ed è turbato da - le relazioni. E non è che uno stile di conduzione silente e passivo turbi di meno di quello più attivo o partecipe. Turba diversamente.

Come terapeuti ci alleniamo a elaborare e a gestire le nostre turbolenze emotive e ci appoggiamo a un modello che presuppone il pensiero di un gruppo di colleghi e che funge da corrimano per non rischiare l'arbitrio totale o la follia.

Nel gruppo tali turbolenze si moltiplicano, e semmai, si tratta di rendere conto del tipo di trasformazioni che si generano col tipo di "turbamento" che abbiamo adottato, facendo fatica a distinguere quanto deriva dal modello e quanto da noi, o dall'interazione delle componenti del campo.

Bion ci ha insegnato che, per tutta la vita, siamo abitati dalla necessità di trasformare le emozioni in pensiero, così da implementare la *barriera di contatto*, una versione più astratta, ma simile, alla funzione che Anzieu definisce *io pelle*, con un'immagine teorico-metaforica di immediata comprensione.

Tanto maggiore è la capacità di transitare e sostare nelle emozioni che ci abitano, riuscendo a conoscerle, contenerle, ma anche a sentirle, tanto più saremo in grado di operare le nostre scelte e di dare impulso e tenuta al nostro desiderio.

È esperienza condivisa che il gruppo attivi la funzione Alfa (definita funzione Gamma nella sua valenza gruppale da Francesco Corrao) e che moltiplichi le possibilità di *rêverie* ad opera dei suoi membri.

A mio avviso, il gruppo funziona anche come un acceleratore di particelle, facendo sì che un'istanza profonda che lo abita acquisti velocità e forza nel cerchio del gruppo, fino a "impressionare", come nell'acceleratore del CERN, la lastra-individuo che in quel momento è la più sensibile o la più pronta a dare senso alla tematica emotiva che circola in profondo.

Così capita che un partecipante racconti un sogno o un episodio della vita reale, o, ancora, che si attivi una dinamica nel qui ed ora: tutti fattori che cominciano a rendere pensabili gli eventi inconsci che abitano il gruppo e che premono, come i personaggi in cerca di autore, per essere riconosciuti.

Può capitare altresì che il livello che viene sollecitato e portato ad esprimersi, pertenga al protomentale, per dirla con Bion, quella condizione originaria in cui lo psichico e il somatico non sono distinti; per cui può succedere che un neonato risponda col vomito a una madre ansiosa, o attivi il pianto a fronte di un cibo sgradevole, troppo freddo o troppo caldo o di un sapore sconosciuto. Da notare che, in particolari situazioni emotive, questo livello funziona ancora, anche in età adulta, e nella vita di tutti i giorni: una persona vomita davanti a una scena cruenta di un incidente, o perde l'appetito in una cena in cui circoli tensione emotiva, o cambia umore in relazione ad un cibo cattivo.

Come dice Bion, il gruppo è in grado di riattivare il protomentale.

Vorrei parlare di un'esperienza di qualche anno fa tratta dall'insegnamento di psicodramma analitico dentro la Scuola COIRAG.

La Scuola COIRAG muove la sua origine dalla comune matrice analitico-gruppale delle associazioni che la compongono e, sia pure con scansioni diverse, ha sempre utilizzato il gruppo classe come occasione per rendere l'apprendimento non soltanto il risultato di insegnamenti teorici, ma anche di un processo che transita nell'esperienza. Ho per altro sempre pensato che costituirebbe una strana scelta quella di non ascoltare, e quindi evitare, le dinamiche e i fantasmi che il gruppo classe attraversa mentre di queste dinamiche e di questi fantasmi andiamo trattando nell'insegnamento.

Il materiale che porto riguarda un gruppo di allievi di 10 persone che sono al terzo anno di scuola. In quest'anno gli allievi si cimentano con diversi modelli gruppali: dall'analisi di gruppo, all'analisi istituzionale, allo psicodramma. Col tempo ho imparato ad apprezzare che gli allievi mi restituiscano molto di più di quello che io dò loro, e avverto nel gruppo la presenza dei colleghi e dei pensieri che loro stimolano. Ho appreso a riconoscere il processo gruppale dell'insegnamento COIRAG attraverso il gruppo degli allievi.

Siamo al secondo incontro, costituito da quattro ore per due sessioni da due ore ciascuna. Nella prima sessione svolgo l'insegnamento teorico dello psicodramma analitico mentre, nella seconda parte, attivo una sessione esperienziale che prende a pretesto il portare problemi relativi al lavoro - quindi pazienti, riunioni d'equipe, problemi con colleghi, ecc.- al fine di consentire di fare esperienza di psicodramma, per un apprendimento che non prescinda dall'esperienza.

Con il gruppo, che non ha dimestichezza con lo psicodramma, ho fatto in precedenza un contratto d'aula in cui ho esplicitato quanto sinteticamente esposto sopra e già effettuato una prima sessione esperienziale in cui si è trattato di un caso clinico concernente il tirocinio di un partecipante e in cui già si è affrontata un minimo di esperienza di discussione di gruppo e di messa in scena di un colloquio clinico con il *role playing*. In questo secondo incontro (complessivamente erano sei all'anno per due anni) si trattava di partire con il decidere chi portasse il materiale.

*Dopo qualche minuto di silenzio, Anna dice che lei avrebbe un caso ma, dato che ha già portato il caso il giorno precedente (per un altro insegnamento), afferma che, se qualcuno volesse portare qualcos'altro, lei si asterebbe. Invita il gruppo a decidere.*

*Il gruppo rimane un paio di minuti in silenzio.*

*Vittoria dice che lei non ha un caso, ma una situazione con il suo referente di tirocinio, ma anche lei non è sicura di volerlo portare, afferma che forse lo avrebbe proposto con l'altro docente, quello di analisi istituzionale. Ma, se il gruppo vuole...*

*Ancora silenzio, questa volta più lungo, 5 o 6 minuti.*

*Giovanna dice che dovrebbero mettersi d'accordo per chi porta i casi. Anche lei, volendo, potrebbe portare qualcosa, ma non vorrebbe rubare il posto ad Anna. Decida il gruppo.*

*Tutti sono in silenzio e la tensione cresce. Un po' la sento anche dentro di me e la avverto nel gruppo dagli sguardi un po' preoccupati e dalle posture contratte che mi fanno tornare alla mente le interrogazioni di matematica al liceo.*

*Dico a un certo punto che non mi pare che il gruppo voglia che si porti qualcosa.*

*Ancora un po' di silenzio e Bruna dice che lei non sa se sia così, ma le è venuto un forte mal di stomaco.*

*Decido allora di intervenire e propongo a Bruna di mettere in scena il suo mal di stomaco.*

*Sia pure con un po' di stupore aderisce alla proposta: si tratta di scegliere qualcuno che interpreti "lo stomaco" e qualcuno che faccia "il male".*

*Sceglie Virginia nella parte dello stomaco. Le chiedo il perché e lei dice "perché la sento un po' come me, sensibile".*

*Chi può fare il male allo stomaco? E lei sceglie i due maschi del gruppo, Aldo e Diego. Chiedo il perché. "Perché sono forti e possono far male".*

*Si allestisce la scena: lei al centro del cerchio con, seduta vicina vicina, Virginia; Aldo e Diego di fronte a Virginia-stomaco.*

*Dopo aver ricordato che nel gioco si fa "come se", non "davvero", dico: "Ora vediamo come si fa male allo stomaco".*

*Aldo e Diego partono a mimare una serie di cazzotti allo stomaco. Chiedo loro a che pensano e di esplicitarlo: "Beccati questo!", "Fai schifo!", "Chi ti credi di essere?!" - accompagnano la serie di pugni.*

*Invito poi Bruna a passare nel ruolo dello stomaco da dove può dire di accusare molto le ingiurie, e poi in quello di chi dà i pugni, in cui si scopre particolarmente veemente, aggiungendo un suo commento: "Non vali niente!".*

*Ognuno torna alla propria parte e decido di terminare il gioco.*

*Tutti tornano alla loro sedia nel gruppo che, con Bruna visibilmente commossa, ha attraversato un forte impatto emotivo e, a turno, i componenti possono esplicitare la loro quota di partecipazione nel proprio ruolo e nel cambio dei ruoli. Tutti intervengono a portare il proprio vissuto nell'essersi identificati a Bruna e al suo stomaco. Sarà Bruna che ad un certo punto dice: "Credo che ci portiamo dentro delle fragilità che ci spaventano con cui dobbiamo fare i conti". E' mia premura accogliere l'affermazione di Bruna sottolineando che non si tratta di prendere le fragilità a cazzotti, ma di renderle pensabili e parlabili, così da trasformarle in buone risorse.*

*Dico anche che lo psicodramma spaventa perché fa uscire le nostre fragilità, e che era necessario parlarne prima di procedere nell'esplorarle, per assicurarsi che non le avremmo prese a cazzotti.*

La breve sequenza, tratta da quella che mi piacerebbe chiamare una tranche di *clinica formativa* permette un assaggio del potenziale dello psicodramma e del suo modo di "turbare" la relazione formativa e degli effetti di questa metodologia.

Se si fosse trattato di una seduta terapeutica, si sarebbe potuto indagare meglio, nella verticalità della storia della protagonista del gioco, chi fossero i personaggi interni da cui derivano i pugni allo stomaco (possiamo immaginare famigliari, insegnanti, amici, ecc.). Trattandosi di una seduta formativa, questa parte non viene sollecitata e viene demandata al percorso analitico personale che gli allievi hanno in corso, a meno che qualcuno non decida autonomamente di parlarne, nel qual caso si tratta di usare il materiale prodotto come metafora di ciò che accade nel qui ed ora.

Mi limito a riferire quanto accaduto al contesto sociale e, in particolare, a quello formativo, dove si fa esperienza-elaborata della paura del nuovo e del giudizio (siamo comunque in una scuola che esprime valutazioni e all'interno di un gruppo) correlati al sentimento di inadeguatezza conseguente a una quota di fragilità personali che cominciano a divenire parlabili e condivisibili.

Questo tipo di attenzione ha un'importante valenza etica.

In primo luogo, concerne la domanda e il contesto in cui si gioca la questione: si tratta di formazione e non di terapia, ma la formazione solleva comunque angosce e problemi che vanno trattati come occasione di apprendimento.

In secondo luogo, il tempo a disposizione limitato sconsiglia di trasformare in terapia l'esperienza, dato che non saremmo comunque in grado di farci carico delle conseguenze dell'intervento.

Infine, siamo all'interno di una scuola il cui giudizio, sancito dal Ministero, autorizza a svolgere o no una professione, contesto che rende oggettivamente dubbia la libertà di espressione, presupposto necessario per ogni psicoterapia di matrice dinamica. Se ne può uscire se si usa il vertice formativo come decodifica.

L'apprendimento che ne consegue apporta un valore aggiunto rispetto alla conoscenza meramente teorica, che potremmo paragonare al salto che consiste nel passare dallo studio e dalla conoscenza del principio di Archimede, all'entrare in acqua e provare a nuotare, sia pure in una piscina sorvegliata e con dei confini ristretti.

È per me sempre stupefacente come il gruppo riesca a cogliere aspetti sostanziali e profondi e a segnalarli in modo rapido. È anche sorprendente come il gioco sappia elaborare l'emotività, quasi si potesse assistere, nel breve lasso di tempo della seduta, al passaggio dalla riga *α* (elementi beta) della griglia di Bion alla riga *f* (concetti) passando per un sintomo, per poi costruire, rappresentare ed elaborare un "sogno" con un senso che poi viene concettualizzato nella "fragilità". È altresì evidente che la scena giocata, abbia funzionato come un cazzotto allo stomaco del gruppo-corpo, come spesso viene fantasmaticizzato, consentendo al campo grupppale di risuonare sul piano emotivo e cognitivo. Francesco Corrao, in uno dei suoi ultimi scritti, aveva auspicato che la psicoanalisi divenisse la psicoanalisi delle *cognizioni affettive*, ribadendo in tal modo il valore aggiunto dell'apprendere dall'esperienza, capace di ancorarsi alle emozioni e attivare affetti creando legami.

In fondo, si tratta, nel processo formativo, di *apprendere il processo di apprendimento*, nei registri che comprendono il cognitivo, l'emotivo e l'affettivo, perché quella dell'apprendere, attraverso l'ascolto, è la componente principale della pratica analitica e formativa.

Tornando alla seduta formativa descritta, l'interrogativo potrebbe riguardare quale evoluzione avrebbe potuto prendere la situazione se non avessi fatto giocare la scena, e sono convinto che il gruppo avrebbe trovato altre vie per elaborare la vicenda.

Lo strumento di Moreno è sicuramente straordinario, nel suo permettere, attraverso le personificazioni, di far parlare uno stomaco o ciò che lo fa star male, in una sequenza che implica i corpi nel sentire, nel muoversi, nel costruire scene disponibili allo sguardo, nel poter transitare da un ruolo all'altro ed esperirne la complessità dei movimenti affettivo-emotivi implicati. Il tutto in una rappresentazione che comporta, per essere realizzata, una quota di lutto come quella presente nel *fort-da* del gioco del rocchetto di Freud: il rocchetto non è la mamma, e lo stomaco non parla, e quando si gioca ci si serve di sostituti. Riguardo allo psicodramma, mi viene in mente l'aforisma di B. Franklin che la sede di Torino della scuola COIRAG ha scelto come emblema: "*Dimmi e lo dimentico, insegnami e lo ricordo, coinvolgimi e lo apprendo*". Un'efficace anticipazione di ciò che abbiamo conosciuto e approfondito con Bion.

Certamente si può essere coinvolti in tante maniere, e ho cercato di far vedere come il gioco dello psicodramma sappia coinvolgere intensamente, offrendo, nel contesto della scuola, l'opportunità di un apprendimento profondo, i cui effetti sono destinati a generare trasformazioni durature verso ***essere psicoterapeuti*** più che ***fare gli psicoterapeuti***.

## **Bibliografia**

- Anzieu D. (1979), *Il gruppo e l'inconscio*. Borla, Roma 1979.
- Anzieu D. (1985), *L'io Pelle*. Tr.it. Borla, Roma, 1987
- Anzieu D.(1979) *Lo psicodramma analitico del bambino e dell'adolescente*. Astrolabio, Roma 1979.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.
- Bion W.R. (1962) *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*. Tr.it. Armando, Roma 1973.
- Corrao, F., *Orme - Contributi alla psicoanalisi*, Voll. 1 e 2, Cortina, 1998.
- Ferenczi S. *Opere*, vol. I. 1908-1912, Raffaello Cortina, Milano, 1989, 2008.
- Opere*, vol. II. 1913-1919, Milano: Raffaello Cortina, 1990.
- Opere*, vol. III. 1919-1926, Milano: Raffaello Cortina, 1992.
- Foulkes S.H. (1975), *La psicoterapia gruppoanalitica. Metodo e principi*. Astrolabio, Roma 1976.
- Freud, S. (1920), *Al di là del principio di piacere*. Bollati Boringhieri, Torino, 2012.
- Klein M. *Scritti 1921-1958*. Boringhieri, Torino, 1978.
- Lemoine P. e J. (1972), *Lo Psicodramma*. Feltrinelli, Milano, 1973.
- Miglietta D. *I sentimenti in scena*. Utet, Torino 1998.
- Moreno J,L. (1946), *Manuale di psicodramma 1: il teatro come terapia*, a cura di Ottavio Rosati. Astrolabio, Roma, 1985.
- Pani R. *Lo psicodramma psicoanalitico – Evoluzione del metodo e funzioni di cura*. Franco Angeli, Milano 2007.
- Winnicott D. (1971), *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

**Claudio Merlo**, Laurea in Filosofia (pieni voti con lode). Libero professionista, psicoterapeuta individuale e di gruppo e psicodrammatista (SIPsA, C.O.I.R.A.G.) presso il mio studio in Alessandria, attualmente socio dell'Associazione di professionisti "360° Psicoterapia, Pedagogia, formazione", con sede in P.zza d'Annunzio 2, Alessandria. Past President SIPsA, past President C.O.I.R.A.G., docente della scuola C.O.I.R.A.G. sedi di Milano (Teoria e tecnica dello Psicodramma analitico) e Torino (Psicoterapia psicoanalitica di gruppo), fondatore e direttore della rivista AREAANALISI (organo della SIPSA fino al 2001), ho pubblicato articoli su riviste nazionali. Relatore in convegni nazionali e internazionali. Supervisore di servizi di psichiatria e di diverse comunità per adulti psichiatrici e per minori.

**Email:** claudiomerlo27@gmail.com

## **Intervista a Giovanni Boria, di Silvia Corbella**

### **Premessa**

Il Congresso Internazionale di psicoterapia di gruppo, avvenuto a Montreal nel 1992, mi aveva dato l'opportunità di conoscere e di scambiare opinioni con colleghi psico-drammatisti sia a indirizzo analitico sia moreniano e di riportarne stimoli di riflessione. Inoltre, grazie alla partecipazione a workshop specifici di diversi tipi di psicodramma-partecipazione che si è ripetuta al congresso di Buenos Aires (1995) e a quello di Londra (1998)- mi è stato possibile trarre da queste esperienze una conoscenza un po' meno teorica e un po' più verificata di questo specifico setting, nella pratica diretta. In particolare nelle approfondite discussioni con Gianni Boria, (psico-drammatista autore del libro "Lo psicodramma classico"), era scaturita da parte di entrambi l'ipotesi di uno scambio integrativo fra la conduzione analitica del gruppo e quella psicodrammatica moreniana. Inoltre la lettura del libro di Rouchy (1) e a Londra l'ascolto diretto dell'autore, che aveva raccontato della esperienza sua e di altri colleghi gruppoanalisti che da molti anni alternavano una volta al mese alle sedute di gruppoanalisi una seduta di psicodramma analitico e una di rilassamento, sottolineandone il valore terapeutico, hanno indotto Boria e me a passare dall'ipotesi teorica alla realizzazione pratica. Il dispositivo messo in atto da Rouchy e dai suoi colleghi è caratterizzato dalla presenza di più analisti che usano tecniche diverse, viceversa quello che Boria e io andavamo a costituire sarebbe stato caratterizzato dalla presenza di un'analista di gruppo e di uno psicodrammatista moreniano che, pur avendo avuto una preparazione analitica, aveva scelto di esercitare la tecnica classica. Proprio questa diversità di approccio non solo tecnico ma anche teorico, anziché sembrarci un ostacolo, è apparsa ad entrambi un ulteriore stimolo per la ricerca di una produttiva integrazione, nel rispetto e valorizzazione delle diversità, a cui la comune appartenenza alla cultura gruppale ci ha abituato e reso accorti. A questo proposito mi viene da pensare che l'esperienza raccontata da Rouchy, iniziata alla fine degli anni settanta, aveva avuto bisogno di fondarsi su una condivisa appartenenza forte, garantita dalla psicoanalisi, oggetto teorico comune di riferimento. Viceversa nel corso degli anni l'appartenenza gruppale consolidatasi in Italia e nel mondo e la possibilità di fare appello a questa forte appartenenza comune, hanno permesso a Boria e a me di osare questa esperienza, con l'aggiunta dell'importante innovazione derivante dalla diversità della teoria di riferimento, aspetto molto apprezzata da Malcom Pines al convegno di Zara, concreta dimostrazione di come la cultura gruppale si fondi sul paradigma condiviso della complementarità. Da allora è passato molto tempo ma il ricordo vitale e vivacizzante della collaborazione fra Giovanni Boria e me mi ha portato a desiderare di approfondire il suo modo di considerare le comunicazioni del corpo nel lavoro di gruppo moreniano.

**Corbella:** Caro Giovanni so che vieni da un percorso psicoanalitico, per cui sono curiosa di comprendere cosa ti abbia portato ad interessarti allo psicodramma moreniano.

**Boria:** L'occasione è nata dal fatto che all'epoca (anni '70) frequentando un'équipe psicopedagogica composta da persone che avevano diversi approcci, tra cui quello psicomotorio, e avendo curiosità per una cosa – la psicomotricità – di cui si parlava in quel tempo e che non era molto conosciuta, ho chiesto (insieme ad altre persone che erano nell'équipe) che cos'era questa psicomotricità e la psicomotricista mi ha risposto che, secondo lei, la cosa interessante sarebbe stata farne esperienza piuttosto che dare una spiegazione. E allora ha invitato quattro di noi a fare un'esperienza psicomotoria. Non era psicodramma, era psicomotricità realizzata all'interno della scuola speciale in cui operavamo; quindi molto basata sulla sensorialità. E ho sperimentato che l'aspetto motorio, l'aspetto dello spostamento nello spazio, gli scambi, gli avvicinamenti, gli

allontanamenti, l'entrare in contatto fisico, l'essere vicini/distanti a/da qualcuno aveva un significato molto vivacizzante. Mi sono sentito veramente molto vivo e non occupato a mettere insieme pensieri. E la cosa mi ha molto incuriosito. Anche perché, ti dirò, nell'uso del linguaggio verbale mi valutavo un po' "somarello", non sentendomi portato a costruire quei "ricami mentali" che alcuni colleghi che io frequentavo in un centro di psicoanalisi riuscivano a disegnare. Mentre in questa situazione di espressività libera, dove non avevo la sensazione di dire una cosa giusta oppure sbagliata, mi sentivo centrale e non ai margini. Questo vissuto mi ha colpito molto positivamente. Naturalmente si è trattato di un'esperienza del tutto episodica. Però poco tempo dopo mi è successo di entrare in contatto con un'altra persona, la psicologa Anna Fabbrini: con la sua guida ho partecipato ad un week-end che si chiamava, forse, di "comunicazione non verbale". Ed è stata un'esperienza che ho percepito come raffinata ed efficace, adatta a me. Ero stato messo nella condizione di "esserci tutto intero", di essere in me e con gli altri. Quest'esperienza mi ha non solo incuriosito, ma anche segnato. Come fare per non smarrirne le tracce? Ho chiesto ad Anna come avrei potuto capire e conoscere meglio questa metodologia e le dinamiche che produce. Qualche settimana dopo mi recavo in vacanza negli Stati Uniti dove risiedeva una mia sorella psichiatra. Lei mi ha invitato a frequentare per qualche giorno l'ospedale dove lei lavorava. Si trattava dell'ospedale Sheppard Pratt di Towson, Maryland (dove aveva operato anche H. S. Sullivan, il teorico della psichiatria relazionale). Io ho accettato ed ho potuto vedere come funzionavano le cose in quell'ambiente. Ed è lì che, fra le tante cose che ho visto, ho potuto per la prima volta osservare e godermi una sessione di psicodramma. E mi sono detto: "Ma guarda che esperienza interessante ed apparentemente efficace! Una situazione di libera espressività, dove c'è molta relazione non camuffata, ma spontanea e genuina. Relazione facilitata da un terapeuta-regista". Più tardi saprò che quella sessione seguiva un protocollo noto in ambito psicodrammatico e conosciuto col nome di "Bottega magica". Si tratta di una bottega dove il compratore va per acquistare delle "doti interiori" e non vige la legge del pagamento in denaro ma quella del baratto: io chiedo quella certa qualità e do in cambio un'altra qualità che mi sembra essere ben presente in me. Visto il mio entusiasmo, alla fine della sessione la terapeuta-regista mi ha informato dell'esistenza di una cittadina di nome Beacon dove c'era il centro di formazione "Moreno Institute". Io in quel momento mi trovavo nel Maryland, e Beacon è nello Stato di New York. Ma io, per tornare dopo pochi giorni in Italia, dovevo prendere l'aereo a New York; per cui ho telefonato ad un'altra sorella residente in quello Stato. Lei si è offerta di informarsi telefonicamente sulle possibilità di un mio veloce contatto anche in presenza col Moreno Institute. Sono stato così iscritto alla prossima "open session" che si sarebbe tenuta la sera del sabato nel Teatro di Psicodramma dell'Istituto. E questo accadde. Qui ho conosciuto Zerka Toeman, vedova di Moreno (morta tre anni prima), che faceva gli onori di casa e dirigeva la sessione. Sessione condotta in modo magistrale. Io sono rimasto particolarmente colpito dall'atmosfera comunicativa che aleggiava nel teatro e soprattutto da alcuni aspetti scenici (soprattutto l'uso delle luci, cosa per me inedita nella pratica psicologica). E poi l'esistenza di un palcoscenico che esaltava l'azione scenica, l'uso degli oggetti, la costruzione essenziale ma efficace delle scene; e, in primo luogo, un terapeuta che era anche un abile regista capace di far accadere qualcosa che toccava l'anima. Mi è sembrato straordinario il modo con cui il terapeuta-regista riuscisse ad aiutare il singolo facendo agire le persone del contorno, creando quei movimenti che sembravano adatti al bisogno di una persona specifica.

**Corbella:** Perdona la mia inesperienza in proposito, ma è il conduttore che sceglie chi coinvolgere di volta in volta nell'azione?

**Boria:** Si parte con una dinamica di gruppo dove vale il criterio psico drammatico della circolarità, della simmetria e della parità. Il che significa che vengono proposte delle situazioni in cui tutti possano sentirsi "presenti" (es: camminare... guardarsi...). Vengono

proposte attività a cui tutti possano accedere, per cui non c'è la possibilità che qualcuno "rimanga nell'angolo". A tutti è dato un tempo espressivo. Poi da lì, se si coglie che qualcuno è più in sofferenza, oppure se si capisce che la tensione tenderebbe a orientarsi verso una persona specifica, allora si individua un protagonista. In questa evenienza il gruppo si trasforma, non tiene più conto della circolarità, della simmetria e della parità: diviene un gruppo asimmetrico nel quale il protagonista è l'elemento più importante e tutto quello che si fa, le situazioni che si costruiscono, sono in funzione del bisogno espresso o non espresso di quel soggetto. E gli altri membri del gruppo diventano "io-ausiliari".

**Corbella:** Il protagonista lo sceglie il conduttore?

**Boria:** Volendo, è possibile. Però di solito io faccio scegliere al gruppo. Così il gruppo collabora con una partecipazione più attiva. Mi viene in mente una volta che una persona che in gruppo non parlava mai, un giorno accenna a un sogno fatto di recente. "Oh, che bello! - le dico - Ti sentiresti di raccontarci ancora... tu che racconti così raramente...? A me sembrerebbe interessante per tutti se tu continuassi a raccontare!" Sono partito da questa sua espressione un po' insolita e l'ho agganciata. Ho poi chiesto agli altri del gruppo se fossero d'accordo. Ricordo che ha messo in scena un sogno, anche molto movimentato (L'eruzione di un vulcano) e tutti gli altri collaboravano per far sì che le cose che succedevano sulla scena esprimessero davvero quello che la persona voleva comunicare. Il protagonista è stato facilitato ad esprimersi attraverso il suo corpo e nell'interazione coi corpi degli altri. Il terapeuta-regista è risultato come una specie di "tirafili", di burattinaio. Come nel caso di un'altra scena con un altro membro del gruppo: il protagonista/bambino veniva accompagnato in classe nel primo giorno di scuola dalla mamma, la quale a un certo punto spariva lasciando il figlio con degli sconosciuti. Anche qui tutti i compagni di gruppo furono ingaggiati a dare un contributo: chi assumendo il ruolo di un buon insegnante, chi mostrandosi compagno gentile. Il tutto sotto l'occhio attento del terapeuta-regista. Nel gruppo di psicodramma le persone, anche attraverso la focalizzazione sul corpo, vengono aiutate a riattualizzare un vissuto sepolto; non solo, ma possono anche fare delle esperienze correttive. Il bambino che si era sentito abbandonato dalla madre che spariva dalla sua vista, dopo aver resa esplicita la sua disperazione può sentirsi dire dal terapeuta-regista: "Adesso questa mamma la trasformiamo nella mamma che avresti voluto e mi dirai tu come vuoi che lei sia". E così potrebbe succedere che un compagno ausiliario venga vicino al soggetto, lo tocchi, forse lo abbracci, rendendo attuali e percepibili aspetti del suo vissuto. In questo gioco scenico viene utilizzata la tecnica dell'inversione di ruolo. Il terapeuta dice: "Adesso arriva la tua mamma desiderata e un compagno incarna questa mamma". E a questo punto viene chiesta l'inversione di ruolo: "Tu, piccolo bambino, diventi magicamente la tua mamma del desiderio che agisce qui col figlio, incarnato da un io-ausiliario". È allora possibile che il bambino/mamma cerchi un contatto, certe volte molto timidamente, altre volte collocando il figlio sulle ginocchia, abbracciandolo teneramente. E anche coloro che guardano la scena ne traggono nutrimento. L'inversione di ruolo mi ha fatto veramente capire il significato della parola "incarnazione". Da cristiano ne avevo sentito parlare molto spesso, ma era rimasta una parola oscura, insignificante. Ora mi è chiaro che con l'incarnazione (nel setting psicodrammatico) i fantasmi interni vengono esternalizzati, prendono forma e concretezza, diventano percepibili e modificabili. L'inversione di ruolo consente di accedere a quel prezioso meccanismo mentale che è il decentramento percettivo.

**Corbella:** Alla fine di ogni sessione c'è un commento o un rimando, oppure no?

**Boria:** La parte finale è fondamentale. E consiste in quel tempo che in inglese si chiama "sharing" (noi l'abbiamo tradotto con le parole "partecipazione dell'uditorio"): tutti coloro che sono stati coinvolti come ausiliari o sono rimasti ad assistere da fuori, dicono che tipo

di collegamento vedono tra ciò che è stato rappresentato e la propria esperienza. Qui ognuno partecipa con le proprie emozioni e ricordi.

**Corbella:** È come se si desse un rimando e anche una sorta di rispecchiamento insieme a un coinvolgimento personale.

**Boria:** Esatto. Ognuno sente di non essere solo e unico ad avere vissuto certe emozioni, e che appartiene alla comunità degli umani.

**Corbella:** Mi ricordi Claudio Neri quando sottolinea che un buon lavoro di gruppo permette ai partecipanti di sentirsi “umano fra gli umani”. Quanto hai così chiaramente espresso, mi fa tornare alla memoria che, quando avevamo deciso insieme che tu facessi fare un’esperienza mensile di psicodramma a un mio gruppo, avevo ritenuto corretto fare prima un’esperienza di sessione aperta con te. In modo di capire meglio cosa andavo a proporre. In quella sessione aperta mi aveva colpito in modo profondo che una persona, che era stata poi il protagonista, avesse scelto me a impersonarlo “incarnarlo” in una particolare situazione con suo padre. Ricordo che mi aveva intensamente colpita ed emozionata il fatto che avesse scelto proprio me ad assumere un ruolo che nella realtà mi era capitato di assumere nei confronti di mio padre, e proprio alla stessa età a cui il protagonista aveva fatto riferimento. Questa esperienza inaspettata mi ha fatto rivisitare la mia personale e analoga esperienza e rivederla in modo nuovo e arricchente. In quel momento ho pensato che la proposta fatta al mio gruppo era assolutamente perseguibile e interessante e che i nostri lavori potevano essere integrati e terapeuticamente complementari. Io non conoscevo il protagonista e lui non poteva sapere nulla della mia vita. In questo numero della rivista in cui ho affronto il tema della telepatia, mi sento di ipotizzare che nel campo grupale dello psicodramma moreniano si crea uno spazio anche per comunicazioni telepatiche.

**Boria:** Pensa che nello psicodramma questo tipo di comunicazione impalpabile la chiamiamo “tele”, che è un po’ il contraltare del transfert.

**Corbella:** Il metodo che ricordo tu utilizzavi col mio gruppo nel riscaldamento iniziale, veniva da un’idea di Moreno o era un’invenzione tua?

**Boria:** Il riscaldamento è fondamentale: un assunto di base dello psicodramma è che noi dobbiamo affidarci a quella voglia di essere, di esistere, che è così naturale ed evidente nel bambino, ma che però poi viene sacrificata, schiacciata, distorta dagli eventi, confinando la voglia di esistere in schemi di comportamento ripetitivi e rassicuranti in quanto ben conosciuti. Il riscaldamento mira a smontare questi schemi, a liberare spontaneità; e ciò si realizza spesso attraverso un’attivazione psicomotoria. Noi non consentiamo al gruppo di fare qualunque cosa; il gruppo agisce stimolato da consegne che prevedono circolarità, parità, simmetria. Il che vuol dire che anche nella composizione del gruppo bisogna far sì che stiano insieme persone capaci di rispondere a delle consegne mirate. Il gruppo va costruito in modo che al suo interno ci siano complementarietà ed eterogeneità.

**Corbella:** Sì, questa è un’attenzione anche rispetto alla gruppoanalisi: quando devi comporre il gruppo devi farti delle domande e vedere se potrà esserci fra i partecipanti una relazione costruttiva.

**Boria:** Senti Silvia, ti esprimo un mio retropensiero: ma tu dove vuoi che ci porti questa intervista? In altre parole: *Cui prodest?*

**Corbella:** *Prodest* ai lettori analisti che non hanno avuto l’opportunità di approfondire come funziona lo psicodramma moreniano. Tu utilizzi lo psicodramma moreniano, pur avendo una cultura analitica, e questa è una cosa abbastanza particolare. A questo proposito volevo chiederti se il tuo percorso analitico a livello conscio o forse preconscious ti aiuta a comprendere chi è la persona che ha più difficoltà e a cogliere qual è la dinamica

che si sta mettendo in atto nel campo gruppale. Quando venivi nel mio gruppo notavo che i tuoi interventi erano sempre mirati al fatto il protagonista potesse prendere coscienza di alcuni aspetti di sé e poi lasciavi che la seduta lavorasse e stimolasse pensieri e fantasie in ogni partecipante. Questo lo so perché venivo sempre, alla prima seduta di psicodramma con un mio gruppo, nel tuo studio-teatro, come osservatrice silenziosa. Pensi che l'esperienza analitica ti abbia permesso una modalità più profonda e articolata di quella di altri conduttori di psicodramma moreniano che non hanno fatto la stessa esperienza ?

**Boria:** Non so risponderti perché, avendo io questo spirito, mi è difficile dirlo. Però io non parlerei di cultura analitica: parlerei di conoscenza della psicologia dinamica. Sì, mi riferisco alla psicologia dinamica, alle teorie come quelle formulate da Bowlby o da Winnicott.

**Corbella:** Ovviamente ai giorni nostri ci riferiamo alla psicoanalisi relazionale sviluppatasi da quella freudiana. In ogni caso però l'esistenza del preconcio e dell'inconscio fanno parte della nostra cultura.

**Boria:** È una cultura che rimane come sfondo del mio modo di lavorare. Il mio intento è mettere le persone in situazioni di azione perché qui il soggetto è globalmente presente e la verità non può essere evitata.

**Corbella:** Freud è stato il primo a dire che il corpo non mente mai; e il tuo far agire le persone è anche un modo di farle svelare a loro stesse...

**Boria:** Tu continui a menzionare il corpo: io dico che è la situazione che non mente mai. È ovvio che nella situazione c'è anche il corpo; ma non c'è solo il proprio corpo. Ci sono anche i corpi degli altri, ci sono gli oggetti, c'è l'ambiente... Io considero il tutto.

**Corbella:** Tu costruisci una situazione che faccia parlare la persona nella sua integrità psicosomatica, nelle relazioni del *qui ed ora*.

**Boria:** Proprio questo: il mio è un lavoro scenico dove il *qui ed ora* è fondamentale, e dove gli stimoli che io do nel sollecitare l'azione in un senso o in un altro derivano da una mia intuizione. Nel mio ruolo di regista non faccio sviluppare l'azione in modo casuale, ma seguo un mio filo conduttore che è determinante nel provocare un certo tipo di scena. Quello che io non faccio – che forse è l'aspetto caratterizzante la modalità analitica – è esplicitare con le mie parole l'intuizione che mi ha guidato; non formulo interpretazioni, ma offro scelte registiche.

**Corbella:** Questo aspetto è molto interessante. Ho avuto l'impressione che i tuoi interventi nei miei gruppi fossero di grande aiuto per tutti, ma fossero un acceleratore soprattutto per le persone che avevano iniziato da poco l'analisi e che avevano problemi psicosomatici. Se dovessi dare delle indicazioni a pazienti che hanno problemi psicosomatici, penso che riterrei molto efficace un'integrazione con sedute di psicodramma moreniano. Condividi questa mia ipotesi?

**Boria:** Non so darti una risposta. Io direi che la condizione di base per entrare in una situazione psicodrammatica è quella di "stare al gioco" e, quindi, la disponibilità ad affidarsi. Per me la domanda iniziale (spesso implicita) da porre a un candidato paziente è: "Sei disponibile a stare ai giochi che io ti propongo?" In una sessione aperta mi è capitato, per esempio, che una persona se ne fosse andata via sin dall'inizio perché non accettava il mio ruolo di regista, cioè che fossi io a proporre delle azioni. Ho sperimentato che alcuni pazienti, non disponibili a fidarsi ed affidarsi, dopo un po' *hanno mollato*, ma non so rispondere a una domanda precisa come quella che mi hai posto tu.

**Corbella:** Ho notato che, nel momento in cui tu mettevi in gioco il corpo in azione delle persone, permettevi al corpo di essere portavoce anche di aspetti inconsci.

**Boria:** Ricordando un tuo gruppo, mi viene in mente una persona che poi non è più venuta da me perché aveva difficoltà ad affidarsi al gioco e alle sue regole. Era una donna alta che veniva da un paesino della provincia. È venuta poche volte da me, mentre veniva da te con entusiasmo.

**Corbella:** Sì, ho capito a chi ti riferisci. Però quelle poche volte in cui è venuta da te sono servite a farle capire le ragioni del suo malessere quando doveva incontrare persone sconosciute. Secondo me l'esperienza con te le è servita molto ed ha cominciato a darle consapevolezza della somatizzazione dei suoi disagi. Solo che era una persona cresciuta in un ambiente familiare molto impositivo; quindi era come se dicesse: "Questa volta ho bisogno che rispettino i miei tempi, che decida io". L'analisi si è conclusa con successo: grazie al nostro lavoro si è permessa di *impossessarsi* della sua vita.

**Boria:** Forse, per la conoscenza dello psicodramma moreniano, val la pena che io espliciti un criterio ricorrente che caratterizza questa metodologia: il lavoro scenico inizialmente si orienta soprattutto a mobilitare quello che noi chiamiamo l'*io attore*, dando spazio all'esserci globale della persona; segue poi un tempo nel quale è come se la persona si tirasse fuori da se stessa per auto-osservarsi: è questo l'*io-osservatore*. In una sessione psicodrammatica c'è una sequenza di momenti in cui si alternano queste due polarità. Questo consente di dare forma di parola a quelle intuizioni, a quelle acquisizioni che improvvisamente sono comparse durante l'azione: la parola consente di dare loro una forma e una stabilizzazione.

**Corbella:** Mi chiedo, ti chiedo, se è un momento di osservazione sicuramente di sé, ma anche di sé osservando gli altri...

**Boria:** Osservi te e tutto quello che in te è accaduto; e quindi anche le elaborazioni che hai fatto osservando gli altri...

**Corbella:** ...e che gli altri hanno fatto di te...

**Boria:** ...degli specchi che gli altri hanno rimandato su di te, come noi diciamo.

**Corbella:** Nel divenire di questo nostro dialogo riconosco il valore di poter integrare le nostre due discipline. Ti ricordi che al congresso di Zara, Malcom Pines ci aveva molto rassicurato e gratificato rispetto alla nostra esperienza di integrazione? Tutto sommato arriviamo ad approfondire le stesse dinamiche, anche se in situazioni e con modalità diverse e con un vertice di osservazione differente. Ma è proprio per questo che sono integrabili!

**Boria:** Io credo che la differenza fondamentale stia nel setting. Il nostro è un setting d'azione: ci vuole uno spazio che consenta la deambulazione, il movimento corporeo; e poi richiede la possibilità della reciproca percezione. Questo è l'aspetto teatrale dello psicodramma: il guardare sé e l'altro da fuori.

**Corbella:** Questo è un aspetto profondamente relazionale; è la psicoanalisi della relazione. Quindi, secondo me, i nostri lavori sono complementari: non solo sono integrabili, ma anche complementari. Usiamo setting differenti che non si elidono a vicenda, non vige l'*aut-aut*, ma l'*et-et*.

**Boria:** Questa integrazione è teoricamente desiderabile e anche realizzabile, come abbiamo sperimentato noi. Però nella dinamica terapeutica le persone tendono a privilegiare uno dei due terapeuti, uno dei due setting: l'altro è, non dico un passatempo, ma una parentesi di benessere, di rilassamento.

**Corbella:** Questo perché inizialmente ogni partecipante fa riferimento al terapeuta e al setting che ha scelto. I pazienti venivano da te per utilizzare lo psicodramma, venivano da me per fare gruppoanalisi. Siamo stati noi a proporre loro di lavorare con entrambi. Però è

successo che, essendo noi maschio e femmina, a volte nei sogni dei miei pazienti siamo stati considerati figure genitoriali.

**Boria:** Secondo me a noi è andata bene perché eravamo io e te, e ad entrambi è piaciuto pensare di poter lavorare insieme, ci siamo “azzeccati”. La proposta dell’integrazione è teoricamente interessante, ma non sempre concretizzabile. Se non ci fosse stato un incontro positivo fra noi, ci saremmo tenuti alla larga!

**Corbella:** Hai ragione. Come vuoi concludere?

**Boria:** Per me è importante aver verificato come in fondo la teoria psicologica di riferimento sia una, pur potendo avere percorsi diversi nella sua applicazione. La più grossa diversità sta nel setting. Nel setting gruppoanalitico non possono succedere certe cose perché non è possibile la deambulazione, non è possibile una percezione visiva decentrata, non è prevista l’azione.

**Corbella:** La gruppoanalisi relazionale ha però permesso delle modifiche. È merito di Claudio Neri, aver fatto, nel suo bel libro *Il gruppo come cura*, (2017) una sorta di rivoluzione copernicana. Ha ripreso la famosa frase in cui Bion sostiene che la verità per la mente è come il nutrimento per il corpo. ma ha sostituito il termine verità con quello di socialità, di buona socialità. E la buona socialità è prodotta anche da piccole azioni, da movimenti quali l’abbracciarsi, il festeggiare i compleanni, il passarsi il fazzoletto, il portare cioccolatini: buone, piccole, spicchiole azioni relazionali.

**Boria:** Non parliamo più di *acting out*, ma di acting buono, affettuoso, finalizzato. Questo ha molta parentela con lo psicodramma. Solo che nello psicodramma si allargano di molto le possibilità di azione, anche per via di quella condizione che noi chiamiamo di *semirealtà*. La semirealtà si realizza in un gioco appositamente creato, libero dai vincoli di realtà: io posso giocare ad essere bambino, calandomi nella mia parte di bambino. Credo che a questo la gruppoanalisi non sia arrivata.

**Corbella:** Hai ragione non con il metodo dello psicodramma, ma a volte il terapeuta o un partecipante può dire ad un altro: *ho l'impressione che stia parlando il bambino, o che stia parlando l'adolescente che c'è in te..* Invece, se ho ben capito, ciò che accade nello psicodramma ha bisogno di te come regista. In gruppoanalisi quando un paziente sta dicendo qualcosa di emotivamente molto forte, magari al termine di una seduta, e un altro membro lo abbraccia, ciò avviene inaspettatamente ma in modo sincero e naturale e il terapeuta non solo lo permette ma può anche valorizzare il gesto.

**Boria:** Sì, vedo che tra il nostro modo di lavorare c’è un avvicinamento metodologico. I poco informati hanno spesso rimproverato allo psicodramma di produrre una sequenza di acting: sì, è una sequenza di *acting in*, non di *acting out*. Il che è ottimo perché agire in modo adeguato al contesto e a ciò che si sente mi pare desiderabile nella vita.

**Corbella:** E’ vero. Mi aveva molto colpita – tanti anni fa, lavorando con persone con disturbo di personalità – l’essermi resa conto che, per esempio, certe volte non era giusto vedere come atto negativo da parte di un partecipante il saltare una seduta. Poteva essere costruttivo, perché a volte un paziente aveva bisogno di frapporre del tempo dopo una seduta particolarmente intensa e la seduta seguente. Leggendo Gaddini ho condiviso il suo sostenere che non tutti gli *acting* di un paziente sono da considerare in modo negativo, ma che invece è importante contestualizzare la situazione perché non di rado l’acting può essere in quel momento e per quel paziente l’unico modo di comunicare. Perché in quella situazione, quel paziente può esprimersi solo così.

**Boria:** Bene, bene. Io mi sento soddisfatto e adesso mi è chiaro anche perché fai quello che stai facendo con me ora: ho capito *cui prodest*.

**Corbella:** Mi ha fatto molto piacere dialogare di nuovo con te, scambiare pensieri. Grazie, Giovanni.

#### Note

1. Rouchy, J.C.(1998), *Gruppo spazio analitico*. Ed.it. a cura di S.Marinelli. Borla, Roma 1999.

**Giovanni Boria**, nato nel 1936 in Friuli, ha conseguito la specializzazione in Psicologia Clinica nel 1968 all'Università Cattolica di Milano, nell'Istituto allora diretto da Leonardo Ancona. Ha proseguito la sua formazione con un training psicoanalitico freudiano. Alla fine degli anni settanta, durante una sua permanenza negli Stati Uniti, è entrato in contatto col *Moreno Institute* a Beacon (New York) e si è appassionato all'approccio relazionale ideato da J.L. Moreno. Ha così proseguito la sua formazione professionale dando una svolta al suo lavoro psicologico imboccando la strada dello psicodramma. Nella costruzione della sua nuova identità professionale ha avuto come guida la vedova di Moreno, Zerka Toeman. Egli ha introdotto in Italia lo psicodramma nell'edizione del suo fondatore avviando a Milano, negli anni ottanta, lo *Studio di Psicodramma*, centro clinico e di formazione per operatori sociali. Nel 2001 lo *Studio* è stato riconosciuto dal MIUR come Istituto di Specializzazione in Psicoterapia.

Produzione bibliografica: 1983, TELE. Manuale di psicodramma classico, Prefazione di Enzo Spaltro. Ed. Franco Angeli. 1991, SPONTANEITÀ E INCONTRO NELLA VITA E NEGLI SCRITTI DI J.L. MORENO Ed. UPSEL. 1997, LO PSICODRAMMA CLASSICO, Prefazione di Felice Perussia. FrancoAngeli. 2005, PSICOTERAPIA PSICODRAMMATICA. Sviluppi del modello moreniano nel lavoro terapeutico con gruppi di adulti. Prefazione di F. Perussia. FrancoAngeli. In collaborazione con Francesco Muzzarelli: 2009, INCONTRI SULLA SCENA, Lo psicodramma classico per la formazione e lo sviluppo nelle organizzazioni, Prefazione di Enzo Spaltro. FrancoAngeli. 2018, L'INTERVENTO PSICODRAMMATICO. Il metodo moreniano dal gruppo al trattamento individuale. Ed. FS.

**Email:** [giovanniboria54@gmail.com](mailto:giovanniboria54@gmail.com)

## **GRUPPO CORPO**

a cura di *Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Nadia Fina,  
Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva*

Nona edizione, 2023

## **CORPO e GRUPPO di CURA**

*Maria Iole Colombini, Saba Gnechi Ruscone e Adriana Dondona,  
Andrea Argiolas, Federica Menaldo e Beatrice Dusi, Marilù Cucinotta*

## **Il gruppo di cura in un reparto di Pediatria. Il corpo del bambino come campo di comunicazione**

*Maria Iole Colombini*



*Il "gioco a palla" Campigli, 1946 – Coll. P. Guggenheim, Venezia*

### **Abstract**

Freud ha sottolineato l'interazione costante tra il corpo del bambino e il corpo della madre, che svolgendo funzioni di holding tramite la "preoccupazione materna primaria" favorisce il realizzarsi di un primo processo d'integrazione somato-psichica (1938). Riflessioni sul distress emotivo di bambini in seguito all'insorgenza di una malattia cronica come il diabete hanno evidenziato difficoltà di adattamento difficilmente superabili dal bambino e dai suoi genitori. Nei bambini sono emerse modifiche nella loro immagine corporea, nello sviluppo dell'autostima e nella relazione con gli altri, nei genitori cambiamenti di fantasie ed emozioni rispetto alla crescita e allo sviluppo del figlio malato. Alla luce di tali considerazioni, un dipartimento pediatrico, oltre ai piani di cura medica inerenti un buon funzionamento del corpo, ha programmato un intervento psicologico prevedendo un doppio binario di cura: sul bambino e sui genitori. Sono stati creati gruppi clinici di bambini in cui si offrivano spunti di gioco in presenza di una psicologa e gruppi per i loro genitori seguiti tramite il modello Balint. Il materiale offerto dai gruppi clinici con bambini in età prescolare e scolare ha messo in evidenza come il bambino, partendo dal livello sensoriale possa sviluppare, tramite il confronto e la condivisione con i pari in presenza dell'adulto, una capacità di simbolizzazione della sua esperienza di gioco, un arricchimento della capacità di rappresentazione, un pensiero. Nei gruppi di bambini, è emerso il

fenomeno del rispecchiamento nell'altro, il ricorso alla memoria implicita e l'utilizzo della metafora. Nei gruppi di genitori la condivisione di difficoltà, preoccupazioni e fantasie ha restituito un senso di efficacia nel prendersi cura del loro bambino. Si sono potute così individuare risorse per il cambiamento e la ripresa del processo di sviluppo del bambino malato e della relazione genitore-figlio.

**Parole-chiave:** malattia, gruppo di bambini, distress emotivo, approccio psicologico, gruppo di genitori, metodo balint

### **Abstract**

Freud highlighted the constant interaction between the child's body and the mother's, which favours the realization of an initial process of somato-psychic integration by carrying out holding functions through "primary maternal concern". The emotional distress of children following the onset of a chronic illness such as diabetes highlighted difficulties of adjustment for the child and his parents. In children, changes emerged in their body image, in the development of self-esteem and in the relationships with peers, in parents changes of emotions and expectations related to the growth and development of their sick child. According to these, in addition to the medical treatment aimed to a healthy functioning of the body, a pediatric department planned a psychological approach foreseeing a double track of care: on the child and on the parents. Clinical groups of children were created with playing suggestions in the presence of a psychologist and groups of their parents were led by another psychologist through the Balint method. The material offered by the clinical groups of preschool- and school-aged children highlighted how the child could develop a capacity to symbolize his playing experience, a more advanced skill of representation, early signals of a thought, starting from the sensorial, through comparison and sharing with peers in the presence of the adult. In groups of children the phenomenon of mirroring in others and the use of implicit memory and of metaphor emerged. In the groups of parents, led by another psychologist, the sharing of difficulties, concerns and fantasies restored a sense of effectiveness in taking care of their child. The experience of sharing allowed them to identify resources for the change and recovery of the development process of the sick child and of the parent-child relationship.

**Key words:** physical disease, children group, emotional distress, psychological approach, balint groups for parents

### **Introduzione**

In qualità di psicologa di un reparto di Pediatria, per anni ho avuto l'opportunità di occuparmi in modo indiretto del corpo dei bambini, di parlare con genitori in merito al corpo dei loro piccoli, di riflettere sui sintomi evidenti e lamentati, sui bisogni affettivi latenti espressi dai sintomi stessi, sulle difficoltà dei genitori di associare i malesseri ad aspetti emotivi inerenti lo sviluppo e i rapporti con i pari e gli adulti. Il livello evolutivo ed il funzionamento del corpo dei bambini emersi dai colloqui con i genitori e dalle osservazioni/consultazioni psicologiche venivano poi approfonditi ed integrati insieme ai dati clinici nei momenti di confronto e condivisione con i pediatri in vista di ipotesi diagnostiche, accertamenti strumentali, osservazioni psicologiche e piani terapeutici. Date le caratteristiche del dipartimento pediatrico, specializzato in Endocrinologia dell'infanzia e dell'Adolescenza, in cui svolgevo in una certa misura la funzione di 'ponte' tra la psiche e il soma, alcuni segnali del corpo dei piccoli venivano individuati come disturbi transitori, altri erano precursori di diagnosi di patologie croniche, alcune di origine genetica, che implicavano l'inizio di percorsi impegnativi sia dal punto di vista fisico che emotivo per la famiglia e per lo sviluppo dei bambini.

## **Il corpo come origine della mente**

"Io posso fare tutto con il linguaggio, ma non con il mio corpo. Ciò che riesco a nascondere con il mio linguaggio, il mio corpo lo dice. Posso modellare a mio piacimento il mio messaggio, ma non la mia voce. Qualunque cosa dica, dalla mia voce l'altro si accorgerà che ho qualcosa.

Sono bugiardo, ma non so recitare. Il corpo è un bambino cocciuto, il mio linguaggio è un adulto molto evoluto." (R.Barthes, 1977)

Ogni bambino inizialmente si trova in uno stato primario di non integrazione, in cui la comunicazione è mediata dalla regolazione dei bisogni fisiologici che non hanno ancora veicolato emozioni. Questo stato è alla base delle prime tracce mnestiche costitutive della memoria biologica. La "preoccupazione materna primaria", cioè uno stato di particolare empatia, permette alla madre di svolgere funzioni di holding che favoriscono il realizzarsi di un primo processo d'integrazione somato-psichica. Freud ha sottolineato l'interazione costante tra il corpo del bambino e il corpo della madre evidenziando come una parte rilevante della conoscenza del proprio mondo interno e di quella dell'altro sia determinata proprio dall'immagine che ogni bambino viene man mano a costruire rispetto al proprio corpo.

Freud Sigmund Freud (1938 cit. Amsel M. in Badoni, p. 105 1990)

Freud, ci ricorda che l'Io è essenzialmente un derivato da sensazioni corporee, soprattutto da quelle provenienti dalla superficie del nostro corpo. A partire dal corpo, dall'organizzazione somatica le pulsioni trovano nell'Es un primo modo di espressione psichica. Egli sottolinea che il corpo, e soprattutto la sua superficie, è il luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne e interne che favoriscono la differenziazione dall'inconscio al conscio.

Secondo Winnicott il fattore biologico del bisogno di base è amplificato dagli affetti che si associano ai diversi stati, modulati dal caregiver; la realtà di uno stato del Sé deriverebbe perciò dalla combinazione di una percezione e di un riconoscimento esterno di tipo empatico (Winnicott, 1965). "Il corpo, grazie all'interrelazione della psiche e del soma, costituisce una fase primitiva dello sviluppo", mentre, in uno stadio successivo, "è percepito da ogni individuo come il nucleo del Sé immaginativo" (Winnicott, 1958 p. 293). Attraverso le modalità del contenimento materno, secondo Anzieu, si realizza il passaggio dallo stato di non-integrazione a quello di integrazione. In particolare, il rapporto primario madre-bambino è basato sul contatto corporeo dove la pelle ha un ruolo molto significativo nella fase dell'allattamento, nella cura del corpo che prevede le manipolazioni, le carezze materne, nello scambio visivo e nei giochi corporei. La pelle, è un luogo e un mezzo di comunicazione primario, con cui si possono stabilire relazioni significative (Anzieu, 1985). Il bambino vive le prime esperienze dell'essere toccato, tenuto al caldo, ascoltato e nutrito ed i sentimenti di sicurezza, stabilità e protezione che vi sono connessi. Secondo Anzieu la pelle ha due funzioni: la prima è quella di sacco che contiene e trattiene all'interno il buono che l'allattamento e le cure hanno accumulato, la seconda quella di superficie di separazione che segna il limite con il fuori e lo mantiene all'esterno, in quanto barriera che protegge dalla penetrazione delle avidità e delle aggressioni altrui (Anzieu, 1987).

Il concetto di Io-Somatico o Io-Pelle, ripreso da Gaddini, rappresenta la primissima organizzazione del Sé sperimentata attraverso le sensazioni corporee (Gaddini, 1980).

Qualora il bambino non viene adeguatamente stimolato a livello sensoriale, non può essere in grado di percepire la sensazione di essere un'unica entità, protetta e contenuta dalla pelle e di differenziare il Sé dagli altri, di distinguere la fantasia dalla realtà. Si tratta di un "primo holding" psicologico e fisico per cui la madre aderisce ai ritmi del suo bambino svolgendo la fondamentale funzione di isolarlo da qualsiasi presenza esterna (Ogden,

2001). Un “holding metaforico” - come Winnicott lo definisce - che gli permetterà di sperimentare all’interno della relazione un suo “posto psicologico” in cui la presenza dell’oggetto diventa possibile. Quando il bambino cresce anche la funzione di holding si modifica ed evolve per accompagnarlo a mantenere e sostenere nel tempo il suo modo di essere in vita, in una dimensione quindi più rivolta all’oggetto. Queste tappe evolutive della funzione di holding possono rappresentare un precursore emotivo al raggiungimento di holding della posizione depressiva che garantirà la conquista della fondamentale capacità dell’essere umano di “stare solo”.

Gradualmente gli aspetti psichici e somatici di un bambino che cresce si trovano coinvolti in un processo di mutui rapporti.

Silvia Cimino, evocando Anna Freud (1965, p. 53 e sgg.), ricorda la presenza di alcune linee evolutive dello sviluppo infantile. Tali “sequenze di sviluppo” riguardando diversi ambiti, come il raggiungimento dell’indipendenza fisica, della socievolezza e della autonomia affettiva. Tali sequenze dovrebbero progredire con equilibrio e regolarità nel corso di una crescita sana (Cimino, 2011 p. 36).

L’interrelazione della psiche e del soma procede lungo una linea continuativa ed armonica a condizione che l’ambiente si adatti attivamente ai bisogni del bambino nel corso della crescita (Winnicott, 1958, ibidem p. 293). Secondo Winnicott “gran parte delle malattie fisiche non sono necessariamente imputabili ad un disturbo dello sviluppo ma ad un’intrusione da parte dell’ambiente o a carenze ambientali” (Winnicott, 1958, ibidem p. 124).

### **Il sintomo rivelatore del disagio emotivo**

Il corpo è il primo mezzo con cui il bambino si pone in relazione con le figure significative e diviene luogo di veicolazione di importanti significati riguardanti la qualità dei legami affettivi e della strutturazione del Sè. Rappresenta il terreno su cui possono emergere problematiche nelle relazioni, nella regolazione emotiva e luogo privilegiato attraverso il quale il bambino, quanto più è piccolo, può esprimere il proprio disagio emotivo. Il bambino impara a regolare il proprio comportamento e le proprie emozioni dalle figure primarie di accudimento che accolgono, elaborano, tollerano i suoi stati affettivi. Ma il processo di elaborazione delle emozioni attraverso il pensiero può incontrare degli ostacoli. Qualsiasi evento che causa nel bambino sensazioni di impotenza ed emozioni negative come paura ed oppressione determinano una rottura delle strategie di adattamento all’ambiente esterno utilizzate abitualmente. La scissione mente-corpo è la conseguenza di un ambiente insufficiente che porta il bambino a sviluppare una organizzazione difensiva della personalità, che ha la funzione di proteggere il vero sé da una situazione di depressione. Tali dinamiche a livello profondo impediscono al bambino di appropriarsi psicologicamente del proprio corpo e lo rendono incapace di autentiche esperienze emotive, favorendo l’instaurarsi di disturbi fisici. I vissuti interiori vengono in tali casi espressi solo attraverso il linguaggio più arcaico ovvero quello preverbale del corpo. Il sintomo, infatti, non ha mai carattere statico in quanto nella sua genesi e nella sua insorgenza sul corpo infantile interferiscono sia la tensione emotiva propria del particolare momento evolutivo che il bambino sta attraversando, sia i mezzi espressivi di cui dispone e che mutano e si arricchiscono in parallelo con la sua evoluzione neuromotoria e psichica. Se il bambino non riesce verbalmente a comunicare sentimenti ed emozioni agli adulti più vicini il suo corpo diventa il luogo deputato ad accogliere le emozioni che non trovano voce per essere dette. Le manifestazioni somatiche vanno infatti considerate come strettamente connesse con i processi di sviluppo e con conflitti interiori o con l’ambiente che possono minacciare il suo equilibrio psichico (Guareschi, Cazzullo, 1992). Con l’acquisizione di un linguaggio simbolico egli diventa capace di esprimere il disagio e rendere leggibile il disturbo del corpo. Si tratta dell’iniziale processo di

mentalizzazione della sua corporeità che avrà in adolescenza un ruolo fondamentale a livello evolutivo. Le funzioni superiori, che consentono l'integrazione psicosomatica, possono svilupparsi se le prime interazioni tra il caregiver ed il bambino si sono realizzate all'interno di un ambiente facilitante; per potersi integrare, infatti, il bambino ha bisogno di essersi rispecchiato nello sguardo della madre.

Accade talvolta che, a fronte di una sintomatologia importante, come ad es. disturbi gastro-intestinali, dermatiti, cefalee, disturbi respiratori, disturbi dell'alimentazione e del sonno, enuresi etc. il pediatra non riscontri una patologia organica vera e propria ma individui problematiche emotive che spiegano l'insorgenza del sintomo o vanno a rinforzarlo, impedendone la guarigione. Egli può essere indotto a considerare il sintomo come sfida al suo armamento terapeutico. Ad esempio, quando si tratta di un'enuresi, oltre ad attivare accertamenti clinici sul funzionamento del corpo, il pediatra è tenuto a considerare che la persistenza d'una relazione infantile può avere il suo ruolo nell'economia del bambino e del suo sviluppo (Winnicott, 1958, ibidem p.125). Il ricovero di un bambino in ospedale può impattare molto sul suo sviluppo non solo fisico ma anche psicologico. In risposta all'ospedalizzazione ed a procedure dolorose o invasive percepite sul suo corpo in tenera età può sperimentare uno stress traumatico. L'esperienza di avere il corpo osservato e manipolato da adulti sconosciuti - pediatri, infermieri, tecnici per analisi strumentali - può risultare intensamente disturbante. Non sempre il caregiver riesce a contenere la propria angoscia trasmettendola al bambino a livello inconscio. La percezione da parte del bambino di avere un corpo bisognoso di cure e le inevitabili ansie di separazione e di perdita coinvolgono specifiche dimensioni che riguardano il suo sviluppo affettivo, relazionale, cognitivo. In merito al trauma indotto dalla separazione del bambino dalla figura materna per necessità di ricovero in ospedale sono da segnalare i significativi contributi psicanalitici elaborati da Anna Freud, James Robertson, Renée Spitz e John Bowlby. Permettendo alla famiglia del bambino di rimanere in ospedale e poterlo assistere nel suo iter terapeutico si è ridotto/annullato il trauma da separazione (Robertson, 1958). I genitori hanno diritto a essere coinvolti nel processo di cura così come il bambino ha diritto ad essere informato con un linguaggio adatto al suo livello di maturità cognitiva riguardo alla condizione del suo corpo.

### **La patologia cronica come attacco al sé**

La malattia, implicando in genere un corpo sofferente, bisognoso di cure, controlli medici e, in molti casi, ricoveri in ospedale, da un bambino può essere facilmente associabile a sentimenti di mancanza, di colpa, di punizione e di vergogna. Il raggiungimento di una maggiore consapevolezza del suo stato favorisce l'abbassamento del livello di ansia e consente di valutare la condizione corporea patologica come indipendente dalle sue azioni e responsabilità. A seguito dell'evento traumatico a livello emotivo profondo insorge la necessità di riorganizzare la vita pulsionale e fantasmatica per indagini cliniche e strumentali a volte invasive, terapie disturbanti, percepite facilmente come attacchi alla rappresentazione di un corpo completo e funzionante. Il peso psicologico della necessità di adattarsi alla nuova condizione del corpo viene attenuato dalla presenza rassicurante delle figure adulte di riferimento che mediano i vissuti del piccolo malato. Il beneficio secondario può consistere nella percezione della nuova condizione come un evento particolare che mette il bambino al centro delle attenzioni di tutta la famiglia. Nel corso della crescita possono presentarsi frequenti interruzioni nell'acquisizione dell'autonomia sia a causa di frequenti riacutizzazioni e di ripetute ospedalizzazioni. E' frequente l'assunzione di comportamenti regressivi che riportano il bambino malato a periodi in cui il suo corpo evocava momenti di piacere e di benessere e non c'erano limiti imputabili all'attenzione particolare degli adulti al suo funzionamento. La tendenza dei genitori ad instaurare una relazione iper-protettiva nei suoi confronti o, al contrario, a mantenere una

certa distanza come difesa dall'ansia può creare nella famiglia un clima emotivo instabile. In tal caso la malattia cronica può costituire una situazione di rischio incidendo sullo sviluppo psicologico del bambino e sulla formazione della sua personalità.

Il pediatra si trova a contatto con bambini che presentano difficoltà fisiche transitorie o durature, più o meno gravi: "la sollecitazione emozionale cui è sottoposto può diventare molto intensa e quindi è maggiore la difficoltà del mettere insieme aspetti tecnici ed emotivi inerenti al bambino e del tollerare i sentimenti conflittuali rispetto ai genitori" (Scacciati, in Lugones, 2002 p. 21). L'angoscia e l'ambivalenza derivanti dal contatto con situazioni penose (in cui aleggiano fantasmi di morte, castrazione, etc.) possono attivare nel medico molteplici meccanismi difensivi (es. negazione, distanziamento emotivo, la parcellizzazione dei suoi interventi, una proiezione all'esterno della conflittualità intrapsichica) i quali riducono la sua capacità di identificarsi ed avvicinarsi empaticamente al bambino ed ai suoi genitori.

### **Una malattia cronica: il diabete**

Il diabete mellito è tra le malattie croniche più comuni e diffuse in età pediatrica e, richiedendo cure particolari e rapporti stretti e frequenti con le strutture sanitarie, è accompagnato da un carico emotivo pendente sul bambino e sui genitori. Per il sentimento di rottura che viene a crearsi all'interno del corpo e della mente l'esordio del diabete si ripercuote sull'immagine corporea che il bambino si è costruito nel corso della crescita, condiziona o modifica la sua routine quotidiana e influenza i suoi sentimenti ed i comportamenti.

Come nella maggior parte delle condizioni di sofferenza transitoria o permanente del corpo, l'atmosfera che si crea in famiglia all'esordio del diabete può indurre il bambino ad assumere comportamenti regressivi. Solo quando riesce ad accettare a livello profondo la nuova condizione del corpo egli è in grado di raggiungere nuove forme di equilibrio. Un valido supporto emotivo da parte dei caregivers, facilitando l'abbassamento del livello di ansia e un adattamento alle cure, può favorire in lui la narrazione dei vissuti interni. Il supporto è condizionato alla rappresentazione mentale che gli stessi familiari si creano della malattia e alle risposte emotive che vengono a costellarsi nella rete delle relazioni interpersonali all'interno del nucleo familiare. In preadolescenza e in adolescenza, fasi evolutive in cui l'integrazione psicosomatica si rende prioritaria a causa del processo di trasformazione del corpo e delle caratteristiche delle relazioni interpersonali, i segnali inviati attraverso le multiple espressioni evolutive o psicopatologiche del corpo si configurano, pertanto, come un messaggio indirizzato agli altri (Marcelli e Bracconier, 2006). Per alcuni ragazzi l'esordio del diabete, implicando la percezione di avere un corpo con un deficit, ridimensiona fortemente il livello di autostima, l'autonomia e la capacità di gestione dei loro spazi conquistati successivamente all'infanzia. Emerge facilmente un sentimento di diversità spesso intollerabile a causa del bisogno di cura per il funzionamento del corpo, dell'eventuale applicazione di un microinfusore sulla pelle, della maggiore consapevolezza rispetto ai limiti imposti dalla malattia cronica. Infatti, riprendendo le considerazioni di Jeammet, secondo il quale il corpo rappresenta un punto di incontro fra il dentro e il fuori, nello stesso tempo una presenza familiare ed estranea, qualcosa che ci appartiene e che contemporaneamente rappresenta l'altro, specialmente i genitori, la riduzione dell'autonomia a causa del diabete crea in queste fasi evolutive problematiche di notevole intensità.

### **Il gruppo dei bambini come risorsa evolutiva**

La partecipazione ad un'esperienza di gruppo consente ai bambini di sentirsi protetti da una sorta di spazio transizionale con funzione di contenitore delle emozioni, di elaborare collettivamente angosce precoci, di sviluppare un sentimento positivo di appartenenza condivisa e risorse di simbolizzazione. Il gruppo, inteso come "ambiente facilitante" e

sufficientemente buono, può inoltre funzionare da luogo di consolazione, di soddisfazione e di piacere sostitutivo.

Nella fase iniziale di costituzione di un gruppo è da tenere in conto l'inevitabile confronto che i bambini affrontano con i fantasmi di indifferenziazione e con le difese attivate per il distacco dai genitori, per la situazione nuova e per l'approccio con dei pari ancora sconosciuti. Alcuni precoci meccanismi di difesa, come l'onnipotenza e i movimenti di scissione, possono essere mascherati e poco riconoscibili. Ogni osservazione o commento dell'adulto conduttore che rinvii non al singolo ma al gruppo, orienta i bambini verso un'esperienza comune e ne stimola il lavoro associativo.

“...rimandare al gruppo, sotto forma di sollecitazioni, o anche di domande, orienta i bambini verso un compito comune e suscita il lavoro associativo, mentre propone un rimaneggiamento delle difese” (Privat, 1996)

In particolare, in ospedale sono stati creati gruppi clinici con bambini ed adolescenti affetti da diabete mellito e con i loro genitori. In base alle caratteristiche dei bambini e delle loro famiglie si è cercato di costituire dei gruppi sufficientemente armonici tenendo conto dell'età, del livello evolutivo e dei tempi trascorsi dall'esordio.

Il programma di intervento psicologico in ospedale con bambini affetti da diabete e con i loro genitori è stato basato sulla possibilità di mantenere una visione “binoculare” facilitante sul bambino e sulla famiglia. L'esperienza di una visione “binoculare” (nei termini bioniani) consente di prendersi cura della sofferenza del bambino e di promuovere una trasformazione delle dinamiche inconsce che la determinano consentendo contemporaneamente una partecipazione attiva dei genitori restituendo loro un senso di efficacia nel prendersi cura del loro bambino.

Nel reparto di Pediatria dell'Ospedale San Raffaele dagli anni '90 l'approccio con i bambini all'esordio del diabete è stato basato sul tenere in considerazione la loro esigenza di essere rassicurati per l'inquietante impatto emotivo che il contesto ospedaliero poteva avere su di loro, imputabile alle visite e alle cure mediche, alla necessità di modificare le abitudini alimentari e le esigenze di controllo dei loro dati glicemici tramite pratiche (l'iniezione di insulina) vissute facilmente come molto invasive. Vengono in questo scritto presentate le fasi iniziali di inserimento al gruppo di bambini affetti da diabete: due gruppi in età prescolare ed uno in età scolare.

### **Bambini in età prescolare**

Con i bambini in età prescolare l'approccio si basa su una modalità ludica e corporea che consente di superare alcune resistenze e di avvicinarsi alle nuove figure di pari e di adulti – psicologa ed educatrice - che svolgono la funzione di conduttrici del gruppo. Tenuto conto del divario tra la modalità verbale di ogni esperienza e quella non verbale, si privilegia, per questa fascia di età, in particolare l'uso del corpo piuttosto che la comunicazione verbale (Damasio, 1999). Privat aveva sottolineato come nel gioco senso-motorio in gruppo il bambino può ‘parlare’ tramite il suo corpo all'altro, quando non è ancora in grado di mentalizzare le sue emozioni. Si è creato uno spazio transizionale simbolico tramite grandi oggetti che potevano stimolarli a creare un gruppo: un grande foglio di carta (vignetta n.1) e un grande telo colorato (vignetta n. 2). Tali oggetti concreti avevano anche la funzione di contenitori delle loro emozioni e delle fantasie sul gruppo che si stava creando tramite i contatti corporei con i pari.

### **Vignetta clinica n.1: Le vie dell'incontro**

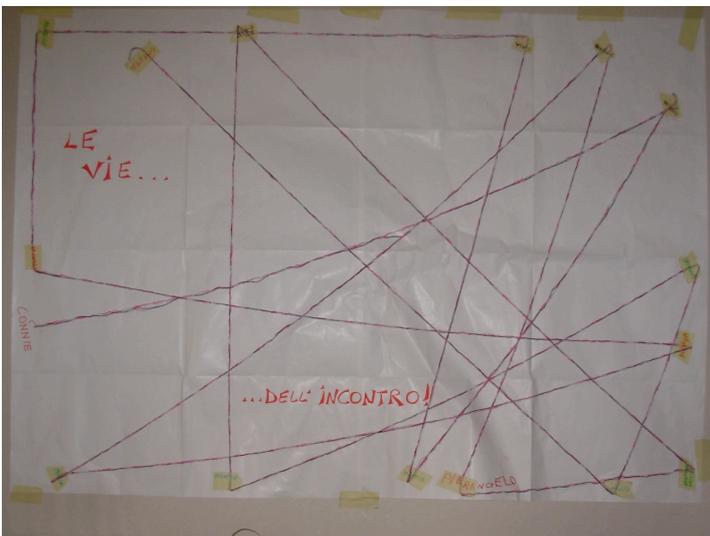
Si tratta di un gruppo di 10 bambini dai 3 ai 6 anni.

Il nuovo spazio e l'esperienza di gruppo vengono inizialmente evocati dal grande foglio di carta dove i bambini, tramite tracce da loro prodotte sul foglio con della lana fatta scorrere da un gomito, iniziano a livello simbolico ad ‘incontrarsi’.

L'iniziale approccio attivato dalle conduttrici del gruppo –psicologa ed educatrice- con i bambini partecipanti si svolge principalmente sul piano corporeo ed iconico, in minor misura su quello verbale.

I bambini vengono invitati a srotolare il filo e a passarsi il gomitolo per realizzare strade ed incroci sul foglio di carta, dopo aver fissato l'estremità del filo vicino a sé con un pezzetto di scotch. Appena iniziano ad utilizzare lo scotch e lo spago i loro movimenti mostrano, tramite il corpo, diverse modalità di entrare in contatto: si osservano braccia che si incrociano, mani che si toccano, teste che si sfiorano, sguardi curiosi che esprimono aspettative di incontro con gli altri ma anche qualche timore. L'insieme dei partecipanti, un gruppo sinora solo fantasticato, inizia ad essere rappresentato sul grande foglio, dove i bambini si attivano per trovare le strade che conducono uno all'altro anche attraverso percorsi non previsti ma ugualmente efficaci e stimolanti. Un gioco di 'incroci' che stimola e favorisce i contatti tra loro. Tramite i fili colorati le strade diventano visibili sul foglio dove i bambini si sono 'incontrati', dominati dalle iniziali percezioni, che evidenziano attrazione, reciproca curiosità, ma anche timori per l'eventuale contatto con l'altro ancora sconosciuto. La psicologa commenta i percorsi scelti dai bambini per incontrarsi, nominando le loro posizioni con il nome: qui c'è la strada che arriva fino da Elisa, qui si trova Giulio etc... L'applicazione pratica del percorso programmato riserva molte sorprese e in itinere si introducono variazioni ed aggiustamenti che stimolano i bambini a proseguire con entusiasmo il gioco che li sta animando.

Le fantasie, le emozioni, i timori dei bambini, oltre alla loro curiosità, indotti dall'occasione di giocare tra loro e con gli adulti in uno spazio nuovo si esprimono attraverso modi primitivi di comunicare, alcuni non verbali, come posture, espressioni del viso, movimenti nello spazio e suoni non articolati, qualche parola appena accennata.



**Il gioco degli incontri** - Mappa creata dal gioco condiviso dai bambini di tendere il filo di lana uno verso l'altro

Dopo che tutti i bambini hanno srotolato il gomitolo in direzione di un compagno o più compagni ed ogni percorso è stato denominato identificandolo con i diversi nomi dei bambini negli snodi delle strade, si rende visibile l'idea del gruppo appena costituito come un intreccio di storie e di iniziali relazioni. Giulio (4 anni e mezzo), come a sottolineare di aver compreso la consegna, ripete più volte 'le vie', Elisa (5 anni) che ha con decisione allungato il suo pezzo di filo di lana verso Giovanni (3 anni e mezzo) che pare esitante e poco attivo, dice ridacchiando: 'io sono arrivata fin da te', sottolineando con un elevato tono di voce la sua proposta di contatto. Quasi a rappresentare con il linguaggio verbale il gruppo appena formato, Paolo (6 anni) utilizza le parole appena pronunciate dai compagni con un'espressione che le racchiude: 'Le vie dell'incontro'. Ora i bambini, visibilmente

soddisfatti per il gioco concluso con l'intreccio di lane sul grande foglio, paiono aver raggiunto una meta comune: il gruppo si è formato.

Questa attività è stata per la maggior parte dei bambini di questo gruppo così significativa da essere rievocata prima del congedo alla fine del percorso come l'attività preferita tra quelle svolte nelle diverse sessioni.

I genitori sono riuniti in una stanza adiacente, dove uno psicologo conduce il gruppo secondo il modello Balint (Balint, 1957).

### **Vignetta clinica n. 2: Sotto il telo**

Sono presenti 11 bambini, di età tra i 3 e i 7 anni (prima sessione di gruppo videoregistrata)

Al fine di stimolare l'esperienza di incontrarsi, essere vicini e condividere i movimenti nel gruppo, per questo gruppo di bambini in età prescolare si era prevista una diversa modalità: un grande telo colorato che ogni bambino regge e può fare ondeggiare tramite l'utilizzo di una maniglia.

Il grande telo colorato di forma circolare e flessibile simbolizza uno spazio transizionale che ha una funzione facilitante per la costituzione del gruppo.

I bambini sono entrati nella stanza e, per favorire il contatto tra loro, vengono invitati ad afferrare il grande telo colorato tramite una maniglia. L'eccitazione dei bambini ha assunto diverse forme espressive. Per alcuni si è tradotta in inibizione (cfr. il comportamento di due bambini che fanno gli osservatori non partecipando attivamente) e per altri nel passaggio all'atto (cfr. i bambini seduti in cerchio che sollevano il telo...). Le conduttrici del gruppo – psicologa ed educatrice – si avvicinano a quelli che fanno gli osservatori e cercano di stimolarli a partecipare sedendosi intorno al telo come hanno fatto gli altri. Verso la fine del tempo dedicato a questa iniziale sessione anche loro riescono ad avvicinarsi al gruppo e gli altri bambini li accolgono con gridolini di gioia.

Sonia, di sua spontanea volontà, si colloca seduta sotto il centro del telo. Il gruppo accetta questa sua scelta ed ha inizio il gioco condiviso di sollevare il telo ondeggiandolo nell'aria e rendendo visibile a tutti i partecipanti Sonia accucciata sotto.

Un'altra bambina chiede di poter provare anche lei a stare al centro ed Antonella (psicologa) chiede se c'è qualcun altro che vuole provare (voci dei bambini "io...io...io").

I bambini paiono inizialmente accogliere la proposta di un altro bambino che desidera mettersi al centro, ma, al rifiuto da parte di Sonia di cedere la sua posizione, gli altri aderiscono al suo bisogno di mantenere la posizione conquistata. Il gioco prosegue, ma successivamente iniziano le proteste, rivendicando ognuno il diritto di procedere mettendosi sotto il telo a turno, procedendo secondo le loro posizioni intorno al cerchio che evocano la rotazione delle lancette dell'orologio.

Quindi A. prende in braccio Sonia per contenerla e facilitare il suo inserimento nel gioco secondo le modalità concordate con gli altri bambini in cerchio; il gioco riprende.

Per stimolare le emozioni suscitate dal gioco, A. chiede al bambino che ora ha conquistato la posizione al centro del telo di esprimere cosa sente e cosa immagina. Il bambino risponde "il mare".

A questo punto l'orientamento del gioco si modifica: i bambini sottolineano la conquista a turno, secondo la rotazione dell'orologio, della posizione centrale 'sotto il telo', tramite l'utilizzo a più voci della parola "tutti".

Il video si conclude con l'ultima esclamazione di un bambino rivolta al suo compagno che stava fuori dal telo: "...viene dentro al telo!". L'espressione sottolinea che anche quello 'fuori' si lascia alla fine coinvolgere dal movimento del gruppo orientato ad includerlo nel gioco condiviso.

Nel corso dell'incontro le funzioni dei due adulti - psicologa ed educatrice - si sono affiancate ed intersecate per facilitare nei bambini, utilizzando come ponte la transizionalità del gioco, il passaggio e l'integrazione da una modalità di comunicazione sensoriale, motoria, corporea a quella tipica della comunicazione verbale. Ambedue,

conducendo il gruppo, si sono lasciate coinvolgere nel gioco, mostrando ai bambini di essere presenze che sostengono e assecondano i loro bisogni e, nello stesso tempo, osservando l'emergere di nuovi sviluppi. La funzione dell'adulto nel gruppo, infatti, come afferma Vallino (1998) è basata sul 'dare significato', trasformare il sensoriale-cinetico e il non verbale in rappresentabile e pensabile; o, come afferma Neri, "le passioni in affetti" (1995).

I genitori sono riuniti in una stanza adiacente, dove uno psicologo conduce il gruppo secondo il modello Balint.

### **Gruppo dei bambini in età scolare**

Gli aspetti peculiari di tale fase evolutiva sono rappresentati dal superamento dell'egocentrismo, dalla maggiore capacità di identificazione con i pari e di socializzazione che ampliano l'universo del bambino dal mondo familiare al mondo esterno. Tramite questa apertura al sociale ogni bambino inizia a conquistare una maggiore indipendenza dai genitori, a percepire un'immagine di sé più autonoma, diviene più cosciente della realtà del suo corpo, in particolare avverte con maggiore consapevolezza qualsiasi fattore che tenda a differenziarlo dai coetanei.

Ci si è orientati a creare un gruppo clinico condotto tramite un'osservazione in linea con le teorie dello sviluppo e l'ottica psicoanalitica. Per questi bambini, provvisti di un più maturo livello comunicativo, per i quali l'utilizzo della parola può assumere un significato più articolato ed evoluto, si realizza un setting più strutturato che poteva facilitare il loro inserimento. Le nuove capacità identificatorie dei bambini che si trovano in tale fase evolutiva hanno rappresentato la premessa per modulare l'intervento psicologico per i bambini di 8/9 anni affetti dal diabete.

I bambini più grandi d'età sono maggiormente in grado di percepire che dall'esordio del diabete vi è stato un cambiamento delle loro abitudini per l'attenzione accentuata dei familiari al funzionamento del loro corpo, ai nuovi limiti nell'assunzione del cibo, al loro esercizio fisico e ai ritmi della vita di ogni giorno. Le capacità speculative raggiunte consentono loro di riconoscere che la vita quotidiana è diventata più impegnativa per la richiesta da parte dei familiari di adattarsi alle modalità di cura ed alle esigenze per la salute. Come per i più piccoli, anche per loro l'inserimento in un gruppo in ospedale, poteva evocare il passato ricovero, le visite mediche, i rituali della cura. Inoltre il livello di ansia per il timore di perdere la loro individualità con l'inserimento nel gruppo, di poter regredire, di non mantenere qualità e conquiste maturative raggiunte nel percorso di crescita potevano essere percepite in modo particolarmente intenso.

In questa prima sessione del percorso di gruppo dei bambini diabetici in età scolare è previsto il gioco dello scarabocchio che, nell'esperienza di W. aveva rappresentato un mezzo per entrare in contatto con il bambino per cui veniva richiesto un consulto clinico (Winnicott, 1989). Fare dei segni e forme che rimangono sul foglio e che si possono trasformare con le parole dando loro significati diversi, risulta un approccio che offre al bambino la possibilità di sentirsi più vivo, di esistere nella propria interezza, di scambiare con gli altri i propri pensieri. Gli studi e le osservazioni cliniche di bambini da parte della pediatra e neuropsichiatra Marcella Balconi sottolineano la funzione del disegno non solo come mezzo espressivo dell'esperienza emotiva ma anche come modalità di contatto e di scambio (Balconi, Del Carlo Giannini, 1987).

I genitori sono riuniti in una stanza adiacente, dove uno psicologo conduce il gruppo secondo il modello Balint.

### **Vignetta clinica n. 3: Il gioco degli scarabocchi**

Si tratta di un gruppo di 9 bambini tra gli 8 e i 9 anni.

Inizialmente si favorisce una formazione casuale di coppie dove i partners possono iniziare a conoscersi e ad interagire inizialmente due a due (ognuno pesca da un sacchetto contenente animaletti miniaturizzati in legno presenti in coppie).

Ogni bambino, rassicurato sulla possibilità di sperimentare il gioco in coppia con un/a partner, può superare i timori per il nuovo contesto di gruppo, fantasticato come qualcosa di sconosciuto ed inquietante, inserendosi con maggiore sicurezza nel grande gruppo.

Secondo il progetto di intervento psicologico in ospedale con questi bambini, lo scarabocchio, utilizzato all'inizio della costituzione del gruppo, ha lo scopo di favorire un'esperienza scambievole dove, in coppia, essi iniziano ad individuare reciprocamente alcune caratteristiche personali senza perdere la propria identità. L'esperienza di scarabocchiare tramite la produzione a turno di schizzi sulla carta che possono diventare immagini da completare e le verbalizzazioni su quanto viene rappresentato, risulta una modalità che facilita l'inserimento nel gruppo tramite la condivisione delle fantasie. La psicologa li stimola: "ognuno provi a chiudere gli occhi e a tracciare uno scarabocchio sul foglio, il/la suo/a compagno/a proverà ad immaginare cosa rappresenta... poi sarà lui/lei a tracciare un o scarabocchio che il/la compagno/a di gioco potrà trasformare in ciò che immagina". In tal modo, tramite le immagini tratte dalle fantasie dei bambini stimulate dagli scarabocchi, si favorisce una comunicazione immediata a livello metaforico. Tale movimento iniziale pone le basi di un iniziale contatto tra i partners e favorisce l'instaurarsi di uno spazio simbolico tra ciascun bambino ed il gruppo e tra il leader e il gruppo. I bambini percepiscono questa attività in una dimensione ludica che stimola la loro iniziativa e la loro creatività, scevra da ogni possibile valutazione, che potrebbe evocare il contesto scolastico.

Le immagini prodotte tramite gli scarabocchi e le diverse interpretazioni hanno fornito ai bambini la consapevolezza che, grazie allo stare insieme, si può stabilire un rapporto di reciproca fiducia e la possibilità di esternare le loro difficoltà, i loro timori, i loro desideri.

La descrizione dei diversi scarabocchi prodotti dalle coppie viene utilizzata come stimolo per gli altri partecipanti del gruppo e diventa un gioco condivisibile da tutti: le nuove interpretazioni degli scarabocchi fornite da tutti i bambini, desiderosi di partecipare al gioco anche con le loro fantasie hanno rappresentato un ulteriore contributo alla costituzione del gruppo.

Nel corso delle successive sessioni, quando il gruppo era già formato, sono stati utilizzati altri tipi di approccio alla fantasia e a diverse modalità di esprimere le emozioni. Lo stare insieme e l'interagire vengono mantenuti tramite stimoli quali l'utilizzo del racconto che favorisce i processi identificatori con i personaggi, l'uso dei burattini, la manipolazione di materiali come la creta e la pittura.

### **Gruppo come spazio di rispecchiamento**

Il gruppo rappresenta a tutti gli effetti quell'area transizionale dove un bambino può esperire i rapporti con gli altri, simili ad eventi della vita di ogni giorno, tramite esperienze emotive che vanno a formare livelli strutturali del suo sé. La sua funzione si può associare alla mediazione che ogni madre stabilisce tra i bisogni corporei e psichici del bambino e l'ambiente fisico e sociale (Winnicott, 1965).

Le esperienze di partecipazione ai gruppi clinici, vissute dai bambini in cura per il diabete, sono mirate a stimolare, tramite i movimenti identificatori favoriti dal contesto, la condivisione di emozioni, una maggiore capacità di adattamento alla condizione clinica dopo l'esordio della malattia, un potenziamento delle risorse individuali e soprattutto un'attenuazione delle tensioni imputabili al nuovo impegno quotidiano per la cura del corpo e la salute. Riprendendo la definizione di V. Ranci: per questi bambini malati l'esperienza ha significato "...uno spazio per sperimentare e dare un senso alle proprie possibilità di crescita, e terreno comune da cui attingere risorse per costruirsi un proprio mondo. Una propria casa. Insieme" (Ranci, 2010 p. 111). Per i bambini tale spazio di gioco

ha funzionato come contenitore di risorse comuni contro la paura, la solitudine, la fame e soprattutto come rassicurazione rispetto alle minacce sorte nella loro vita quotidiana: la necessità della puntura, i nuovi ritmi alimentari, la nuova indicazione di doversi muovere anche quando desiderano stare fermi, i tempi della cura. Nei più piccoli che frequentano gli asili-nido spesso vengono osservati fattori come la competizione per il possesso di oggetti, l'interesse e le reazioni degli altri bambini al proprio comportamento, in particolare agli acting out aggressivi (Vanni, 1992). Nel gruppo clinico dei piccoli è molto significativo il comportamento di Sonia che, occupando il centro del telo nel gruppo (cfr. vignetta n. 2) dove viene utilizzato questo oggetto come simbolo dello spazio comune, realizza un'azione da un lato esplorativa ma anche provocatoria rispetto alle reazioni dei compagni. Questi cercano di difendersi dalla provocazione, stabilendo una nuova regola per riequilibrare le dinamiche del gruppo appena costituito ma già turbato dall'istanza di marca narcisistica della bambina mirata a convogliare su di sé l'attenzione di tutti. Come nella narrazione evocata da Golding ne *Il signore delle mosche* il gruppo stesso, tramite la sua 'funzione adulta', risulta in grado di tenere insieme i bambini vittime di un naufragio e della paura della sopravvivenza (Golding, 1917). I bambini più grandi vengono stimolati a più livelli: a livello profondo l'esperienza di gruppo fa emergere le tensioni, le paure e le preoccupazioni inerenti la malattia e la crescita che possono venire espresse attraverso l'uso della metafora e del simbolo, a livello dell'Io stimola ad attivare e rinforzare i sentimenti positivi e gli aspetti più gratificanti della loro vita quotidiana (Bregani, Colombini, 1997).

Nel gruppo ogni bambino può rendersi conto che le sue stesse difficoltà sono percepite anche dai pari e questa scoperta può aiutarlo a ridurre l'ansia imputabile al funzionamento del corpo che dall'esordio è oggetto di attenzione e controllo particolari da parte degli adulti. Si tratta di quell'"effetto-specchio" per cui ogni partecipante all'esperienza di gruppo rinvia agli altri l'immagine del suo modo di essere e questo rispecchiamento lo porta di rimando ad interrogarsi sulle sue stesse manifestazioni e, in un secondo tempo, sul suo funzionamento psichico (Ranci, 2010). Soprattutto in età di latenza tale rispecchiamento nelle dinamiche di ogni gruppo si basa anche sulla considerazione che i bambini, mentre hanno poco o nessun interesse per ciò che avviene dentro di loro, sono interessati a ciò che avviene negli 'altri' bambini. E' quanto ci ha rimandato l'atteggiamento di Riccardo, bambino di 7 anni, che, durante la terza sessione di gruppo, appare sorpreso quando scopre che anche gli altri bambini sono in cura per il diabete e da questa consapevolezza sembra trarre serenità, come si evince dalla sua maggiore apertura ai contatti con i pari. Il gruppo ha favorito quell'"effetto-specchio" per cui il bambino riconosce nei compagni di gioco le sue caratteristiche e risorse e questa scoperta ha per lui un effetto tranquillizzante. Anche il suo timore di non ritrovare i genitori dopo le sessioni di gruppo pare in lui gradualmente affievolirsi dopo aver acquisito questa consapevolezza.

Gli stati d'animo di questi bambini e la loro condivisione delle emozioni ci rimanda all'atmosfera creata tra i personaggi della fiaba 'la zuppa di sasso'. In questo racconto il contesto del gruppo consente ai singoli di condividere il piacere di stare insieme, di neutralizzare la paura dell'ignoto rappresentato dal lupo che bussava alla porta e di integrarlo in un nuovo contesto dove il pericolo e il male vengono metabolizzati e possono contribuire al bene comune (Vaugelade, 2000).

### **Utilizzo del simbolo e della metafora**

Nella realizzazione di questi gruppi clinici in ospedale ci si aspettava che la situazione di gruppo e l'ambiente facilitante avrebbero stimolato atteggiamenti creativi, la rottura di schemi prestabiliti e l'instaurazione di nuovi schemi fornendo un terreno fertile alla produzione di metafore (Fonzi, Sancipriano, 1975). La nostra osservazione si è focalizzata sulle capacità dei bambini di utilizzare simbolismi e metafore per esprimersi verbalmente nella situazione grupppale. Nella sessione iniziale del gruppo in età prescolare (vignetta n. 1) come simboli rappresentativi e facilitanti l'adattamento allo spazio transizionale sono stati

proposti il gioco dei fili di lana sul grande foglio di carta e il telo colorato. I bambini, dopo aver giocato condividendo le emozioni suscitate dal gioco iniziale, arrivano a creare l'espressione significativa che descrive il loro gioco: 'Le vie dell'incontro'. Nell'altro gruppo di bambini in età prescolare, i bambini, giocando insieme con il telo colorato (vignetta n. 2), arrivano ad immaginare l'oscillare delle onde e di essere loro stessi dei pesciolini che nuotano nel mare, condividendo il richiamo alla memoria percettiva, senza l'interferenza di atteggiamenti mentali coscienti. Nel contesto del gruppo, dove il loro stato d'animo può essere condivisibile con gli altri, hanno usato le parole - il mare...i pesci - che evocano l'ambiente conosciuto. In tal senso, la metafora che trae origine dall'ambito implicito, quello procedurale, distinto secondo Stern da quello conscio e dichiarativo, ha potuto assumere un valore trasformativo di esperienza che, comunicata in modo indiretto, è diventata condivisibile nella relazione con gli altri.

Loewald (1978 cit. in Vivona, 2007, XLI, 4: p. 443-464) ha sottolineato che la parola diventa trasformativa, essendo il linguaggio un canale verso l'esperienza vissuta in quanto impegnato di relazioni interpersonali affettive e capace di unire gli esseri umani l'uno all'altro. Nel gruppo di bambini in età scolare la coloritura emotiva - legata all'implicito - e la relazione tra il bambino che ha pronunciato la parola 'mare' e gli altri hanno giocato un ruolo significativo nel gruppo sollecitando la condivisione, un ruolo cruciale, sul modo attivo in cui si stabilisce il legame tra la cosa e la parola. Nello stesso gruppo di bambini spunti di riflessione ci sono stati offerti da alcune espressioni metaforiche stimolate dal racconto nelle successive sessioni di gruppo: ad es. la stabilità di una tenda al suolo grazie al 'forte ancoraggio', l'utilizzo di una zattera per raggiungere la caverna incantata che poteva proteggere i personaggi in pericolo, l'ingrediente della cura contenuto in una scatola magica, i poteri di un orso buono e saggio, simbolo del medico curante. Queste espressioni ci hanno fornito conferme che le associazioni e le metafore connesse ai loro vissuti profondi sono state interiorizzate come risorse importanti condivise dai bambini partecipanti all'esperienza di gruppo.

### **Note conclusive**

Il diabete, quando colpisce un bambino, implica importanti risonanze emotive legate al suo insorgere, spesso traumatico, all'influenza sullo sviluppo della sua immagine corporea, alla strutturazione dell'identità globale, alle fantasie e proiezioni nel percorso di crescita e alla qualità delle relazioni interpersonali all'interno della famiglia e nell'ambiente extra-familiare. La consapevolezza della condizione somatica viene acquisita gradualmente nel corso della crescita e l'insorgenza di un deficit corporeo destabilizzante, può indurre i bambini a sentirsi ingabbiati per un attacco al sentimento di sé. A bilanciare le difficoltà quotidiane risultano valide risorse il livello raggiunto di sicurezza verso l'ambiente esterno, le capacità di adattamento alla nuova condizione, l'atteggiamento supportivo e rassicurante degli adulti di riferimento.

Il progetto di intervento psicologico in ospedale era mirato ad avvicinare i bambini in una situazione di sofferenza e di dolore per ritrovare, partendo dalla loro storia e dalle loro risorse, risorse evolutive e creative. La partecipazione alle sessioni di gruppo ha offerto ai partecipanti una possibilità di condivisione e confronto tra diverse modalità di affrontare la quotidianità in presenza del diabete ed in particolare di esprimere le emozioni rispetto alla percezione di sé, all'insorgenza di un sentimento di diversità nei rapporti con i pari e ai rapporti con i familiari. L'esperienza grupppale consolidata nel corso delle sessioni ha favorito in questi bambini il rispecchiamento nel gruppo delle loro caratteristiche peculiari, differenti per la storia di ognuno, consolidato le risorse di adattamento nel percorso evolutivo turbato dall'evento traumatico, in definitiva lo sviluppo e la condivisione di un pensiero.

Inoltre, i gruppi creati per i loro genitori hanno consentito loro di elaborare il vissuto di stigma per la patologia del figlio, di considerare diversi aspetti della sua crescita e dei

legami interpersonali all'interno della famiglia. Negli incontri conclusivi, alcuni genitori hanno riconosciuto che i loro bambini hanno mostrato atteggiamenti più sereni verso le cure e maggiore autonomia rispetto ai mesi precedenti l'inizio delle sessioni di gruppo. Per alcuni è stato possibile collegare la riduzione delle paure per l'iniezione o l'applicazione del microinfusore e la maggiore accettazione dei limiti imposti dalla patologia con il riconoscimento di risorse emerse dalla condivisione con altri bambini nel corso delle sessioni di gruppo.

L'esperienza ha messo in evidenza come sia cruciale che la cura mantenga un doppio binario di intervento: sul bambino e sulla famiglia. La visione "binoculare" consente di prendersi cura della sofferenza del bambino ed una partecipazione attiva dei genitori restituendo loro un senso di efficacia nel prendersi cura del loro bambino (Bion, 1961).

Secondo l'ottica di Bion, l'esperienza di gruppo può stabilire legami di pensiero che includano la malattia nella storia individuale di ognuno e dei rapporti con gli altri e la inseriscano in una rete di significati, togliendole il carattere di qualcosa intrasformabile (Bion, 1978).

### **Bibliografia**

- Amsel M., Pacquement B., La nozione di corpo tra il principio del piacere e il principio di realtà attraverso una scelta dei testi di Freud in *Il corpo: tra piacere e realtà*. Atti Convegno di Pavia 1989, Fondazione Mondino, La Goliardica pavese, Milano 1990.
- Anzieu D. et al. (1997), *Les enveloppes psychiques*. Ed. Elsevier Masson, Trad. it. *Gli involucri psichici*, Masson, Milano 1997.
- Anzieu D. (1985), *Le moi-peau*, Bordas Paris. Trad. it. *L'io pelle*, Borla, Roma 1987.
- Badoni M., Lanzi G. (a cura di), *Il corpo: tra Piacere e Realtà*, Atti Convegno Fondazione Istituto Neurologico C. Mondino, 1989, La goliardica pavese, Milano 1990.
- Balconi M., Del Carlo Giannini G. 1987, *Il disegno e la psicoanalisi infantile*, Cortina, Milano.
- Balint M. (1957), *The doctor, his patient and the Illness*, Pitman Medical Publishing Co Ltd, London, trad. It. *Medico, paziente e malattia*. G. Fioriti ed., Roma 2014.
- Barthes R. (1977), *Fragments d'un discours amoureux*, trad. it. *I frammenti di un discorso amoroso*, ET saggi, Einaudi, Torino 2005.
- Bernabei M. (2001), *La relazione con l'adulto nei gruppi di bambini*. Relazione presentata al Convegno internazionale "L'adulto, il bambino, l'adolescente, il gruppo", Milano 2001.
- Bianchi Ranci V., La terapia di gruppo per bambini: una tecnica, *Quaderno Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente* n. 8, lit. Solari, Peschiera Borromeo 1998.
- Bianchi Ranci V. (2010), *Psicoterapia di gruppo di bambini: esperienze e riflessioni*. *Quaderno Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente* n. 32, Mimesis Fano 2010.
- Bianchi Ranci V., Occhio che contiene, mente che dà un senso nel gruppo clinico di bambini, *Quaderno Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente* n. 44. Mimesis, Fano 2016.
- Bion W. (1961), *Experiences in Groups and other Papers* London: Tavistock Publ. Trad. It. *Esperienze nei gruppi e altri saggi*, Armando, Roma 1971.
- Bregani P., Colombini M.I., Fra Winnicott e Balint. Interventi di gruppo con bambini malati cronici ed i loro genitori. Relazione presentata al Congresso Internazionale 'Lo psiche-soma. Dalla pediatria alla psicoanalisi', Milano 1997.
- Cimino S., *Psicodinamica e psicopatologia alimentazione*, Pensiero Scientifico, Roma 2011.
- Colombini M.I. (2019), *Intervento psicologico in ospedale. Sessioni di gruppo con bambini affetti da diabete mellito in Psicoterapia psicoanalitica infantile. Riflessioni sull'esperienza clinica*, Pizzi E., Pini C., Vitali R., Mimesis, Fano 2021.
- Dallari M. (2018), *Dire le immagini, vedere le parole, Metafore e figure della competenza emotiva*, *Journal of Phenomenology and Education*, vol 22, n. 50.
- Damasio A. (1999), *The feeling of what Happens. Body, Emotion and the Making of consciousness*, New York: Harcourt Brace. Trad. It.: *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano 2000.

- Fabra M. (2014), *Il corpo come luogo. La consapevolezza corporea necessaria per abitare il corpo: il perché delle terapie corporee*. Relazione presentata ai Seminari Istituto PsiBA, Milano, 23 marzo 2014.
- Fonzi A., Negro Sancipriano E., *La magia delle parole: Alla riscoperta della metafora*. Einaudi, Torino 1975.
- Gaddini E., (1980), Note sul problema mente corpo, in *Scritti (1953-1985)*. Cortina, Milano 1989.
- Golding W. (1954), *Lord of the flies*, Faber and Faber, trad. It. *Il signore delle mosche*. Mondadori, Milano 2016.
- Guareschi Cazzullo A. et al (1992), *La depressione infantile*, Poletto ed., Milano.
- Lugones M. (a cura di), *Tra Pediatria e Psicoterapia*. Borla, vol 44, Roma 2002.
- Marcelli D. e Braconnier, *Adolescenza e psicopatologia*. Elsevier Masson, Milano 2006.
- Miglioli C. e Roseghini R., *Sulle orme di Winnicott*, Mimesis, Milano-Udine 2012.
- Mills J.C., Crowley R.J., (1986), *Metafore terapeutiche per i bambini*, Astrolabio, Roma 1988.
- Neri C. (1995), *Gruppo*. Borla, Roma 1995.
- Privat (1996), Analisi di gruppo e psicoterapia nel bambino, presentata al Convegno APG Il gruppo terapeutico tra pubblico e privato, maggio 1996.
- Privat P., Quelin-Souligoux D. (2000), *Il bambino in psicoterapia di gruppo*, Borla, Roma 2002.
- Privat P. (2001), *Primo incontro tra un adulto e dei bambini in gruppo*, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it), n. 5, 2005.
- Ogden T.H. (2001), *L'arte della psicoanalisi*, Cortina, Milano 2008.
- Robertson J. (1958), *Bambini in ospedale*, Feltrinelli, Milano 1973.
- Vallino D. (1998), *Raccontami una storia*, Borla, Roma 1998.
- Vanni F., Sacchi M. (1992), *Gruppi e identità*, Cortina, Milano.
- Vaugelade A. (2000), *Una zuppa di sasso*. Babalibri, Milano 2001.
- Vivona J. M. (2006), Dalla 'metafora' evolutiva al 'modello' evolutivo: il restringimento del ruolo del linguaggio nella cura della parola. *Psicoterapia e Scienze umane*, XLI, 4: 443-464, 2007.
- Winnicott D.W. (1958), L'intelletto ed il suo rapporto con lo psichico-soma. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Martinelli, Firenze 1975.
- Winnicott D.W. (1965), *The maturational process and the Facilitating Environment. Studies in Theory of Emotional Development*. Tr.it. 1970 *Sviluppo affettivo e ambiente: Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando, Roma.
- Winnicott D.W. (1989), *Il gioco dello scarabocchio* in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Cortina, Milano 1995.

## Note

1. Antonella Sada, Psicologa, Insegnante di Scuola d'infanzia, Conduttrice di Gruppo clinico di bambini.
2. Annamaria Beber, Insegnante di Scuola d'Infanzia, Co-Conduttrice di Gruppo clinico di bambini.
3. Il Gruppo Balint è un metodo di cura in piccolo gruppo, mutuato dal modello realizzato da M. Balint nella formazione del medico sulla cura e la comunicazione con il paziente.

**Maria Iole Colombini**, Psicologa, Psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, già docente presso la Scuola PsiBA, consulente (1990-2018) Servizio di Psicologia U.O. Pediatria-Neonatologia Ospedale San Raffaele, IRCCS Milano, leader Gruppi Balint accreditata a livello nazionale (AMIGB) ed internazionale (IBF)  
**E-mail:** colombini.mariaiole@gmail.com

## **Il progetto di “Psicoterapia Sospesa”: il gruppo come cura e creatività per i minori che escono da esperienze di violenza domestica**

*Saba Gnechi Ruscone, Adriana Dondona*

### **Abstract**

Le autrici esplorano la nascita ed il funzionamento di un piccolo gruppo psico-educativo ad orientamento psicodinamico per minori all'interno del progetto più ampio di *Psicoterapia Sospesa* (Ass. Limen) che grazie ad una campagna di crowdfunding online ha raccolto i fondi necessari per garantire almeno un anno di interventi di tipo psicologico e di psicoterapia alle donne e ai minori che hanno vissuto esperienze di violenza accolti/e dall'Ass. Casa delle Donne Lucha Y Siesta.

In questo lavoro, il piccolo gruppo con minori viene inteso come uno spazio mentale ed affettivo privilegiato per osservare e lavorare sulle problematiche del limite tra intra e interpersonale, sulla “soglia”, più fragile nell'infanzia, tra mondo intimo, immaginario e reale, tra corpo e mente, singolare e plurale, per elaborare il vissuto e aprire nuovi spazi al possibile.

**Parole chiave:** psicoterapia sospesa, violenza domestica, gruppo, corpo, creatività

### **Abstract**

The authors explore the birth and functioning of a small psycho-educational group with a psychodynamic orientation for minors within the broader Suspended Psychotherapy project (Ass. Limen) which, thanks to an online crowdfunding campaign, has raised the necessary funds to guarantee at least one year of psychological interventions and psychotherapy for women and minors who have experienced experiences of violence welcomed by the Association. House of Women Lucha Y Siesta.

In this work, the small group with minors is understood as a privileged mental and emotional space to observe and work on the problems of the limit between intra and interpersonal, on the "threshold", more fragile in childhood, between the intimate, imaginary and real world, between body and mind, singular and plural, to process experiences and open new spaces to the possible.

**Key words:** suspended psychotherapy, domestic violence, group, body, creativity

*Come dice Antonino Ferro (2014), «nel nostro lavoro con i pazienti siamo chiamati a impedire che accada il “prevedibile” ed a far sì che si avvii una nuova e imprevedibile narrazione».*

### **Il corpo a più corpi del progetto**

L'esperienza grupale per minori che tratteremo in questo articolo è un *organo* tuttora vitale del *corpo-progetto* di *Psicoterapia Sospesa* promosso dalla nostra associazione Limen-Centro Popolare di Psicologia Clinica e dall'associazione Casa delle Donne Lucha Y Siesta.

Il progetto di *Psicoterapia Sospesa* si ispira alla tradizione napoletana del *caffè sospeso*: un gesto solidale e di cura verso le donne e i minori seguiti dai centri antiviolenza (cav) di Lucha Y Siesta che non hanno la possibilità economica di intraprendere un percorso di psicoterapia.

Un *corpo-progetto* sorretto da *più corpi* perché la sua base è composta dalla solidarietà di persone ed associazioni che lo hanno sostenuto donando e sensibilizzando a loro volta la campagna di crowdfunding lanciata online nel 2021.

La raccolta fondi ha permesso così di rendere accessibili e sostenibili interventi di tipo psicologico e di psicoterapia della durata di almeno un anno per trenta donne e minori. Avendo più risorse a disposizione si è potuto ampliare maggiormente l'équipe di professionisti/e, costruendo così più aree e setting di intervento, pensati "su misura" per ciascun caso.

All'interno dell'area dedicata all'età evolutiva per le madri e i minori sono stati attivati interventi multipli a frequenza settimanali: sostegno genitoriale, psicoterapia individuale minori, sostegno della coppia madre-bambino/a, sostegno fratelli/sorelle e un laboratorio di gruppo per minori di cui racconteremo l'esperienza più avanti nell'articolo.

Oltre alle psicoterapie individuali è stato attivato anche un gruppo di mutuo aiuto a cadenza quindicinale che accoglie anche le donne che hanno già terminato il percorso all'interno dei Cav.

Il gruppo di intervizione che accompagna il progetto si riunisce mensilmente per monitorare e discutere dei casi sviluppando in itinere un pensiero di gruppo.

### **Spazio intermedio e camaleontico**

Lo spazio "Poliedro", nato all'interno della casa rifugio Lucha Y Siesta nel 2015 come ludoteca grazie a un gruppo informale di genitori, dal 2017 è dedicato all'area clinica e psicoeducativa per l'età evolutiva a cura della nostra associazione.

La "stanza dei giochi", rinominata così dai bambini e dalle bambine che la hanno attraversata, si trova all'interno della casa, tuttavia posizionata in un luogo distante dalle stanze da letto e dalla cucina utilizzate dalle ospiti.

Viene percepita così come "dentro" uno spazio diventato per loro familiare (casa rifugio), ma allo stesso tempo "separato", consentendone in questo modo di viverlo come uno spazio *intermedio*.

In questo contesto la nostra funzione principale è di creare un ambiente ed una relazione il più possibile affidabile e di fiducia proprio per attivare uno spazio di cura intermedio in cui poter raccontare le proprie storie reali, ma anche giocare con il buio, i fantasmi, le streghe e i mostri esprimendo le proprie paure ed insicurezze.

L'aver attivato un laboratorio di gruppo ad orientamento psicodinamico condotto dalla dottoressa Adriana Dondona ha creato un ulteriore spazio non direttivo dedicato ai/lle bambini/e per sperimentare una "buona socialità" (Neri C., 2021) in cui poter esprimere attraverso il gioco e la creatività anche vissuti di inadeguatezza rispetto alle proprie insicurezze sociali (paura di sbagliare a scrivere e a leggere a scuola, di venir esclusi e di non essere amate dai propri pari) ma anche le proprie risorse trovando una nuova direzione comune (ad esempio, collaborando in gruppo alla costruzione di una loro nuova casetta utilizzando i materiali trovati nella stanza).

Un setting *camaleontico* perché individuale, familiare o di gruppo in cui poter sperimentare attraverso la parola, gesti spontanei e di gioco, momenti di distensione, sospensione dalle incombenze quotidiane (questa soprattutto nel lavoro di sostegno genitoriale alle madri) costruendo un confronto più autentico tra sé e gli altri.

Uno spazio che muta a seconda del setting, colorandosi di corpi, sensi e storie in continua trasformazione.

### **Corpi in gioco come cura al trauma**

I nuclei familiari che abbiamo conosciuto in questi anni hanno vissuto esperienze traumatiche complesse e di conseguenza la presa in carico all'interno dei centri anti violenza è altrettanto articolata in più forme di assistenza e cura (abitativa, economica, legale, di orientamento al lavoro, psico-educativa e socio-sanitaria).

Il nostro lavoro di tipo psicologico si inserisce in questa grande rete di sostegno offrendo uno sguardo e un ascolto psicodinamico verso la maternità, l'infanzia e l'adolescenza.

I corpi che entrano in stanza sono di bambini e bambine che portano con sé ferite invisibili connesse all'aver vissuto esperienze di violenza assistita intrafamiliare e/o forme significative di trascuratezza affettiva e/o di povertà socio economica ed educativa.

Le madri che accogliamo possono sentirsi sole, spostate "altrove", in colpa per aver preso la decisione protettiva di allontanarsi e allontanare i propri figli/e dal padre uscendo di casa, stravolgendo così le loro abitudini e contesti di vita quotidiana.

In un momento in cui provano a curare le proprie ferite, l'essere madre può risultare un lavoro estenuante, un sovraccarico emotivo eccessivo al punto da vivere momenti di dissociazione e minore disponibilità affettiva verso le richieste dei propri figli/e.

I padri assenti perché allontanati per loro propria decisione o per ordinanza del tribunale o in carcere, abitano le menti dei bambini/e spesso come figure enigmatiche, imprevedibili e di potere.

Ascoltando, disegnando, giocando a questi molteplici personaggi della vita psichica ed inconscia dei/le pazienti abbiamo potuto osservare nel tempo l'evolversi di un processo trasformativo a favore di un loro maggiore benessere psichico e sociale.

### **La casetta come gioco trasversale**

Le bambine che partecipano al gruppo erano già seguite in psicoterapia individuale dalla dott.ssa Saba Gnechi-Ruscione dai tre ai sei mesi.

Abbiamo osservato come alcuni giochi venivano presi e ripresi dal setting individuale a quello gruppale e viceversa.

Vissuti, discorsi e giochi emersi in gruppo venivano portati e rigiocati nel setting individuale.

L'inserimento in gruppo è stato graduale con dei colloqui preliminari sia con le madri che con le bambine da parte della conduttrice.

Ad esempio il gioco della casetta è stato per noi significativo, dotato di una evoluzione particolare in entrambi i setting.

Inizialmente nel setting individuale veniva vissuta come un rifugio, un deposito di tutti gli oggetti e giochi a portata di mano.

Veniva riempita senza lasciar spazio e tempo per poterci giocare.

Un movimento frettoloso che fa pensare alla drammatica fuga che spesso avviene quando le madri con i loro figli/e scelgono di uscire dalle mura domestiche per scappare dal compagno violento.

In poco tempo si riempiono i bagagli o buste di averi e si lascia il resto alle spalle. Una volta arrivate nella casa rifugio, gli oggetti vengono depositati nelle stanze come superstiti del passato.

Nel corso delle sedute con Lara ad esempio, iniziano a delinearsi un dentro e un fuori della casa. Fuori nasce un giardino, nelle vicinanze una scuola, il supermercato, strade che le collegano. Dentro nasceva una cucina separata dalla stanza da letto per sé e la madre.

Pian piano anche le stanze da letto si diversificano, una per la madre, una per le sorelle, un salone per fare merenda con le amichette di scuola.

All'interno della casa si inizia a cucinare, giocare a carte, sognare senza essere troppo disturbati dagli incubi.

I vissuti di violenza domestica colpiscono proprio la casa come corpo psichico dei/delle bambine, intrudono la loro intimità ed identità.

Vengono vissuti come un lupo che continua a buttar giù le casette che con tanta fatica i tre porcellini hanno costruito.

Nel gruppo la casa è costruita in maniera collettiva, bisogna mettersi d'accordo, quali giochi tenere dentro o lasciare fuori, chi può e chi non può entrare.

Si affronta il timore ripetuto che possa arrivare qualcosa (un terremoto, la lava di un vulcano) o qualcuno (il lupo, il mostro) a distruggere le mura in maniera imprevedibile ed intrusiva.

Il gruppo protegge e fa nascere nuove soluzioni e direzioni comuni.

Il creare insieme una nuova casa ha dato spazio a queste paure di prendere forma lasciando più spazio alle bambine di lasciarsi andare, di sperimentare e scoprire nuovi aspetti di Sé individualmente e tra Sé e gli altri.

### **Il gruppo delle bambine: *corpo e mente tra paure e desideri***

L'idea di avviare un'attività di gruppo, a conduzione psicodinamica, con bambine/i, proprio in un contesto come la Casa-rifugio Lucha y Siesta, sembra particolarmente importante: nella nostra esperienza lavorativa si vede molto spesso come, nei casi di violenza domestica, per i figli/e, che avevano fatto esperienza di conflitti gravi e di aggressioni subite o assistite, si pensi prevalentemente a provvedimenti di protezione e interventi assistenziali, raramente a percorsi continuativi di aiuto psicologico. Eppure, senza un adeguato intervento terapeutico, i conflitti interni derivati dai modelli appresi, il disagio e la sofferenza di cui inevitabilmente i minori sono portatori, nel tempo portano a sintomi seri e, nella trasmissione intergenerazionale, rischiano di portare a ripetere i comportamenti violenti (auto o etero diretti) e quindi perpetuare il fenomeno dei maltrattamenti intra-familiari.

La formazione di un gruppo di bambini non è però semplice, soprattutto nella situazione particolare di una "Casa rifugio" come quella di cui parliamo. Così l'esperienza, in un primo periodo, si è potuta avviare con la presenza di 2 sole bambine, a cui si è aggiunta, dopo qualche mese, una terza più piccola. Le bambine, tutte di origine straniera, ma nate in Italia, hanno un'età che va dalla scuola dell'infanzia all'inizio delle elementari. La stanza del gruppo è lo spazio del "Poliedro", al pianterreno della casa, da loro conosciuto e frequentato, ma in quella situazione usato in modo nuovo, con un setting settimanale, nel tardo pomeriggio, quando possono essere accompagnate. La conduzione non è direttiva, ma attenta e partecipe a ciò che le bambine esprimono e propongono. Una conduzione curiosa e interessata, spesso condividendo il gioco, per cogliere ed elaborare insieme a loro le narrazioni, le domande e gli scenari emotivi che si delineano. Il gioco, come più tardi le libere associazioni e i sogni, è per i bambini il modo privilegiato per significare e ri-appropriarsi dell'esperienza e del mondo, ricavando una situazione protetta, dove le cose e le relazioni possano essere anche re-inventate, ricostruendo un proprio senso a quel che accade.

Il piccolo gruppo è quindi uno spazio mentale ed affettivo privilegiato per osservare e lavorare sulle problematiche del limite e dell'intreccio tra intra e inter-personale, sul "noi" che ci alberga e circonda, da cui traiamo origine, che a volte ci condiziona e intrappola, per ritrovare il bandolo del nostro "posto", del desiderio che ci caratterizza. Il luogo dove sperimentare sé come soggetto singolo, ma in relazione, fatto di corpo e mente, singolare e plurale insieme, capace di elaborare in modo condiviso l'esperienza, di creare nuovi significati, propri e collettivi.

Nel gruppo, il gioco mette in scena a quell'età prima di tutto il corpo, un corpo emozionato e sempre interattivo, invaso spesso da sensazioni e sentimenti poco codificabili e gestibili, per il quale una mente ancora in costruzione prova ad intessere narrazioni, cercando di costruire significati e forma ad un esperire altrimenti prevalentemente passivo. Il corpo appare qui come il fulcro dell'esperienza sensoriale, affettiva, cognitiva e relazionale, come polo di intense e molteplici fantasie e confronti, con cui la mente deve fare i conti, per accompagnarlo nella crescita, senza incorrere in eccessivi dismorfismi e contrasti. Il corpo nell'infanzia ha ancora quella "opprimente immediatezza", come scrive A. Phillips (1995), che dovrà perdere poi nell'adolescenza: è il primo tramite con il mondo e gli altri, esposto alle percezioni da fuori e da dentro, con poche protezioni e filtri, che solo nel tempo e per gradi si possono acquisire. Il corpo "dà lavoro" ad una mente ancora in costruzione, dà il via alla trama delle sue narrazioni. In questo caso, poi, siamo consapevoli di lavorare con bambini/e che hanno avuto esperienze precoci traumatiche, di violenza almeno assistita,

che hanno interferito sulle loro possibilità di sviluppo, sulle loro capacità e desideri, facendoli sentire confusi, in pericolo, intrusi da urgenze, bisogni e pensieri altrui, espropriati di aree vitali di espressività ed esistenza propria (Borgogno, 1994). In un soggetto ancora in fieri, il corpo porta inconsapevolmente le tracce di questo oltraggio per il mancato ricono-scimento dell'autonomia dei propri bisogni, sentimenti e aspirazioni, rappresentando, quando e come può, il desiderio di riprendere il percorso interrotto e mortificato.

Come riprendere questo percorso nel gruppo? Proprio lo stare in gruppo è sempre un potente attivatore di fantasie primitive di perdita di sé nel rapporto con l'altro, di indifferenziazione e di fusione idealizzata (come ci insegnano Bion, Anzieu, Kaës, Neri). Così il piccolo gruppo riattualizza in modo particolare tutte le situazioni conflittuali inerenti l'identità, l'idea di sé, il giudizio degli altri, le loro pretese, la difesa del proprio spazio, ma fornisce anche un insieme di possibilità per diverse identificazioni, una varietà di sguardi e di diversi modi di vivere le cose. Nei bambini, per i quali il processo identitario è ancora agli albori, si attivano parti diverse dell'individuo, spesso non integrate, stimolando da un lato un movimento vitale di coesione, dall'altro aspetti angosciosi di frammentazione, che scatenano caos, aggressività, necessità di controllo maniacale e prepotente della situazione, strategie difensive di isolamento e/o adesività, ansia di esclusione e ricerca di contatti esclusivi. Il lavoro si incentra quindi nell'attivare una trasformazione psichica, in grado di proteggere da questi aspetti disorganizzanti e trasformarli nel tempo (Popper-Gurassa, 2002).

Arriviamo a qualche stralcio di materiale clinico.

*All'inizio di ogni incontro, entrando, le bambine hanno comportamenti molto diversi, quasi opposti: la più grande, che chiamo Lara, si muove in modo iperattivo, smanioso, vorrebbe tirare fuori una grande quantità di oggetti, ricordando tutte le cose fatte lì, sia nel gruppo, che in altre situazioni, esibendosi in esercizi ginnici dove mostrare tutta la sua bravura, come non potesse soffermarsi su nulla del "qui ed ora", ma creare un turbine emotivo. La seconda per età, che chiamo Sara, resta per un po' in disparte, con l'aria corruciata, dice "no" a qualsiasi domanda o proposta, fa l'arrabbiata, entra in gioco solo gradualmente, con dispetti e/o facendo l'offesa, senza motivi apparenti. La più piccola, infine, che chiamo Bibi, quando si unisce al gruppo, si stacca a fatica dalla madre, chiede continue conferme sul suo ritorno e sul suo poter giocare con le altre, ha bisogno che una di loro la prenda per mano.*

Ognuna, quindi, entra esibendo il proprio "habitus" più frequente, quello più usato per mascherare la ferita, la fragilità, l'insicurezza, quello che meglio la rappresenta: Lara una intensa irrequietezza, un inesauribile bisogno di attenzione, Sara una paura e una rabbia ignota, oscura, che viene da lontano e non si placa, Bibi la sua incertezza, precarietà, bisogno continuo di conferme. Il corpo mette in scena le sue difese, le tracce mnestiche delle esperienze passate si attivano per ripetere le strategie di fuga fobica e reattiva, in modo spesso automatico. Il gruppo le accoglie, confronta, lasciando risuonare il senso e la carica emotiva: il lavoro consiste nel cercare di tollerare questi stati affettivi, mitigando e dando forma al pathos, per tentare una trasformazione.

*Quando anche Sara si lascia andare ai giochi proposti da Lara, entrambe fanno a gara nel mostrare abilità ginniche, davanti al mio sguardo ammirato, ma presto la scena cambia e i movimenti atletici slittano verso mosse sessualizzate, volutamente eccessive, con gesti osceni, atteggiamenti beffardi e ostili nei miei confronti. Dicono che fanno le "fiche", se la tirano, non vogliono avere a che fare*

*con le “sfigate” come me. Parlo di come sia brutto e doloroso sentirsi escluse, trattate male dagli altri: raccontano come durante la ricreazione stiano sole o con quelli come loro (della loro appartenenza etnica). Dico che ognuna ha proprie qualità e che insieme possono inventare cose interessanti, per sentirsi apprezzate. Così piano piano parte il gioco collettivo, con diversi contributi. Quando c'è anche Bibi, le aiuto ad includerla e lei, un po' timida e goffa, è felice di sentirsi coinvolta.*

E' qui interessante notare come, per evitare il senso di marginalità e inadeguatezza, che affiora, scelgano il registro della sessualizzazione, mimino gli atteggiamenti di età immaginate come più indipendenti e trasgressive, utilizzando il corpo come provocazione, non tanto sul piano aggressivo, ma caricaturalmente seduttivo, come vedono rappresentato da social e media.

*Quando si avvia invece un gioco più simbolico, tornano bambine, fanno a gara a chi fa la piccola, da imboccare, addormentare, accompagnare a scuola, rubando il ruolo a Bibi, che a fare la grande ancora non si osa. Poi, quando si gioca a “fare la scuola”, si litigano il ruolo della maestra, che grida e infierisce sui bambini che sbagliano e si comportano male.*

Il tempo diviene soggettivo, il corpo viene usato per teatralizzare situazioni emotivamente importanti e si oscilla tra diverse età della vita, per rappresentare di volta in volta la debolezza e il bisogno, il desiderio di potere sugli altri, la ribellione e le fantasie di rivalsa, di seduzione e successo. Gli stereotipi inevitabilmente prevalgono, si scelgono i ruoli ambiti, per avere accudimento, comandare, essere ammirate, scaricando su altri le emozioni poco tollerabili. Ma quando la funzione rappresentativa riesce a prendere forma, si fluidifica la scena e apre al possibile.

*Nel gruppo si avvia la costruzione di case, con il materiale presente (una tenda apribile, tappetoni, sedie, ecc.), divise in stanze e con giardino. Così si crea la possibilità di immaginare spazi personali e altri condivisi, interni ed esterni, stanze da letto e da gioco, piene di tante, troppe cose, come se si dovessero compensare vecchi vuoti. Giocano a rappresentare il momento del sonno, quello del risveglio, il mangiare, l'uscire per andare al negozio, a scuola, sul prato a fare il pic-nic. Emergono le paure di dormire sole, di avere aggressioni, le liti per il posto o le cose considerate migliori, le disperazioni se si viene escluse o non capite. Mi chiedono di fare le parti da grande: la madre e la strega. Accetto.*

Il gioco oscilla tra momenti di positiva collaborazione e scambio di idee e ruoli (chi costruisce, cucina, mette a posto, accudisce) e momenti di prepotenza, rabbia, fuga, pianto. Assumendo i ruoli di madre buona e cattiva posso agire sui bisogni di cura, riparazione e sull'affrontare paure e fantasie minacciose di distruzione agita e subita.

*Mi chiedono che le spaventi, facendo la strega che vuole rapirle, ma appena lo faccio, si terrorizzano in modo eccessivo, a lungo, si lasciano calmare a fatica. Quando lo faccio notare, parlando di come insieme dobbiamo trovare un modo per affrontare la paura, dicono che devo sì fare la strega cattiva, ma in modo gentile. Questa mi sembra un'idea importante da condividere: che per mitigare ricordi e fantasie di violenza e sopruso sia necessario tatto e gentilezza. Provo a correggere i comportamenti della strega, ma allora sono subito loro ad assumere l'aggressività: diventano Winx potenti che mi perseguitano, maltrattando ogni cosa, in modo caotico e aggressivo. Devo fermare l'azione, parlando di come la paura diventi allora rabbia e distruzione, di come nel*

*gruppo nessuno si debba far male e sia necessario tornare ad un gioco simbolico, dove il “come se...” non può sconfinare.*

Fanno fatica a contenere l'emozione, ci vuole tempo per ricostruire il labile confine tra finzione, immaginazione e azione, ma è un esercizio importante, per loro nuovo, che apre al giocare davvero, anche con la mente. Questa della paura, della rabbia, della violenza, è una ferita aperta, per tutte, ma in particolare per Sara, che a volte, se fermata mentre vuole lanciare ogni cosa, piange a dirotto e solo nel tempo si lascia consolare. E' un tema che dovremo ripercorrere ancora tante volte, cercando rappresentazioni che aiutino a mitigare l'angoscia e la distruttività che rimangono nel profondo, minando la possibilità di legami più fiduciosi e creativi. Dobbiamo tollerare insieme il dolore di questo trauma custodito in profondità, perché non impedisca nuove strade al desiderio. A volte ultimamente mi escludono e si organizzano tra loro: faccio allora da testimone di questo bisogno di crescita e autonomia. E' importante che mostri la possibilità dello stare a distanza, restando interessata, separata nell'asimmetria del mio essere adulta, in posizione di osservazione riflessiva.

Il gruppo sollecita spontaneamente i fantasmi sepolti, con cui non si può, non si vuole, avere a che fare, quella cesura del passato, violenta e impensabile, dove si è perso tutto il conosciuto e la fuga è stata l'unica via per riprendere la vita. Di questo strappo restano cicatrici dolenti, che rintraccio in particolare nella difficoltà di queste bambine a godere anche di relazioni non esclusive: quando il gruppo si apre alla terza bambina, si attivano dinamiche rigide di difesa e il terzetto continuamente tende a ricostituire una coppia, che esclude una terza, a turno messa fuori. Bibi è accolta nel ruolo della piccola da accudire, istruire, proteggere, non come una pari, da conoscere e con cui confrontarsi. La profonda insicurezza emotiva porta a cercare contatti esclusivi e legami adesivi, mentre è molto più difficile tollerare una posizione terza, distanziata, per osservare e pensare l'interazione tra altri, mantenendo il senso di identità e il confine del sé. Eppure questa esperienza è decisiva nel tempo per costruire la capacità auto-osservativa e la riflessione su di sé. Per questo lavoriamo a lungo sulla possibilità di condividere qualcosa di proprio con gli altri, superando l'ansia di esclusione e sperimentando l'apertura al terzo come occasione di novità e piacere: in alcuni momenti ci riescono e si divertono insieme. L'altra traccia evidente dello strappo è l'esclusione del discorso sul padre, mai presente nel gioco, nei ricordi, nelle fantasie. Solo raramente viene nominato, per dire, en passant, che lo hanno o lo devono incontrare, oppure ne nominano più di uno, in modo indifferenziato, ma non sanno/vogliono dire di più. Ancora un tabù, che per ora non voglio forzare, le parole troveranno la strada nel tempo per cercare e creare nuovi significati.

## **Conclusioni**

Pensiamo che la delicatezza e il rispetto siano decisivi con una fascia d'età, dove la mente è in via di inventarsi, soprattutto quando esperienze precoci traumatiche hanno già sovrapposto troppo, rischiando di inibire la soggettività sorgiva ed il bisogno di far propria l'esperienza attraverso un personale modo di pensarla ed elaborarla. Allora per il conduttore è essenziale stare nell'esperienza con il massimo di ricettività e capacità discriminatoria, per capire in cosa vuol essere visto il bambino e come aiutare il formarsi di una pellicola mentale, di un pensiero, non più solo costretto a difendersi di fronte alla violenza di ciò che accade. Farli sentire visti e protetti dal giudizio e desiderio altrui, può aprire finalmente la strada al formarsi di uno spazio transizionale, di un immaginario creativo, in grado di confrontarsi in modo più integrato con il negativo e il positivo presente dentro e fuori di sé, in uno scambio meno impaurito, più fiducioso di poter contribuire a qualche cambiamento. Come dice Ed Tronic (2023), una prolungata esperienza traumatica nella prima infanzia condiziona a livello neurosomatico tutti i

sistemi aperti e interattivi di costruzione e attribuzione di significati all'esperienza, all'idea di sé, alle aspettative e quindi ai modi di stare al mondo. In automatico il bambino piccolo, particolarmente vulnerabile al contesto, in presenza di traumi ripetuti sarà portato a percepire ed aspettarsi nella relazione un significato prevalente di minaccia e pericolo. Eppure quella è un'età che presenta anche un funzionamento psichico molto flessibile, così da rendere ancora possibile una modifica nel processo di costruzione dei significati, attraverso interazioni ed esperienze, sia corporee che mentali, che consentano di sentirsi più sicuri, protetti, riconosciuti, liberi di creare il proprio senso del sé.

### **Bibliografia**

- Baruzzi A. (1990), Il lavoro con gruppi di bambini. In *Gruppo e Funzione Analitica*. Anno XI, n.1 genn.apr.
- Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, tr. it. Armando, Roma 1971.
- Borgogno F. (1994), Spoilt children. L'intrusione e l'estrazione parentale come fattore di distruttività. In *Richard e Piggie*, 2, 2.
- Busato C. (1994), Il corpo, ponte tra l'esserci e il narrarsi. In *Adolescenza. La seconda sfida*. di A. Ferrari. Roma, Borla.
- Ferro A. (2014), *Le viscere della mente, Sillabario emotivo e narrazioni*. Cortina, Milano.
- Hinshelwood R. D. (2020), Edipo e il suo gruppo, in Edipo di gruppo e scena primaria nell'epoca della rete, a cura di G.Rugi. *Funzione Gamma*, 44. [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Kaës R. (1999), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Tr. it. Borla, Roma 1999.
- Neri C. (2017), *Gruppo*, Nuova Edizione. Raffaello Cortina, Milano.
- Neri C. (2021), *Il Gruppo come cura*. Milano, Raffaello Cortina.
- Phillips A. (1995), *Sul baciare, il solleticare, l'essere annoiati. Saggi psicoanalitici sulla vita inesplorata* Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Popper-Gurassa H. (2013), I processi di identificazione nell'organizzazione gruppale, in *Gioco, legame e cambiamento. Terapia di gruppo psicodinamica in età evolutiva*, a cura di A.Dondona, S.Gnecchi-Ruscone, M.G.De Tursi. *Funzione Gamma*, 35. [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)
- Tronic Ed (2023), Trauma dello sviluppo e creazione di significato. Sito Web Formazione Continua in Psicologia.

**Saba Gnecchi-Ruscone**, psicologa psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico della Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia (Asne-Sipsia). Si occupa dell'area clinica dedicata all'età evolutiva presso l'Associazione Limen-Centro Popolare di Psicologia Clinica di Roma.

**Email:** [sabagnecchi@gmail.com](mailto:sabagnecchi@gmail.com)

**Email:** Associazione Limen: [associazionelimen@gmail.com](mailto:associazionelimen@gmail.com)

**Adriana Dondona**, psicologa con formazione psicodinamica nella conduzione di gruppi con bambini e adolescenti. Ha lavorato come educatore professionale presso diversi servizi TSMREE delle ASL di Roma. Ha svolto attività di docenza e pubblicato articoli sul tema dei gruppi terapeutici con minori nei servizi pubblici.

**Email:** [dondonaadriana@gmail.com](mailto:dondonaadriana@gmail.com)

## **Alla ricerca di un'identità: un'esperienza di gruppo con persone in transizione**

*Andrea Argiolas*

### **Abstract**

Questo articolo ha l'obiettivo di presentare il lavoro svolto in un gruppo di sostegno psicologico per persone con disforia di genere, nello specifico persone MtF con un'età compresa tra i 24 e i 48 anni, della durata di tre anni. Dopo aver descritto l'istituzione in cui è stato possibile realizzare questo gruppo, si passa a delineare nella Parte Prima la costituzione del gruppo stesso e le difficoltà iniziali che sono emerse, attraverso un ampio uso del materiale clinico delle varie sedute. Nella Parte Seconda è descritta la nascita emotiva del gruppo, ed è descritto il passaggio da una fase più superficiale ad una fase di lavoro più profonda attraverso la comparsa dei primi sogni e del tema della sessualità. Nelle conclusioni si pone l'accento sulla importanza del lavoro svolto, che ha permesso di passare da una prima fase conoscitiva ad una seconda di condivisione emotiva profonda.

**Parole-chiave:** identità, transgender, gruppo, superficie, transito

### **Abstract**

This article aims to present the work carried out in a psychological support group for people with gender dysphoria, specifically MtF people aged between 24 and 48, lasting three years. After describing the institution in which it was possible to create this group, in the first Part of the work we will outline the constitution of the group itself and the initial difficulties that emerged, through extensive use of clinical material from the various sessions. In the second Part the emotional birth of the group will be described, and the transition from a more superficial phase to a deeper work phase through the appearance of the first dreams and sexuality. In the conclusions, emphasis is placed on the importance of the work carried out, which allowed us to move from a first cognitive phase to a second phase of deep emotional sharing.

**Key words:** identity, transgender, group, surface, transit

### **Presentazione**

Questo lavoro sul gruppo nasce, dopo lunga riflessione, a seguito dell'impegno clinico decennale con pazienti che hanno problematiche relative all'identità di genere. Riguarderà un gruppo condotto all'interno dell'istituzione MIT di Bologna per tre anni, con incontri a cadenza settimanale. L'istituzione MIT (Movimento Identità Transessuale) è un'associazione di volontariato che si occupa principalmente della difesa dei diritti delle persone transessuali e transgender, con sede a Bologna. Nasce nel 1988 per opera della fondatrice Marcella Di Folco che ne è stata la presidentessa fino alla sua morte, avvenuta nel 2010; nel 1994 la regione Emilia Romagna attraverso un finanziamento ha permesso la nascita e la strutturazione di un consultorio per la salute gestito direttamente dall'associazione, primo ed unico esperimento in Italia e in Europa. Il consultorio è formato da tre psicoterapeute, un'endocrinologa e un supervisore scientifico. Collabora inoltre con il reparto di chirurgia estetica, di ginecologia e di urologia dell'Ospedale Sant'Orsola Malpighi. Dalla fine del 2005 il Consultorio entrò a far parte dell'azienda ASL città' di Bologna. L'utenza è composta per la sua totalità da persone transessuali e transgender, sia FtM che MtF che si rivolgono all'istituzione per la presa in carico multidisciplinare. L'utenza viene seguita attraverso gli standard dell'ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere). Ogni caso viene seguito tramite sedute di sostegno psicologico volte ad accertare la presenza della diagnosi di transessualismo. L'istituzione MIT nel 2007 aveva una sede composta da un ampio salone con all'entrata l'ufficio della presidentessa, a fianco

la segreteria e la sala d'attesa, senza divisori. Subito dopo ci sono 3 stanze: due per le psicoterapeute ed una per la vicepresidente dell'associazione.

Entrai in contatto con l'associazione mossa da interesse personale e curiosità scientifica nei confronti della tematica e dopo un periodo di volontariato come segretaria mi venne data la possibilità di formare un gruppo di sostegno per le persone transessuali in carico e non presso il consultorio. Un gruppo precedente si era sciolto due anni prima; era svolto da una ragazza che si stava laureando in psicologia e che aveva lasciato il gruppo per incomprensioni con l'istituzione. Mi venne chiesto di occuparmi solo delle persone transessuali MtF. Vennero presi i contatti con le persone che partecipavano già precedentemente, vennero inoltre informate le psicoterapeute della formazione del gruppo e loro stesse offrirono la possibilità di inviare alcune pazienti già seguite che avevano manifestato il desiderio di potersi confrontare con persone aventi lo stesso disagio. Si formò un gruppo aperto di 6 persone, compresa me, che per 3 anni si incontreranno una volta a settimana. Due persone che erano presenti all'inizio se ne andranno dopo circa un anno ed alternativamente ne arriveranno altre due fino alla fine dei 3 anni. La richiesta dell'istituzione era che all'interno del gruppo assumessi il ruolo di facilitatrice ed aiutassi le componenti a sviluppare un dialogo comune; tre di loro venivano seguite anche dalle rispettive psicoterapeute una volta alla settimana. La cosa che mi fu subito chiara durante il primo anno di permanenza nell'istituzione era la mancanza di confini precisi e di ruoli ben definiti. La presidentessa, fondatrice, si occupava di tutto; sia della gestione delle segretarie che della gestione dell'utenza e dei rapporti con il consultorio e con l'équipe multidisciplinare del centro, che si riuniva a cadenza bisettimanale; capitava sovente che la presidentessa, pur non avendo nessuna competenza in materia, prendesse parte all'équipe per la discussione dei casi. Inoltre era essa stessa una persona transessuale MtF, già operata anni prima della fondazione del MIT, che ha ricoperto ruoli pubblici di una certa rilevanza e che, grazie a questi ruoli pubblici, riuscì ad ottenere il finanziamento da parte della regione Emilia-Romagna. Durante la conduzione del gruppo che si svolgeva nella saletta d'attesa dell'istituzione composta da tre divani messi ad angolo, capitava spesso che la presidentessa, pur sapendo che quel pomeriggio ci sarebbe stato il gruppo, entrasse nella sede e si posizionasse alla sua scrivania, che, come spiegavo prima, è posta nell'entrata e non ha divisori dalla saletta d'attesa. Questo mi imponeva una riflessione importante sul mio ruolo sia all'interno dell'istituzione che all'interno del gruppo. In più di una seduta, a seguito dell'arrivo della presidentessa, decisi autonomamente di spostare il gruppo nella stanza di una delle psicoterapeute del centro, che non erano presenti nella giornata in cui conducevo il gruppo. Le componenti sapevano che io ero una psicologa e che avrei facilitato le sedute e la comunicazione tra le persone. Mi chiedo ora alla luce di questa descrizione, quale ruolo l'istituzione mi assegnava e quale codice stava dietro. Forse che fossi diventata la depositaria di quegli aspetti che fanno parte del "negativo"? La prescrizione dei legami è il terzo principio organizzatore. *"Posti, funzioni vengono assegnati secondo i termini di un'organizzazione e di un codice che non è retto da ciascuno dei soggetti considerati uno per uno nella loro singolarità, ivi compresa quella del soggetto dell'istituzione, ma dall'istituzione stessa"* (Kaës, 1998 pag. 29). Mi rendevo conto che ogni volta che cercavo di definire in maniera più chiara il mio ruolo all'interno dell'istituzione si creava un contrasto. Il mio tentativo di far presente che durante il gruppo l'arrivo improvviso di una persona che si metteva a sedere nella sua scrivania poteva essere vissuto come intrusivo da parte del gruppo stesso mi veniva rimandato in maniera conflittuale. Avere una differenziazione poteva essere vissuto in maniera disturbante. Kaës parla infatti di una modalità dell'assemblaggio psichico definita dall'isomorfia tra lo spazio gruppale e lo spazio psichico: *"ognuno si autoassegna ed è assegnato in maniera fissa e intangibile a una collocazione intrapsichica e gruppale strettamente complementare e correlativa di quella che gli altri occupano in questi spazi sovrapponibili"* (Kaës, 1998 pag.26). Ma

soprattutto mi domandavo quanto questa istituzione che era nata per opera di una persona con problemi legati all'identità di genere potesse essa stessa, fin dall'inizio, avere un rapporto problematico di definizione identitaria. Quanto il mito fondativo che stava alla base di quella istituzione poteva influenzare il mio lavoro di gruppo? Sentivo che emergeva da parte mia, soprattutto nell'ultimo anno, la difficoltà a mantenere all'interno del gruppo un ruolo distaccato, professionale. La richiesta che mi perveniva dall'istituzione era più fusionale, mentre il gruppo sembrava vivere in maniera positiva il mio distacco, il mio ruolo. La fine del terzo anno di conduzione del gruppo è coincisa con il mio trasferimento in Sardegna, a seguito della vincita di una seconda borsa di studio per lavorare all'interno del reparto di endocrinologia del policlinico universitario di Cagliari come psicologa esperta nelle problematiche di genere. Il trasferimento è coinciso con la chiusura da parte mia del gruppo di Bologna e, dopo 5 anni, con l'avvio di un nuovo gruppo terapeutico condotto nel mio studio privato e composto sempre da pazienti con problematiche attinenti al genere. Considero le due esperienze strettamente legate tra loro, in quanto senza la prima e senza il lavoro svolto in seguito in un'altra istituzione non mi sarebbe stato possibile arrivare alla conduzione di un gruppo in maniera autonoma.

## PARTE PRIMA

### Il gruppo alla ricerca di un'identità

*“Sapere dove è l'identità è una domanda senza risposta.”*

*José Saramago*

L'immagine che avevo inizialmente dentro di me del gruppo condotto a Bologna era di un insieme di persone che si facevano forza a vicenda, forza data dall'“appartenere” ad una stessa categoria, quella di persone transgender, forza che costituiva spesso una corazza contro il sentire le emozioni, specialmente nelle prime fasi del gruppo.

#### 1.1 La costituzione del gruppo

In seguito ai vari incontri svolti con l'équipe multidisciplinare dell'istituzione, ci furono i primi invii al gruppo da parte delle tre psicoterapeute del centro. Ognuna di loro inviò una paziente da lei seguita, le altre due componenti del gruppo erano utenti “storiche” dell'associazione, che avevano partecipato ad un gruppo di auto aiuto condotto anni prima. Le componenti avevano un'età compresa tra i 24 e i 48 anni, avevano tutte un diploma di scuola superiore e due di loro una laurea. Era un gruppo eterogeneo per età delle partecipanti ma omogeneo per condizione esistenziale. Questa omogeneità da una parte ha comportato una facilità iniziale di parola ma contemporaneamente credo una difficoltà data dal rispecchiamento, che spesso impediva l'accesso al dolore. Condussi alcuni primi colloqui conoscitivi con le partecipanti al gruppo; le problematiche portate avevano a che fare con la solitudine che attribuivano alla loro condizione identitaria e alla necessità di potersi confrontare liberamente con persone aventi la loro stessa problematica. Il corpo “diverso” ritornava spesso nelle loro argomentazioni come causa principale della loro sofferenza e di quello che vivevano come una sorta di isolamento.

L'eterogeneità si intravedeva invece nelle loro famiglie d'origine; le più giovani avevano famiglie che appoggiavano la loro condizione e le aiutavano sia economicamente che emotivamente, mentre le più mature avevano famiglie d'origine che accettavano con difficoltà la loro condizione identitaria, pur continuando a sostenerle economicamente.

La presenza di due utenti che avevano già partecipato ad un gruppo, seppure d'autoaiuto, facilitò da una parte la mia conduzione iniziale, in quanto molto spesso erano queste due persone a prendere la parola e in qualche modo “trascinare” le altre, tanto che inizialmente, per i primi mesi, avevo difficoltà a percepirmi come conduttrice. Capitava sovente che mi immergessi in maniera silenziosa nei loro racconti senza riuscire ad avere ben

chiaro dentro di me quale dovesse essere il mio ruolo (partecipante passiva o psicologa conduttrice). L'incombenza dell'istituzione, che raramente era presente anche fisicamente, non mi aiutava in questo.

V., di 48 anni, era la veterana del gruppo. Presente dall'inizio alla fine aveva già partecipato ad un gruppo in precedenza. Veniva da Verona, che definiva una città molto chiusa mentalmente. Viveva con la madre e pur definendosi come transgender non aveva mai iniziato nessun tipo di cura ormonale. Aveva fatto 6 anni di psicoterapia con una delle psicoterapeute del centro, che nominava sovente nelle sedute di gruppo. Riferiva un forte senso di solitudine, come se non avesse mai veramente iniziato a vivere. Era lei che prendeva spesso la parola per iniziare le sedute, ed aiutare le altre nei loro problemi emotivi e identitari. Ai miei occhi sembrava più una persona omosessuale. Parlava spesso del suo rapporto simbiotico con la madre anziana, con cui viveva, che considerava la causa della sua mancata transizione.

F., di 40 anni, frequentò il gruppo per un anno ed anche lei aveva fatto parte del gruppo di auto-aiuto precedente a cui partecipava anche V. Aveva fatto la riattribuzione chirurgica del sesso qualche anno prima ed era l'unica in quel momento ad averlo fatto. Laureata in lingue e letterature straniere, veniva da un paesino del Veneto e portava molto spesso nei suoi discorsi la problematica relativa al lavoro e alla mancanza di un partner stabile. Il suo modo di parlare era piuttosto ricercato ed anche lei come V. sembrava assumere, in quella delicata fase iniziale che era la costituzione del gruppo, una funzione di portavoce delle varie tematiche, una sorta di capo saggio (essendo l'unica ad aver effettuato l'intervento dava spesso consigli alle più giovani su questo argomento). Portava spesso in seduta il suo rapporto travagliato con i genitori da cui, pur vivendo sola, non si era ancora completamente distaccata.

S., di 35 anni, frequentò quasi fino alla fine, interrompendo il suo percorso pochi mesi prima. Era stata inviata da una delle psicoterapeute del centro perché non aveva amici e per il bisogno di potersi confrontare con qualcuno avente il suo stesso problema. All'inizio del percorso grupppale non aveva ancora cominciato a prendere una terapia ormonale, vestiva in maniera maschile pur identificandosi nel genere femminile, e si presentava sempre in jeans e scarpe da tennis. Di origini toscane, portava spesso il problema della solitudine e della mancata comprensione della sua condizione da parte dei genitori, che non approvavano la sua identità. Mi sembrava tra le partecipanti la persona con più problemi, dal punto di vista emotivo e psicologico. Soffriva di balbuzie ma tendeva spesso a saturare lo spazio delle sedute attraverso il lungo racconto delle sue vicissitudini, cosa che mi vedeva spesso costretta ad acting attraverso interruzioni volte a far parlare anche le altre. Laureata in scienze politiche, dopo due anni dall'inizio del gruppo aveva iniziato a frequentare un corso di teatro (fatto per lei e per le altre partecipanti molto importante, visto la sua estrema timidezza).

M.P., di 24 anni, era stata inviata dalla psicoterapeuta che la seguiva al centro per sostanziali problemi di confronto con le sue pari. Cercava uno spazio in cui potersi confrontare con persone aventi le sue stesse problematiche. Anche lei come S., all'avvio del gruppo non aveva ancora iniziato nessun tipo di terapia ormonale. Studiava recitazione a Bologna, dove viveva con alcune coinquiline, e lavorava saltuariamente come baby-sitter per mantenersi agli studi. Di origini pugliesi, la sua famiglia viveva in provincia di Foggia, portava spesso problematiche relative alla sua condizione identitaria. Nonostante la giovane età, mi sembrava capace di ascoltare le altre stando spesso in un silenzio d'ascolto o facendo domande volte a capire meglio il problema della persona che parlava. Già dopo pochi mesi dall'inizio aveva iniziato a venire truccata e vestita con abiti femminili.

M., di 22 anni era la più piccola ed anche lei era stata inviata dalla psicoterapeuta che la seguiva al MIT per una richiesta di confronto con delle sue pari. Di origini calabresi, non aveva iniziato alcun tipo di terapia ormonale. Aveva un diploma preso in un istituto

professionale e si interessava alle discipline orientali (meditazione, yoga). Lavorava saltuariamente come baby-sitter per degli amici e aveva un buon rapporto con la famiglia d'origine. Portava spesso nel gruppo i suoi problemi affettivi con ragazzi che lei diceva non capissero la sua condizione. Come M.P. nel gruppo parlava poco, ascoltava spesso le problematiche delle altre pazienti e interveniva di rado per cercare di capire meglio.

### **1.2 Le difficoltà iniziali**

I primi mesi del gruppo furono vissuti da me come una sorta di esperimento, non avendo mai condotto un gruppo ed avendo da poco iniziato la scuola di specializzazione in psicoterapia; proverò a descrivere le mie difficoltà iniziali. L'istituzione mi aveva chiesto che gli incontri fossero preceduti ogni volta da una telefonata a ciascuna delle partecipanti, per sapere se riuscivano ad esserci oppure no. Inizialmente la partecipazione di tutte era costante. I primi incontri erano vissuti da me con imbarazzo e timidezza, ed in questo mi aiutava molto la presenza di due persone che avevano già partecipato a un gruppo in precedenza e che prendevano spesso la parola per iniziare la seduta, per presentarsi e per chiedere notizie alle altre. L'entusiasmo con cui le partecipanti accolsero l'esperienza credo fosse dettato dal bisogno di potersi confrontare con loro pari. Pertanto nelle prime sedute mi trovavo spesso ad essere più spettatrice passiva che non conduttrice. Per molti mesi sembrerà un gruppo di amiche più che un gruppo di lavoro, probabilmente dovuto anche alla mia difficoltà di mantenere il setting sgombro dalle "presenze istituzionali". Il passaggio da questa fase iniziale al gruppo di lavoro avverrà infatti in maniera molto lenta e graduale. Soprattutto all'inizio, tornava ripetutamente il tema del corpo, a volte descritto come estraneo. Come se, in questa fase, il gruppo stesse cercando di vedersi, di conoscersi come entità ancora in fieri, non costituita. "E' difficile pensare quindi mi affido al corpo", sembra il pensiero che girava tra le partecipanti. Come si sarebbe spostata dunque l'attenzione dalla visione effimera, seppur importante, del corpo al passaggio del "prendere corpo"? Fu molto difficile, in questa fase iniziale, aver chiaro il mio ruolo. Succedeva spesso che il gruppo, dopo aver iniziato a parlare, si rivolgeva a me chiedendo un parere, forse chiedendosi quale fosse il ruolo e "sostando sull'assunto di base" della dipendenza. Facevo fatica a mantenere una visione del gruppo (mi sentivo spesso presa in mezzo). Parlavano spesso di agiti legati al corpo, di cosa fare o non fare con il proprio corpo, come se in questa prima fase la capacità di simbolizzazione fosse scarsa. Concentrarsi sul materiale della seduta e sulle sofferenze non esplicitate fu per me, soprattutto all'inizio, difficile. Il lavoro col supervisore riuscì ad aprire dentro di me innanzitutto la capacità di vedermi come conduttrice e non come partecipante passiva e successivamente mantenere il vertice gruppale, aiutandomi a vedere in ogni seduta il *fatto scelto* (Bion). Il bisogno iniziale di rimanere sul reale era legato alla mia difficoltà di tollerare il dolore nascosto del gruppo. Scrive Bion: "*Una analisi deve essere dolorosa, non perché vi sia per forza qualche valore nel dolore, ma perché non si può ritenere che una analisi nella quale il dolore non venga osservato e discusso, affronti una delle ragioni centrali per la quale il paziente è là*" (Bion 1963 p. 77). La mia incapacità iniziale di accedere al dolore del gruppo farà seguito, grazie al lavoro di supervisione, ad un tentativo di riflessione maggiore del mio ruolo di levatrice dei pensieri (la maieutica socratica) che non sono ancora stati pensati. Mantenere la capacità di pensare di fronte alla nebbia in cui mi infilava ogni volta il gruppo era molto difficile; contenere questa nebbia era quasi impossibile. Mi veniva spesso in mente quello che diceva Bion sul poter mantenere questa capacità da parte di un generale in guerra, anche durante un bombardamento.

### **1.3 Un nuovo inserimento**

A seguito della pausa estiva ci sarà un nuovo ingresso nel gruppo (riporto una breve descrizione).

I., di circa 60 anni, veniva dalla provincia di Verona. Si descriveva come “vedova”, in quanto da uomo era sposato da trent’anni con sua moglie morta due anni prima. Con un figlio di 21 anni aveva iniziato la transizione con molte difficoltà dovute soprattutto al suo ambiente di lavoro; lavorava in fonderia (ci ha lavorato per trent’anni) ed è stata mandata via appena ha esplicitato il suo desiderio di cambiare genere. Aveva attivato una vertenza contro il suo ex datore di lavoro che l’aveva portata ad abbracciare la causa sindacale e a diventare lei stessa una sindacalista. Fortemente impegnata nella politica per i diritti delle persone transgender, aveva attivato una associazione apposita nella città di Verona. Era stata inviata dalla psicoterapeuta che la seguiva al centro perché, per motivi di salute, non aveva potuto iniziare nessun tipo di terapia ormonale o chirurgica, e quindi bisognosa di un confronto con sue pari.

Nel gruppo L. porterà tutto il peso della sua esperienza ma soprattutto l’orgoglio per la sua identità. Si presentava sempre molto curata: truccata e vestita con abiti femminili. Appareva infatti una bella signora di mezz’età, molto saggia e determinata. Veniva da una famiglia molto dura, con il padre e la madre non aveva mai avuto un grande dialogo. Questo era andato peggiorando con la sua transizione, che non verrà accettata dai genitori. Sentivo che poteva essere un membro importante, capace di dar voce ad alcuni vissuti emozionali del gruppo rimasti “sopiti”. Il clima del gruppo infatti, a seguito di questo nuovo ingresso, prenderà vita e si animerà nei discorsi legati alle lotte sindacali e alla conquista di una nuova identità che L. porterà con veemenza.

Sentivo che in questa seconda fase, oltre ai temi (superficiali) legati all’identità, iniziavano ad emergere vissuti emotivi legati alle famiglie d’origine. Iniziava forse a delinearci una cultura di gruppo? Provo a descrivere l’inizio della ventiduesima seduta e le riflessioni che sono venute fuori grazie al lavoro di supervisione:

*L.: Ieri ho avuto uno scontro con mia madre, è inutile, non cambierà mai. Mi critica per come mi vesto; nonostante io abbia quasi 60 anni è ancora lì a criticarmi, non la sopporto più, non ci può essere dialogo.*

*V.: (in tono molto pacato), L., lo sai benissimo che le madri di una volta sono fatte in un certo modo. La mia ancora non sa nulla di me ma tuttora mi dice come devo vestirmi. Non le possiamo cambiare di certo noi, moriranno così. L.: (con un tono molto energico) ah, ma io infatti non la voglio vedere più, sono stanca, voglio proseguire per la mia strada senza voltarmi indietro. Io sono una combattente.*

*S.: forse dovrete provare a parlarci, ma non per farle cambiare idea, quanto per te stessa. Hai lottato tanto, secondo me dovrete provare, indipendentemente da quello che ti dirà.*

*L.: S. cara, io son stanca di parlare con mia madre sulla mia identità. L’ho conquistata lottando, contro tutto e tutti in fonderia. L’unica che mi ha sempre capita ed appoggiata era mia moglie, l’unica che io abbia veramente amato. Lei mi capiva, la mia famiglia non mi ha mai capita.*

*Terapeuta: L’unica modalità attiva che rimane è l’esempio: se credo in qualcosa o penso sia la cosa giusta, la faccio. Non servono proclami né lotte.*

*M.P.: è difficile vedere che, proprio coloro che ti dovrebbero stare più vicino e capire, sono gli stessi che ti voltano le spalle. Tu hai avuto la fortuna di avere tua moglie che ti appoggiava.*

*V.: Sì infatti, tua moglie è stata proprio una persona carina. Però non perdere completamente la speranza, vedrai che con il tempo tua madre capirà. Non fare lo stesso mio errore, che poi alla fine per la paura del giudizio non ho mai detto nulla a mia madre. Tanto L., le madri queste cose le sentono dentro, anche se noi non diciamo niente.*

Sentivo che il gruppo abbracciava metaforicamente l’ultima arrivata attraverso la condivisione. In questa prima parte ero interessata alle dinamiche tra le partecipanti, che

pur conoscendo la nuova entrata da sole tre sedute sembravano capire bene le sue difficoltà.

L'arrivo di L. mi pare avesse attivato un movimento di forze che, seppure momentaneamente, permisero di far emergere emozioni complesse legate alle vicissitudini familiari. Sentivo che il rispecchiamento iniziale poteva portare ad una nuova fase di riflessione e condivisione. Avevo ancora molta difficoltà a reperire il *fatto scelto* anche se, con questa nuova fase, sembrava per me più facile orientarmi nello spazio e nel tempo. Attraverso questo vivace scambio sui genitori, il gruppo si stava interrogando sulle origini, su com'è nato. Credo che le difficoltà condivise abbiano permesso in questa seduta una risonanza emotiva.

#### 1.4 Gli animali feriti

Nella seduta successiva si parlò di animali feriti, di persone ferite e di veterinari-dottori che potevano curare:

M., che era assente nella seduta precedente, iniziò la seduta dicendo d'essere preoccupata per la sua gatta che alle volte stava male, rimaneva ferma e non si muoveva.

M.P.: *Ma l'hai portata dal veterinario?*

M.: *Sì, ieri, in una clinica specialistica. Mi hanno detto che dovrà fare degli esami specifici, gli esami del sangue andavano bene.*

V.: *Poverina, ti capisco. Quando stanno male i miei sto male anch'io. E' una sofferenza per loro e per noi. Ma vedrai che nella clinica dove l'hai portata sapranno curarla bene.*

M.P.: *Sì, anch'io quando ho portato il mio gatto dal veterinario ero molto preoccupata ma poi si è capito che cosa aveva e con le medicine giuste abbiamo risolto tutto.*

Terapeuta: *Penso che sia importante prendersi cura dei propri animali, occuparsene.*

S.: *Sì, perché loro danno tanto e se te ne prendi cura stai bene pure tu.*

Sento che il gruppo, nel parlare dei propri animali sofferenti, sta iniziando a far emergere istintuali parti arcaiche che possono trovare spazio e accoglimento. La condivisione della cura mobilita "la funzione gamma", che a sua volta permette la verbalizzazione condivisa sull'occuparsi dei propri animali; una successiva rêverie di gruppo propone come poterli curare e come poter stare meglio. Giorgio Corrente considera la rêverie di gruppo "come un fattore della funzione gamma, un fattore fondamentale e fondante, nel senso che è la situazione gruppale a promuovere uno stato di rêverie da dove nasce e si sviluppa la stessa funzione gamma" (2004 pag. 4).

Forse M., che era assente nella seduta precedente, ha sentito il bisogno di un gruppo-contenitore che sostiene e resiste all'immobilità presente, un gruppo che ha anche la capacità di muoversi e di mettere in contatto le parti sofferenti. Non si parla solo dei propri animali da curare ma anche della cura parallela che si ottiene prendendosene cura. Mi è sembrato importante sottolineare la funzionalità del discorso seguendo in parallelo il *fil rouge* del gruppo.

Il gruppo prosegue parlando dell'importante presenza della sensibilità nel professionista (veterinario in questo caso) che esercita il suo lavoro, oltre alla capacità medica:

M.: *Per fortuna nella clinica dove sono stata erano molto sensibili, hanno capito che non stavo bene e mi hanno detto di non preoccuparmi, che si sarebbe risolto tutto.*

S.: *Meno male, a volte sono scorbutici e ti trattano come se fossi solo un numero e non una persona.*

V.: *Sì, è importante che ti abbiano tranquillizzata, sono stati carini.*

M.P.: *Facci sapere come sta, tienici informate la prossima volta.*

Il gruppo sembra svolgere la sua funzione gamma assicurando dal senso di impotenza, attivando una funzione che leghi le parti, operando delle trasformazioni psichiche. Alla fine della seduta penso che il gruppo abbia potuto condividere parti primitive e malate, prendendosene, in qualche modo, cura. Si è attivata quella che Claudio Neri chiama "la capacità metabolica del gruppo", intesa come facoltà di 'disintossicare la mente dell'

*individuo da eccessive tensioni che vi si possono essere accumulate e che la occupano'* (Neri, 2004 pag. 138).

La metabolizzazione da parte del gruppo di queste parti sofferenti potrà portare successivamente, come nella *funzione alfa* individuale, alla produzione di pensieri, sogni e miti di gruppo.

Nelle successive sedute mi sembra che circoli più intimità nel gruppo; intimità intesa come condivisione emotiva profonda che va aldilà del puro e semplice rispecchiamento. Prenderà inoltre forma "un rito del gruppo" che avviene dopo ogni incontro: le partecipanti, prima di tornare nelle rispettive case, s'incontreranno dopo la fine di ogni seduta al bar per bere un caffè e salutarsi. Come se il gruppo, dopo la fine di ogni seduta avesse bisogno di un ulteriore spazio prima di potersi separare. Pensando a questo rito "di passaggio" del gruppo mi viene in mente una frase della dottoressa Lucilla Ruberti: "*il rito dunque ha a che vedere con l'addomesticare, creare legami, prepararsi il cuore, e con la pazienza di cui necessita il passare del tempo e l'attendere*" (Ruberti, 2000 pag. 14), come una sorta di transito che mette in relazione il tempo passato con quello futuro. Credo che sia la comparsa del rito che le narrazioni riguardanti gli animali feriti vadano inquadrando un nuovo assetto del gruppo, più emotivo, meno di facciata. In questa fase ho preferito tenere a mente questa forma di rituale del gruppo, pur avendo esplicitato più volte io stessa in seduta che, tra le regole per un buon funzionamento del lavoro, esisteva quella del non vedersi al di fuori delle sedute. Tenerlo dentro di me mi aiutava ad avere una doppia visione nel gruppo, quella dei movimenti emotivi dentro e fuori dalla seduta, e quella più rigida della regola che, esplicitata in questo preciso momento, avrebbe forse creato una sorta di ostacolo al prosieguo del cammino.

## PARTE SECONDA

### La comparsa dei sogni

*"Se una tigre entrasse ora in questa stanza, noi proveremmo paura; ma se sentiamo paura nel sogno, creiamo una tigre."* (Borges J. L., 1976)

Al rientro dalla pausa natalizia il gruppo intraprende una seconda fase in cui iniziano a comparire i mostri interiori attraverso immagini oniriche molto forti. Penso che queste immagini corrispondano alle tappe della costruzione di un apparato per pensare in gruppo.

#### 2.1 Il sogno di S.

La ripresa dopo la pausa natalizia la sento difficile; il gruppo si guarda intorno, come per controllare se tutto è al proprio posto, come lo avevano lasciato. Alla seduta sono presenti S., V., M. ed M.P. e sono assenti L. e F.

V.: *Mi è mancato un po' il gruppo durante le vacanze di Natale. Passare il Natale con mia madre è sempre un pò snervante.*

Dopo alcuni minuti di silenzio, che avverto come carichi di tensione prende la parola S-  
S.: *Il Natale mi mette sempre tanta angoscia, tornare a casa dai miei a Pistoia è stato una palla! Mio padre che continuava a dirmi che non ci facevo niente a Milano senza un lavoro fisso, che le spese erano troppe. Mi ha rinfacciato un sacco di cose e io non vedevo l'ora di andarmene.*

Altri minuti di silenzio, come se il gruppo facesse fatica a carburare, e sintonizzarsi su qualcosa in sottofondo di molto doloroso.

Terapeuta: *Sento che è stato molto difficile per il gruppo oggi tornare dopo le vacanze. Come se avessimo lasciato delle cose in sospeso, difficili da riprendere.*

M.P.: *A me il Natale piace perché rivedo i vecchi amici che stanno in Puglia, ma mi mette anche molta tristezza.*

M.: *Sì, anche per me è lo stesso.*

Sento che il gruppo, attraverso il racconto sui genitori e i vecchi amici sta come interrogandosi di nuovo sulle proprie origini, su cosa avevano lasciato e su cosa stanno ritrovando. Sento molto forte, attraverso il racconto di S., l'angoscia legata alla pausa, alle separazioni, come se il gruppo riprendesse dal passato sedimentato nella stanza (pensieri senza pensatore?), attingesse a una memoria condivisa, e la mettesse alla prova esplorando il dolore connesso agli abbandoni.

S.: *Ho fatto un sogno orribile mentre ero a casa dei miei genitori. Ho sognato che ritornavo a casa mia, ma non era la stessa di sempre, era più buia. Io avevo molta paura nel sogno perché c'era un'atmosfera strana, come se da un momento all'altro potesse sbucare fuori qualche mostro. Sono andata prima in cucina e non ho visto nessuno, poi in sala da pranzo, e lì li ho visti. C'erano i miei genitori che piangevano, ma al posto delle lacrime dagli occhi usciva del sangue... è stato terribile!*

Il silenzio che seguirà a questo racconto del sogno lo sento diverso dai silenzi precedenti. Si guardano tra loro con un po' d'imbarazzo ma anche di inquietudine. Faccio fatica a pensare, sento il sogno come carico di angoscia e non riesco a trovare qualche nesso con i discorsi precedenti, il fatto scelto.

Allo stesso tempo avverto l'importanza della comparsa del sogno nel gruppo, sento che dovrei dire qualcosa ma non mi viene in mente nulla. Il sogno lo sento come qualcosa di orribile, come se si fosse presentificato il mostro che S. aveva paura di incontrare, il mostro del gruppo.

Bion (1965) considera i sogni come il processo attraverso cui ogni frustrazione e tensione viene incorporata e trasformata dal pensiero. Ciò che interessa Bion (1962) è vedere nel sogno l'applicazione del pensiero all'esperienza emotiva, che è in ogni caso messa in moto da una relazione. Che significato aveva questo sogno per il gruppo? Quale era il "mitologema" (Corrao) nascosto? Forse questa emorragia indica la possibile angoscia di frammentazione del gruppo di fronte ad eventi dolorosi come una separazione o un abbandono. Mi viene in mente che se le partecipanti fossero state bambini si sarebbero potuti utilizzare giocattoli "mostruosi" per cercare di mettere in scena ed elaborare l'indicibile. Con gli adulti bisogna riuscire a stare nel gruppo mantenendo la capacità di pensare nonostante i sogni mostruosi, cosa per me in questo momento molto difficile.

V.: *Forse rappresenta la tua situazione attuale con i tuoi genitori, che è diventata intollerabile.*

S. (che appare molto scossa dopo questo racconto): *Forse sì, non mi capiscono. Non capiscono quanto sia importante per me stare a Milano e continuare a scrivere. Pensano che il mio non sia un vero e proprio lavoro perché non ho uno stipendio fisso tutti i mesi.*

V.: *Ti capisco.*

Nella seduta successiva sono presenti tutte e il gruppo stesso, con una vicinanza che sento nuova, s'informerà su S. e sulla sua situazione.

V.: *Beh, sei riuscita a chiarirti con i tuoi genitori?*

L. (che era assente nella seduta precedente): *Perché, cosa ti è successo?*

S. riprende il discorso della seduta precedente facendo un piccolo riassunto: *Ho detto loro che rimarrò a Milano e che, se non sono d'accordo, non m'interessa.*

V.: *Brava, fai bene.*

F.: *Sei stata brava.*

S. sorride compiaciuta di fronte a questi commenti. Sento che il clima della seduta, la volta scorsa pieno d'inquietudine, è diventato amichevole. Penso alle mie difficoltà nella seduta precedente, a poter tollerare l'angoscia, alla mancanza di interventi da parte mia che hanno portato il gruppo almeno temporaneamente fuori dalla possibilità di elaborare un grande dolore. Forse l'amichevolezza di oggi serve ad appianare una situazione che stava diventando troppo esplosiva. Il cambiamento del clima della seduta lo percepisco come una

sorta di acting out, il sopraggiungere di qualcosa destinato ad attenuare un'angoscia troppo violenta. Come posso uscire da questa impasse?

Il gruppo si sofferma ad un certo punto sul nuovo lavoro di baby-sitter di M.

M.: *Sono stati due amici a propormelo, mi hanno chiesto se potevo badare al figlio di due anni due volte alla settimana per qualche ora ed io ho accettato. Loro sono un po' hippie, simpatici e alla mano, ci conosciamo da un paio d'anni, fanno gli artisti.*

M.P.: *Così guadagni qualche soldo. Anche a me piacerebbe fare la baby-sitter*

V.: *Ma com'è il bambino? Tranquillo? Perché a volte sembrano degli indemoniati.*

M.: *Sì, è abbastanza tranquillo. Sorride sempre ed è molto pacioccone.*

Mi passano molti pensieri per la mente e penso anche alla mia mancata funzione di baby-sitter del gruppo "indemoniato".

Terapeuta: *Forse ci vuole molta pazienza con i bambini "indemoniati".*

V.: *Eh, se ce ne vuole. Io non riuscirei, ma ho un'amica che è molto brava e paziente, lo fa da anni e le capita spesso di badare a bambini molto difficili, però ci riesce.. beata lei!*

Mi viene in mente la metafora usata da Antonello Correale per spiegare il buon uso delle parole in psicoterapia associandole alla canna da pesca e all'esca: se si usano determinate parole il discorso prenderà un nuovo filone di associazioni anziché un altro, così come se si usa un determinato tipo di esca si potranno prendere dei pesci oppure no. Definiva la parola come un "innesco", come quella cosa che mette in moto qualche cosa. Credo che nella pratica psicoterapica una certa grazia nell'uso delle parole sia importante e necessaria; usare una metafora in maniera appropriata può consentire, a volte, al gruppo di trovare nuove soluzioni, di far emergere nuovi pensieri. In questa fase sento che stanno attraversando movimenti bruschi che inquietano (la comparsa del sogno) e l'uso adeguato delle parole può permettere di affrontare in maniera consona le "rapide" angosciose, attrezzandosi magari con strumenti che possano consentire al gruppo di affrontare questi passaggi (necessari alla sua crescita). In che modo affrontare esperienze angosciose mantenendo la pazienza? Forse tenendo viva questa nuova fase del gruppo, più a contatto con le emozioni profonde e meno col narcisismo. Bion parlava dell'esistenza di «due tendenze, una ego-centrica e l'altra socio-centrica, che si vedono continuamente informare gruppi di spinte impulsive della personalità. Queste tendenze sono di quantità uguale e di segno opposto. Quindi, se in un dato momento gli impulsi d'amore sono narcisistici, allora gli impulsi di odio sono social-istici, cioè diretti verso il gruppo e viceversa: se l'odio è diretto contro un individuo come parte di una tendenza narcisistica, allora il gruppo viene amato social-isticamente. Vale a dire, se A odia B, come espressione del suo narcisismo, allora amerà la società. "Odio B perché è così dannoso per la società che amo"» (Bion, 1992 p. 133). E ancora: "Supporrò che l'aumento di intensità del narcisismo sia accompagnato da un restringimento o da una concentrazione dell'emozione, fino a quando si può dire che essa sia un'emozione [...]. Similmente, l'intensità del socialismo è accompagnata da un ampliamento dello spettro delle emozioni. Supporrò inoltre che la gamma completa che va dal narcisismo intenso al socialismo intenso sia soggetta a scissione" (Bion, 1965 p. 114). In altre parole l'individuo singolo si trova a dover fare i conti con due poli opposti: da una parte la propria identità individuale separata, da proteggere, con i propri interessi e i propri pensieri, e dall'altra l'appartenenza al proprio gruppo primario con la sua relativa mentalità. Così in questo gruppo l'oscillazione tra i due poli appare continua in questa fase. Penso che nei gruppi terapeutici omogenei con problematiche legate al corpo, come in questo caso, la tendenza a permanere nelle difese narcisistiche sia molto forte. I discorsi sul corpo e le sue possibili trasformazioni, che hanno animato per molto tempo i dialoghi del gruppo nella sua prima fase, ne sono una vivida testimonianza. E' solo in questa successiva fase che hanno iniziato a comparire le emozioni arcaiche, le angosce, e la loro relativa condivisione.

Nelle sedute successive l'atmosfera che circola nel gruppo sembra essere di attesa. C'è la paura ma si avverte anche la curiosità per queste parti profonde e misteriose che si sono

intraviste nel sogno. Iniziano ad apparire immagini di luoghi misteriosi che suscitano curiosità e timore.

S.: *L'altro ieri sono stata in un vecchio cimitero, accompagnavo una mia amica che doveva portare dei fiori a una sua zia sepolta lì. Mi è venuta un po' d'ansia a stare in mezzo a tutte quelle statue, però era anche un posto molto bello, pieno di pace.*

M.: *A me i vecchi cimiteri piacciono tanto, sono un po' misteriosi...*

V.: *Io quando voglio stare in pace e da sola ci vado, mi piace vedere le vecchie foto dei morti, mi sembrano posti pieni di pace.*

M. ridendo: *Potremmo organizzare un tour dei cimiteri storici italiani!*

V.: *Eh, non sarebbe male.*

Mi vengono in mente numerose immagini mentre il gruppo parla di questi luoghi; immagini filmiche di gruppi alla scoperta di qualcosa di misterioso, come nei *Goonies*, dove un gruppetto di 7 adolescenti deve andare alla ricerca di un tesoro sepolto da un pirata e per farlo dovrà recarsi in una casa abbandonata vicino a un cimitero, e scendere nei suoi sotterranei. Forse il tesoro nel gruppo è costituito proprio da queste parti sepolte, da queste emozioni antiche che, se recuperate, possono rivelarsi preziose, come il tesoro del pirata. Il progressivo attivarsi della funzione gamma nel gruppo permette la possibilità di elicitare nuove possibili trasformazioni, e trasformare un'angoscia insopportabile in uno stato d'ansia con cui si può stare. La paura, se condivisa, può essere meno spaventosa. Francesco Corrao aveva inventato un termine per significare la condivisione del dolore, che era «Koinodinia». *“La parola è composta da due lemmi greci, koinósis e odúne. Koinósis significa "comunanza, mescolanza". Più in generale, il termine designa «ciò che è comune, condiviso». Odúne vuole dire «pena», «dolore». In particolare, odúne indica il "dolore mentale". La lingua greca, infatti, contrassegna il dolore somatico con un altro vocabolo: àlgos. «Koinodinia», dunque, è la «condivisione del dolore».* (Neri, 2001 p. 74).

Credo che il gruppo, attraverso l'evocazione di luoghi misteriosi ma anche legati in maniera molto forte al dolore, stia cercando di trovare un modo per poter avvicinarsi al lutto, agli abbandoni. La condivisione scherzosa del “tour dei cimiteri” è anche una nuova modalità di esplorazione da parte del gruppo di luoghi della mente spaventosi e angoscianti. Mi viene in mente l'importante ruolo di Virgilio nella Divina Commedia di Dante Alighieri; nella Commedia Virgilio compare nel Canto I dell'Inferno, quando soccorre Dante dal pericolo delle tre fiere nella selva oscura (rappresentazione poetica della depressione di Dante?) e da lì lo conduce nel viaggio attraverso due dei tre regni dell'Oltretomba (Inferno e Purgatorio). Lo accompagnerà fino al paradiso, dove troverà l'amata Beatrice. Suo compito principale sarà quello di accompagnarlo nei gironi dell'Inferno, evidentemente troppo bui per essere affrontati da soli, e dare un nome alle molteplici cose “orribili” che Dante vedrà nel suo viaggio. Penso che nel lavoro di gruppo questo ruolo venga svolto dal conduttore, quando riesce ad accompagnare o contenere le riflessioni e i pensieri dei suoi partecipanti dando un nome alle cose che vede o semplicemente tenendole dentro come beni preziosi; alle volte dal gruppo stesso quando riesce, come in questo caso, a trovare una possibile via per affrontare il dolore, un possibile luogo misterioso dove poter sostare senza troppa paura, ma facendosi coraggio l'un l'altro. Corrao aveva individuato nel piccolo gruppo a funzione analitica la dimensione spaziotemporale nella quale *“è possibile attivare in modo sempre più completo ed articolato l'esperienza di soffrire il dolore”* (Corrao, 1986 p.126).

Così in questa fase sembra che il gruppo si stia avvicinando a luoghi paurosi in maniera nuova, avendo la capacità di trovare vie nuove da percorrere insieme.

## **2.2 La sessualità e la violenza**

Sento che questo è un momento in cui c'è più ricchezza nel gruppo, compare la sessualità e l'affettività, ci sono più risorse.

M. racconta di un ragazzo conosciuto ad una festa, compaiono le emozioni legate a questo incontro ed il gruppo sembra accoglierle e guardarle con curiosità.

M.: *Vi devo raccontare una cosa che mi è successa. Sabato scorso sono andata ad una festa e ho conosciuto un ragazzo. Siamo rimasti a chiacchierare tutta la sera e poi ci siamo scambiati i numeri di telefono.*

M.P.: *Dai, e com'è questo ragazzo?*

M.: *E' carino, simpatico, è un po' hippie come me.*

M.P.: *Ma vi siete risentiti poi?*

M.: *Sì, mi ha chiamato il giorno dopo e siamo usciti martedì. Mi piace stare con lui mi fa sentire bene. Tremavo un po' al pensiero di rivederlo, avevo paura di non piacergli.*

S.: *Ma sa di te? Te lo dico perché magari non se n'è accorto, e poi se lo viene a sapere si può anche arrabbiare. Ad una mia amica è successo, e il tipo la stava per picchiare.*

Terapeuta: *Però mi sembra una cosa bella quella che ci sta portando oggi M. Conoscere un ragazzo e sentirsi bene con lui è qualcosa di molto bello, no?*

Sembra che il gruppo contemporaneamente all'ascolto delle emozioni portate da M. se ne difenda facendo intravedere immagini di violenza. Ci si difende dall'intimità, si attiva il protomentale con tutte le sue angosce e con le difese primitive della mente del gruppo. Si attiva un movimento –k: conoscere e poter sperimentare l'amore fa paura.

M.: *Non gli ho ancora detto nulla, ho paura che se glielo dico lui possa scappare, come è già successo altre volte.*

V.: *Devi fare quello che ti senti. Magari cerca di incontrarlo in luoghi affollati, così se succede qualcosa puoi chiedere aiuto a qualcuno.*

M.P.: *Vabbè, tanto è ancora presto. Hai tempo per dirglielo. Adesso goditi il momento.*

S.: *Ma con il sesso poi come fai? Glielo dovrai dire per forza ad un certo punto.*

M.: *Sì, ma ancora non è capitato di parlarne. Più avanti si vedrà.*

Il gruppo sembra oscillare tra i due poli opposti di fiducia/sfiducia. La comparsa della sessualità e delle emozioni ad essa correlate fa paura, così come l'avvicinarsi a queste tematiche. Sembra ci sia un passaggio evolutivo del gruppo, dal rispecchiamento alla possibilità di una coppia. Ci sono angosce di cambiamento (la fine della seduta è connotata dal riferimento al film "Boys don't cry", dove la protagonista, che è una ragazza transessuale che si sente un ragazzo, vive una storia d'amore con una ragazza, ma quando gli amici di quest'ultima vengono a sapere dell'identità transgender della prima la violentano e la uccidono). Si cerca di metabolizzare il fatto nuovo.

Nella seduta successiva M. racconta dell'episodio spiacevole di cui è stata oggetto.

M.P.: *Allora, vi siete rivisti con quel ragazzo di cui ci hai parlato?*

M.: *Sì, ci siamo rivisti ad una festa ma è successa una cosa brutta.*

M.P.: *Cosa?*

M. (visibilmente arrabbiata): *Una ragazza che mi conosce e che conosce anche lui ci ha visti insieme e, quando io mi sono allontanata un attimo, è andata a dirgli di me!*

S.: *Ma perché l'ha fatto?*

V. (con molta calma): *Perché era invidiosa. Molte donne non possono accettare che una di noi possa piacere di più di loro e così diventano maligne.*

M.: *Sì, anch'io la penso così. Infatti poi a questa stronza gliene ho dette tante, l'avrei picchiata!*

M.P.: *E il ragazzo come ha reagito?*

M.: *Come al solito, è sparito nel nulla.*

V.: *Mi dispiace molto, ma sono cose che capitano. Fregatene, vuol dire che era un cretino se non si è fatto più sentire.*

M.P.: *Però è molto triste.*

M. (un po' rassegnata): *Sì, è triste.*

Terapeuta: *Credo sia importante oggi poterne parlare qui nel gruppo. Una volta avevo sentito dire che piangere da soli è più brutto che poter piangere insieme a qualcuno.*

Mi è sembrato importante sottolineare, adesso che il gruppo è più in contatto con le sue emozioni, l'importanza della condivisione e della presenza di un luogo in cui poterlo fare. Allo stesso tempo sento il gruppo oscillare tra le "possibilità di coppia" e la paura che tutto questo comporta.

### 2.3 Lutti e abbandoni

Nelle sedute successive ci saranno numerose assenze, come se l'aver toccato il tema dell'affettività e del contatto facesse paura e mettesse in fuga. Per tre volte in tre nel gruppo; come se si sperimentassero le coppie, la tematica uscita fuori porta le partecipanti a presentarsi a due a due. Sento difficile condurre il gruppo in questo modo, si affacciano configurazioni edipiche. Finalmente dopo settimane di assenza torna L., portando vissuti molto forti di abbandono.

L.: *Mia madre è venuta a mancare tre settimane fa, è per questo che non sono potuta venire le volte scorse.*

V.: *Mi dispiace molto.*

Il gruppo sta in silenzio, gli sguardi sono diretti verso terra.

V.: *Non sapevamo nulla, altrimenti ti avremmo chiamata.*

L.: *Vi ringrazio per il pensiero. Stava male già da un po' di tempo. Io non sapevo fino all'ultimo se andare al funerale o meno, poi ho deciso di andare. Mi sono truccata, mi sono messa una gonna lunga e sono andata.*

Terapeuta: *Stiamo sentendo il tuo dolore.*

S.: *Adesso come ti senti?*

L. (con un pò di distacco sarcastico): *Ma io sto abbastanza bene. Sono andata al funerale, mi hanno visto tutti per quella che sono, pure lei credo.*

V.: *Se stava tanto male è meglio così, credimi.*

L'esperienza del dolore può essere condivisa dal gruppo, a volte anche in maniera stemperata da una certa dose di ironia. Mi viene in mente una scena tratta dal film "Fiori d'acciaio", dove un gruppo di donne adulte si ritrova al funerale della figlia di una di loro. Quando l'atmosfera diventa troppo pesante per l'angoscia provata dalla madre, una delle altre fa una battuta improvvisa che la fa ridere e permette al gruppo di esserle vicina lo stesso, in un momento di totale sconforto. Si allontaneranno tutte assieme tra lacrime e risate. L'acciaio del titolo, che indica un materiale forte e resistente ma freddo, si scioglie grazie al calore umano, all'affettività delle amiche. La condivisione del dolore innesca movimenti nel gruppo.

Nella seduta successiva ricompaiono ferite del corpo, incidenti, ospedali, come se la troppa vicinanza alle emozioni fosse avvertita come potenzialmente pericolosa e ci volesse sempre il "defibrillatore in campo". Dirò loro che un bravo medico non deve solo saper operare e curare i propri pazienti, ma deve anche essere capace di ascoltare e di capire come si sente il paziente. Faccio fatica a stare dietro questo movimento oscillatorio del gruppo in cui si intravedono le emozioni, ci si sta un po' e poi si scappa. Sento che dovrei tenere meglio queste emozioni contrastanti del gruppo ma si fa fatica a mantenere il vertice gruppale. A maggio, poco dopo la fine del secondo anno di lavoro, F. comunica che non riuscirà a venire più, esplicitando però l'aiuto che ha sentito da parte di tutti per poter affrontare alcuni suoi problemi. Il gruppo continua il suo rito del "caffè insieme" alla fine della seduta, in questo caso per salutare bene F. Apparentemente non c'è tristezza, la sento come una barriera difensiva che s'innescava di fronte ad eventi imprevisti e forti sollecitazioni emotive. La difficoltà nel separarsi permane impensabile e si manifesta attraverso questa consuetudine oramai consolidata. Nella seduta successiva ci saranno solo due presenti più me, si fa fatica. Ritornano i silenzi prolungati e i discorsi sul corpo, che diventa una specie di torrione invalicabile che impedisce di raggiungere la funzione riflessiva. Se l'ingresso di L. aveva permesso nuovi movimenti nel gruppo, la fuoriuscita di F., apparentemente senza

dolore, fa stagnare le dinamiche, che sembrano essere tornate quelle della prima fase. Sento che dovrei fare qualcosa, ma sono preda anch'io della forza tendente all'immobilità. In supervisione capisco che, a differenza della prima fase in cui l'incertezza e la poca conoscenza poteva rendere alcune interpretazioni troppo precoci e saturanti, adesso è venuto forse il tempo di provare a dare interpretazioni che possano, in qualche modo, sciogliere il dolore sotteso a queste dinamiche.

Mi viene in mente la capacità del conduttore di "fare la spola", (Claudio Neri): *"Via via che gli accadimenti e le fantasie si sviluppano — se l'operatore esclude attivamente l'impiego di nessi causalmente ordinati che concatenano i ricordi dei fatti alle aspettative — il legame, che può unire diversi elementi in una «figura», ed il senso, che la «figura» conferisce all'insieme degli elementi, gli si presenterà come qualcosa che è inerente in prima istanza all'universo delle emozioni e degli affetti e solo successivamente a quello dei significati e dei valori. La «figura» apparirà anzi caratterizzabile soprattutto per una tonalità emotiva o una qualità affettiva che veicola o che attraverso di essa può emergere. Questa seconda rinuncia ha anche un suo corrispettivo costruttivo: «fare la spola» tra quanto viene detto e ciò che pur non venendo espresso fa comunque sentire i suoi effetti sui presenti e sui loro comportamenti verbali e non verbali."* (Neri, 1979 p. 33)

Penso che forse, attraverso l'utilizzo delle metafore, si potrebbe provare a dare un input al gruppo sulle emozioni sottese a questa particolare fase. Sempre Neri scrive: *"...la conoscenza e la trasformazione analitica possono essere attivate solo stabilendo una opportuna relazione ed attivando l'oscillazione regolata tra i «contenitori» e i «contenuti» nel gruppo; più precisamente attraverso il processo del loro velamento/svelamento: Convergono nell'attimo le emozioni più profonde (che non possono essere esposte crudamente, senza protezione); il velo delle parole, della metafora e delle immagini (che devono coprirle nel momento stesso in cui si presentano); e in mezzo la possibilità di una «congiunzione» (che deve avvenire attraverso la comprensione empatica e partecipativa). Essa stessa opera la trasformazione."* (Neri, 1979 p.43). In altre parole attraverso l'uso calibrato delle parole e di metafore adeguate si può svelare la condizione emotiva del gruppo, celata dai racconti e dagli avvenimenti che circolano, ed operare un'adeguata trasformazione, accompagnata dalla "comprensione partecipativa" del terapeuta.

Nelle sedute successive annuncio al gruppo che a settembre entreranno due nuove componenti. La reazione delle partecipanti a questa notizia sembra essere neutrale, l'atmosfera delle sedute prima della pausa estiva sembra di attesa. Nell'ultima seduta prima dello stacco sono presenti tutte: M., M.P., S., V. e L.

V.: *Sono contenta, ci saranno due nuove partecipanti! Così animeranno un po' i nostri dibattiti.*

L.: *Hai iniziato a lavorare all'arena? (intende l'arena di Verona, città da dove provengono entrambe e in cui V. d'estate fa la maschera).*

V.: *Sì, è sempre bello ma anche faticoso. In più ci sono i ragazzi nuovi "da addestrare", mi sembra di essere la loro mamma, potrei ben esserlo per l'età.*

L.: *Anch'io sono molto impegnata coi sindacati. Se non mi riconoscono gli anni di contributi del lavoro in fonderia non so come fare.*

V.: *Ma tu sei bella battagliaiera, vedrai che ci riesci!*

S. (diretta ad M. e M.P.): *E voi cosa farete quest'estate?*

M.P.: *Io ho fatto un provino per "La lupa". Lavia mi ha visto in teatro e mi hanno chiamata, speriamo bene!*

Seguono incitazioni positive e sorrisi verso M.P. Il clima che avverto è da ultimo giorno di scuola. Da una parte sento di condividere questa gioia del gruppo, dall'altra l'avverto come una possibile difesa maniacale dalla separazione. Tengo per me questi pensieri, è difficile mantenere la capacità di riflettere, mi sento presa da questo turbinio di emozioni.

M.: *Io non so ancora cosa farò, ho portato alcuni curriculum per fare la cameriera speriamo che mi chiamino.*

S. (rivolta verso di me): *Quindi il gruppo ci sarà a settembre?*

Terapeuta: *Sì, riprenderemo a metà settembre, vi avvertirò come al solito una settimana prima per telefono.*

V.: *Per me è importante che ci sia, è la mia valvola di sfogo.*

Il gruppo si saluterà e, tranne L. che andrà a prendere il treno, vedo le altre incamminarsi insieme verso il bar dove vanno sempre a fine seduta. Mi chiedo se la valvola di sfogo di cui parla V. non sia come la valvola della pentola a pressione, che bisogna aprire un pochino per fare fuoriuscire l'aria. L'ultima seduta può servire come valvola necessaria a fare uscire un po' di pressione dal gruppo. Gli ultimi avvenimenti luttuosi sono stati carichi di tensione, una tensione che circolava non esplicitata ma che si è manifestata attraverso le assenze e i discorsi su feriti e incidenti. La mia mancanza, sottolineata dal supervisore, nel tirare fuori queste emozioni sottese non ha contribuito ad un cambio di prospettiva e di clima gruppale, che è divenuto simile a quello della prima fase. Credo che in queste ultime sedute elementi dissociati, non elaborati e non mentalizzati dal gruppo vagassero alla deriva nel campo. La comunicazione da parte di F. di lasciarci ha generato un vuoto mentale carico di angoscia, che il gruppo nega attraverso un apparente benessere riproposto prima della pausa estiva. Sento che è ancora difficile per il gruppo avvicinare queste emozioni complesse, che vengono espulse nel corpo e nei suoi agiti relativi, ma che bisogna in qualche modo superare questa condizione di stallo rendendo a poco a poco visibili le emozioni sottese che circolano per poter avvicinare il dolore.

## **Conclusioni**

La possibilità di essere gruppo significa avere il coraggio di accogliere pensieri mai pensati per poter fare crescere la capacità mentale di pensare e poter vivere e condividere gli avvenimenti che accadono. In un gruppo come questo, dove a volte il corpo diventa un bastione invalicabile in cui le parti più primordiali si possono incistare bisogna operare con molta calma tenendo bene a mente la fragilità delle partecipanti: credo sia indispensabile. L'aver ristabilito ponti e attivato la funzione gamma credo sia una delle funzioni fondamentali del gruppo terapeutico a funzionamento analitico. Le turbolenze e le regressioni che hanno abitato varie fasi del gruppo sono state espressioni della paura legata ad un possibile cambiamento, alla crescita psichica. Così pure l'aver condiviso il compito di accompagnare alcune sue partecipanti in una importante fase della vita è stata una importante indicazione del funzionamento del gruppo di lavoro. Dall'inizio alla fine il tema dell'identità è stato attraversato; prima attraverso la ricerca di un rispecchiamento nell'altro e di una pelle esterna (i vari discorsi di superficie) che potesse fungere da barriera e protezione allo stesso tempo; poi riuscendo ad andare più a fondo attraverso la condivisione delle emozioni e attivando la capacità di sognare. Sono stata attraversata da numerose emozioni durante questa esperienza. Alla fine ho avuto la sensazione che il percorso di alcune dovesse proseguire, come un percorso potenziale che deve ancora terminare. L'ultimo periodo è stato per me molto difficile. Tenere a mente il gruppo nonostante le numerose assenze è qualcosa su cui mi sono interrogata molto; non a caso era formato da persone "in transit", come se si fosse lasciato uno spazio potenziale da cui potersi assentare e in cui poter tornare quando se ne sentiva il bisogno, nei momenti più difficili. E' stato molto complicato tenere a mente un gruppo "in transit" e adattarsi ai suoi movimenti turbolenti e scostanti. Come terapeuta ho sentito spesso la rabbia per non riuscire a condurre il gruppo così come l'avevo nella mia mente, un po' idealizzato, ma anche la speranza d'aver attivato degli spazi nuovi di pensiero su aspetti di sé che non erano ancora stati visti e su emozioni angoscianti che si sono potute finalmente condividere. Spero che l'esperienza fatta possa consentire un giorno ad ognuna delle partecipanti di poter accedere al proprio gruppo interno nei momenti di difficoltà, quando si sentiranno sole o perdute, che abbia fatto germogliare dentro di loro un piccolo semino contenente fiducia in grado di nutrirle nei periodi di carestia. Credo che, venendo da una

piccola isoletta che sta su un'altra isola (*Isole Arcipelago - Dal Gruppo all'individuo - Dall'individuo al Gruppo*, mitico convegno dell'IIPG, Taormina, 5 /7 Luglio 1996), uno dei compiti del gruppo sia quello di accompagnare qualcuno nella propria isola natia dopo aver fatto il tragitto insieme ed aver attraversato tanti luoghi e vissuto tante avventure, a volte terribili, a volte meravigliose cogliendo i petali di un'esperienza unica e irreversibile per ognuno di noi: LA VITA.

### **Bibliografia**

- Bion W.R.(1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando, Roma 1972.
- Bion W.R.(1963), *Elementi della psicoanalisi*. Armando, Roma 1973.
- Bion W.R. (1965), *Trasformazioni*. Armando. Roma, 1973.
- Bion W. R. (1992), *Cogitations*. Armando, Roma, 1996.
- Borges J.L. (1976), *Libro di sogni*. Mondadori, Milano 1989.
- Corrao F. (1986), Il concetto di campo come modello teorico, in *Orme*, vol. II. Cortina, Milano (1998).
- Corrente G. (2002), Ensoñacion e Funzione Gamma del Gruppo nella costruzione di Sogni e Miti, in *Mito Sogno Gruppo 2*, a cura di F.N.Vasta e W.Iacobelli. *Funzione Gamma*, 10, [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it).
- Kaës R., Pinel P., Kernberg O., Correale A., Diet E., Duez B., a cura di (1998), *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma.
- Neri, C. (1979), Rappresentazione, costruzione, interpretazione nel gruppo. In *Gruppo e Funzione Analitica*, I, 1, 1979, pp.31-51.
- Neri C. (2001), La spontaneità nel dialogo analitico. In Di Chiara, G., Gaburri, E. et al., a cura di, 2001. *La psicoanalisi in Italia*. Francesco Corrao. *Quaderni del Centro Milanese di Psicoanalisi "Cesare Musatti"*, 5. Milano.
- Neri C. (2004), *Gruppo*. Borla, Roma.
- Ruberti L. (2000), Rito e fraintendimenti: il senso trasformativo del quotidiano. In *Koinos. Gruppo e funzione analitica*, XXI, n.1.
- Sarasini B. (2003), intervista a Saramago, Il porto ritrovato. *IL SECOLO XIX* – 25/02/2003.
- Psychiatry on line Italia videochannel (Youtube, 9 nov. 2017), Maestri, Antonello Correale, *Parole che curano* (File video), Tratto da <https://youtu.be/3mj7uEjIdb8>.

**Andrea Argiolas**, psicologa e psicoterapeuta formatasi presso l'Istituto Italiano di psicoanalisi di gruppo (IIPG) di Roma, si occupa da più di 15 anni di seguire il percorso psicologico delle persone con disforia di genere e sindromi cromosomiche rare. Ha contribuito alla nascita, nel giugno 2010, del primo sportello psicologico per persone con disforia di genere in Sardegna, presso il policlinico universitario di Monserrato.

**Email:**[andreaargiolas@gmail.com](mailto:andreaargiolas@gmail.com)

## **Utilizzo del metodo Balint per il sostegno alla genitorialità nell'approccio integrato ai DCA e altre patologie mentali in adolescenza e tarda adolescenza** *Federica Menaldo, Beatrice Dusi*

### **Abstract**

Questo articolo illustra la ricerca svolta per valutare l'efficacia di gruppi di supporto per genitori di figli con disturbi del comportamento alimentare ed altre patologie mentali in adolescenza e tarda adolescenza. La ricerca è stata possibile grazie alla disponibilità a parteciparvi da parte dei genitori che avevano frequentato i gruppi condotti dalla dott.ssa Federica Menaldo, responsabile dell'area genitori presso il Centro di Psicoterapia Fida-Corpo Specchio di Verona. Il materiale prodotto è diventato oggetto della tesi di abilitazione in Psicologia presso l'Università di Padova della dott.ssa Beatrice Dusi che ha somministrato ed elaborato i test e le interviste ai genitori. Vista la necessità di un approccio integrato nella cura dei DCA e di altre patologie mentali che comprenda sia la cura dei figli sia un supporto genitoriale, come espresso nelle linee guida per la cura di tali disturbi, abbiamo utilizzato un nuovo intervento sperimentale basato sul modello dei gruppi Balint.

**Parole chiave:** ricerca, genitori, adolescenti, disturbi alimentari, gruppo balint

### **Abstract**

This article presents the research conducted to assess the effectiveness of support groups for parents of adolescents and late adolescents with eating disorders and other mental health conditions. The research was made possible by the willingness of parents who had attended the groups led by Dr. Federica Menaldo, the head of the parents' department at the Fida-Corpo Specchio Psychotherapy Center in Verona. The material produced became the subject of the habilitation thesis in Psychology at the University of Padua by Dr. Beatrice Dusi, who administered and analyzed the tests and interviews with the parents.

Given the need for an integrated approach to the treatment of eating disorders and other mental health conditions that encompasses both the care of the children and parental support, as outlined in the treatment guidelines for such disorders, we employed a novel experimental intervention.

**Key words:** research, parents, adolescents, eating disorders, balint group

### **Metodo utilizzato nella conduzione dei gruppi**

La genitorialità diventa un compito altamente stressante nel momento in cui insorgono e permangono disturbi del comportamento alimentare o di altro tipo nei figli. Per aiutare i genitori dei ragazzi in terapia a ridurre le emozioni negative che ostacolavano la relazione con i figli, è stata quindi proposta la partecipazione ai gruppi di supporto, condotti attraverso un uso sperimentale di adattamento della metodologia Balint, di origine psicoanalitica.

Il metodo utilizzato è stato ampiamente riconosciuto ed utilizzato in ambito sanitario al fine di offrire una formazione psicologica agli operatori e nello specifico prevenirne il burn-out supportandoli nella relazione medico-paziente e in generale curante-paziente. Si è constatato che i gruppi Balint accrescono le capacità di coping nei partecipanti, favoriscono una mentalità psicologicamente orientata ovvero un ascolto attivo ed empatico, ponendo al centro la relazione curante-paziente. Il gruppo Balint era già stato precedentemente esteso,

prima a diversi operatori socio-sanitari e in seguito anche ad educatori, tutti caratterizzati dal fatto di essere immersi in situazioni dense di disagio emotivo, caratterizzate da incomprensioni tra operatori e assistiti. Nel lavoro del medico, si può verificare infatti molto spesso una mancanza di empatia nella relazione con il paziente, che ostacola la reale comprensione della richiesta di aiuto, a causa di un forte coinvolgimento e della paura di fallire. Allo stesso modo i genitori, che si trovano a dover affrontare la malattia del figlio, si sentono spaventati, l'ansia raggiunge livelli elevati ed attribuiscono alla malattia significati non corrispondenti alla situazione reale del figlio. Per i genitori, la malattia (del figlio) che si trovano a dovere fronteggiare, rappresenta un pensiero tormentoso talmente invadente da ostacolare negativamente la comunicazione con il figlio. Viste le numerose associazioni e parallelismi riscontrati nella relazione tra medico-paziente e genitore-figlio, si è provato ad estendere la metodologia derivata dal Balint appunto anche a gruppi di supporto per genitori, pur nella consapevolezza delle differenze tra i due tipi di rapporto. L'obiettivo del gruppo è proprio quello di migliorare la comunicazione tra le parti in gioco, affinando le capacità di ascolto attivo ed empatico, con l'utilizzo delle emozioni suscitate, e addestrando i partecipanti ad identificarsi nei casi discussi attraverso a una specifica metodologia: un genitore espone un caso, descrive cioè una "vignetta" ovvero un episodio avvenuto in famiglia, riproducendo la comunicazione che si è svolta con il figlio. Dopo un attento ascolto, il presentatore del caso si pone a sua volta in ascolto silenzioso, senza più prender parte al lavoro del gruppo, mentre i partecipanti iniziano a commentare il fatto presentato, partendo dalle sensazioni che il racconto ha suscitato; quindi segue un arricchimento progressivo della discussione con i vari contributi dei partecipanti e con l'orientamento, da parte di chi conduce il gruppo, a far sì che la discussione mantenga il focus sulla relazione tra il genitore-genitori e il figlio. Con particolare attenzione al tipo di comunicazione che ha caratterizzato lo scambio. Attraverso l'identificazione e il distanziamento, i partecipanti riescono ad attivare nuove riflessioni, che contribuiscono man mano a una migliore comprensione del disagio sofferto dal figlio, ma anche ad una comprensione più corretta delle risposte date dai genitori, che spesso non leggono nel malessere dei figli la vera richiesta, imprigionati come sono nelle angosce e nell'impotenza. Il lavoro corale del gruppo, con i diversi punti vista sottesi da diverse forme di sensibilità, abitua nel tempo i genitori ad integrare nuove letture delle situazioni, ad abbandonare vecchie rigidità e a modificare possibilmente i propri comportamenti disfunzionali all'interno della relazione. Nel corso della discussione il conduttore del gruppo aiuta i partecipanti sollecitandoli a mettersi a turno nei panni del genitore che si descrive e in quelli del figlio che egli vorrebbe aiutare: i commenti e le interpretazioni del caso aiutano così a diventare più consapevoli del proprio modo di sentire e pensare, grazie a un ascolto attento ed empatico dell'altro. Concretamente, si lavora sul e per capire "chi chiede" e "cosa chiede" realmente nella vicenda presentata, compito estremamente complesso dal momento che entrano in gioco emozioni spesso anche inconsapevoli, che ostacolano l'ascolto attivo, soprattutto all'interno di una relazione estremamente significativa e intima come quella tra genitore e figlio. In un setting protetto come quello del gruppo, è possibile esplorare le proprie emozioni cosce o meno, così da poter comprendere alcuni comportamenti dei propri figli che inizialmente appaiono inspiegabili. La presenza, la regolarità e la ciclicità degli incontri e la costante condivisione, permettono ai partecipanti una raffigurazione mentale e l'interiorizzazione dell'entità- Gruppo come contenitore rassicurante che consente di affrontare le emozioni, senza necessità di negarle o paura di esserne travolti. La necessità di strutturare nuovi percorsi di aiuto per i genitori parte dalla consapevolezza da un lato, della crescente richiesta di aiuto, e dall'altro, della necessità di includere la famiglia nei processi di cura delle malattie psichiche, soprattutto del periodo adolescenziale, come indicato dalle linee guida del ministero della salute. Lo scopo sostanziale del gruppo è quello di migliorare la relazione tra genitori e figli promuovendo una comunicazione più corretta, di proteggere il benessere familiare e addestrare al lavoro di gruppo che,

all'interno della famiglia, si tramuta nella capacità di cooperare positivamente tra i vari membri di cui è composta. Il percorso ispirandosi alla metodologia Balint si struttura in piccoli gruppi composti da sette a dodici partecipanti, che si incontrano una volta a settimana per un'ora e mezza.

## **Obiettivi della ricerca**

Vista la scarsa letteratura rispetto al lavoro clinico svolto con le famiglie di ragazzi con disturbi del comportamento alimentare e altre patologie in adolescenza in particolare attraverso l'approccio psicoanalitico, l'obiettivo della presente ricerca è quello di sondare l'efficacia del metodo dei Gruppi Balint adattati a genitori o famigliari.

## **PARTECIPANTI**

Alla nostra ricerca hanno partecipato 17 genitori, tra cui 8 uomini e 9 donne. Alcuni genitori hanno partecipato in coppia, altri da soli.

## **STRUMENTI E PROCEDURE**

Per la valutazione, è stata fatta una raccolta anamnestica, sono stati somministrati un questionario *self report* PERS e un'intervista semi-strutturata *Mental Health Recovery Star*. Il PERS è un questionario self report che valuta la regolazione emotiva genitoriale ovvero la capacità del genitore di sapere cosa prova e come lo esprime all'interno della relazione con il figlio. La MENTAL HEALTH RECOVERY STAR è un'intervista semi strutturata, quindi con domande già pre-impostate, ma che lasciano spazio e apertura nella risposta per il candidato, e valuta la qualità della vita del soggetto partendo dalle relazioni, le competenze e i valori della persona. Analizza la qualità della vita del soggetto, con particolare attenzione alla fase di cambiamento nelle diverse aree.

## **I RISULTATI**

I risultati dei test e delle interviste mostrano un miglioramento della relazione genitore-figlio, grazie all'acquisizione di strumenti mentali, quali l'ascolto empatico e una maggiore consapevolezza di sé, della malattia del figlio e delle relazioni familiari. Dalla maggior parte dei partecipanti viene inoltre messa in evidenza l'importanza che ha avuto il gruppo nella riduzione del senso di solitudine, dei sensi di colpa e di inadeguatezza come genitore. La nostra ricerca presenta dei limiti dovuti all'assenza di dati pre-test, (il gruppo in fondo era già formato e operativo da un po' di tempo, in seguito a richieste di aiuto che erano state accolte, sempre all'interno del percorso globale presso il centro, di recupero dei gravi disagi dei figli/familiari). Ci proponiamo naturalmente di effettuare una raccolta di dati pre-test nel momento in cui verranno attivati nuovi gruppi per genitori così da poter misurare i risultati all'inizio ed alla fine dell'esperienza.

## **CONCLUSIONI**

Le risposte ai questionari somministrati e alle interviste suggeriscono alcune conclusioni:

1. alcune sono relative alle dinamiche genitori-figli e alle difficoltà presenti nelle famiglie;
2. altre riguardano il funzionamento del gruppo sperimentale Balint di aiuto ai genitori e l'efficacia di questo metodo di supporto.

## **Famiglie**

Nella cura di pazienti adolescenti o giovani adulti, con gravi patologie alimentari, borderline o psicotiche è non solo utile, ma necessario riuscire a coinvolgere i genitori nei

trattamenti per una maggiore possibilità di esito positivo delle cure ed evitare il più possibile il rischio di cronicizzazione: il coinvolgimento dei familiari costituisce infatti un rinforzo importante dell'impegno terapeutico, in quanto prolunga il tempo e la qualità dell'attenzione di cura, estendendola anche alla quotidianità della vita familiare. Si assiste però spesso a una scarsa motivazione iniziale da parte dei genitori, in quanto non si sentono parte del problema, ma riconoscono solo nel figlio la malattia; questi atteggiamenti, come testimoniano le interviste, vanno considerati e affrontati perché rendono difficile l'alleanza terapeutica, necessaria per i trattamenti e una volta iniziati a non interromperli. Pertanto il compito iniziale del conduttore del gruppo è quello di riuscire a motivare i partecipanti, aiutandoli a comprendere che il loro impegno è fondamentale perché li rende parte attiva nel processo di cura dei figli.

\*\*\*\* \*  
\*\*\*\* \*  
\*\*\*\* \*

I genitori nel gruppo venivano invitati a non sprecare energie nel colpevolizzarsi e deprimersi, a diventare consapevoli che attraverso la malattia si evidenzia la difficoltà dei figli a vivere, a causa di una immaturità più o meno grave della personalità che l'esordio della malattia porta in evidenza. Sono ragazze/i che non riescono a vivere pienamente la loro età e questo genera in loro la disperazione in cui sono coinvolte le famiglie. Pertanto, come sottolineano nelle interviste i genitori divenuti più consapevoli, questi figli non riuscivano ad esprimere e far valere i loro autentici bisogni, a farli capire anche in casa e ad affrontare i conflitti fisiologici che in adolescenza possono insorgere in famiglia di fronte alla loro esigenza di crescita. Oltre alla motivazione, il gruppo ha anche un valore formativo perché i genitori possono comprendere meglio con l'aiuto degli altri partecipanti cosa si nasconde dietro ai comportamenti malati dei figli, e imparare a dare spazio ai bisogni autentici che questi manifestano ancora con drammatiche difficoltà, sentendosi inadeguati o impotenti. I figli si riducevano a sottacere bisogni e volontà, si conformavano ai genitori o agli altri familiari o a figure adulte esterne come gli insegnanti a scuola. Arrivavano al punto di soffocare se stessi, rinunciando alla propria identità, difficoltà che si svelava ad esempio nel momento in cui veniva richiesto loro di essere autonomi ad esempio durante gite, viaggi studio, ecc. In queste situazioni vivevano un senso di vuoto e panico, si scoprivano cioè bloccati o poco attrezzati quando si preparavano all'uscita dalla famiglia. L'esordio della malattia segnalava pertanto la pseudo/normalità dei ragazzi e una specifica difficoltà a muoversi autonomamente nelle tappe adolescenziali di crescita. In questi casi, non solo i desideri, ma anche le normali manifestazioni reattive o di aggressività necessarie alla separazione e alla progressiva costruzione di un po' di autonomia, venivano soffocati per i sensi di colpa: quella di far soffrire i propri genitori se ci si concedeva di crescere e ci si affermava in modo diverso da quanto questi si aspettavano. Tutto questo è stato ben espresso dai genitori nelle interviste. Questo tipo di meccanismo, sostenuto generalmente dal senso di colpa, è riscontrato spesso nei comportamenti sottesi ai disturbi alimentari di ragazze/ragazzi molto bravi o perfetti che non possono deludere i genitori e non danno problemi finché non irrompe la malattia. Questi ragazzi, quando affrontano i coetanei a loro volta non reggono frustrazioni e delusioni, frutto spesso di precedenti eccessive idealizzazioni; si sentono falliti e si deprimono ritirandosi dalle attività che svolgono e dalle persone che frequentano, e talora anche dalla scuola. Su questi atteggiamenti di perfezionismo costruiscono una maschera difensiva per rendersi accettabili agli altri, una facciata di normalità soffocante che copre la loro natura autentica e che diventa la gabbia da cui cercano di uscire con l'irrompere della malattia. In varie interviste dei genitori questi tratti di eccessive rigide idealizzazioni emergono come tratti familiari interiorizzati. Tali atteggiamenti valoriali sono molto presenti ed esasperati nella nostra società dell'immagine e del successo e nelle ragazze e nei ragazzi con disturbi alimentari, appaiono eccessivi e poco realistici. Alcuni di questi

genitori, come dichiarano nelle interviste, hanno un grosso senso del dovere, sono molto impegnati, bravi e perfezionisti e trasmettono alle figlie e ai figli questi atteggiamenti e valori che si esasperano in alcuni figli in adolescenza. Le aspettative perfezioniste delle figlie/i, che compensano la depressione sottostante, sembrano dunque presenti anche in alcuni genitori e famiglie.

## **Il gruppo**

Nelle risposte alla nostra inchiesta i genitori si sono espressi ampiamente con apprezzamento e soddisfazione (come si può evidenziare dalle loro risposte) verso la funzione di supporto e di arricchimento ricevuta dal gruppo, avendo trovato in particolare negli altri partecipanti l'aiuto a sostenere la fatica di essere genitori con figli in gravi difficoltà.

Hanno condiviso nel gruppo le fatiche quotidiane della crescita dei figli, fatiche che andavano ad acuirsi caricandosi anche del dolore nel vederli così sofferenti, impauriti e impotenti davanti all'imprevedibilità della malattia. Le interviste testimoniano come, aiutati dal gruppo, i genitori hanno saputo sostenere i figli nel non interrompere le loro terapie (si parla di "sindrome della porta rotante" nei disturbi alimentari riferita alla tendenza ripetuta a interrompere una terapia e cominciarne un'altra e questo fenomeno è frequente in genere nei disturbi mentali gravi che richiedono trattamenti prolungati per riequilibrare la personalità). Inoltre, il gruppo aiutava anche i genitori stessi a sostenersi reciprocamente per continuare a credere di poter cambiare la situazione quando nel percorso perdevano fiducia di fronte alle ricadute o a momenti di regressione dei figli. Il gruppo in questo senso mostrava di esser riuscito a far squadra puntando all'obiettivo di lavoro che si era prefissato, ovvero quello di supportare le terapie dei figli. Nel gruppo si cercava di portare i genitori a non deprimersi, ma ad usare le energie per riuscire meglio ad ascoltare i bisogni dei figli e a cercar di risolvere i problemi che la relazione con loro poneva quotidianamente. Si trattava anche di portare i genitori ad avere aspettative realistiche, a non aspettarsi risultati facili e immediati, diventando consapevoli della necessità del loro impegno e della loro partecipazione in quanto la patologia coinvolge tutta la famiglia, non solo il singolo. Come affermano alcuni genitori nelle loro interviste, la fiducia nel percorso di cura risulta essere una preconditione necessaria per compierlo. Nel gruppo si lavorava per far capire che le persone e le relazioni sono complesse, composte di elementi ben visibili e consapevoli ed altri invisibili e inconsapevoli, spesso anche legati ad aspetti trans-generazionali. E' proprio la poliedricità delle espressioni di gruppo che facilita l'emersione di questi elementi non-visibili, 'rivelati' magari dall'intervento di qualche altro partecipante: elementi che invece non può cogliere da-sè e in-sè il presentatore del caso.

Il metodo di allenamento dei genitori (di origine Balint e quindi derivante dalla psicoanalisi) prende in considerazione e si prefigge di allenare a osservare in particolare gli aspetti emotivi, componenti importanti e nascoste delle relazioni e possibilmente di imparare ad usarle. Consiste nell'estrapolare quindi le emozioni e i loro vissuti dai racconti di vita quotidiana cercando inoltre di differenziare le richieste e i bisogni: sono dei figli o dei genitori? Lavorando insieme si passa gradualmente dal mondo dei pensieri a quello delle emozioni e dei sentimenti che, se trascurati o non adeguatamente integrati, tornano come fantasmi divisivi e distruttivi attraverso la malattia. Si prende contatto con le proprie fragilità, proiettate sui figli, i quali le impersonificano attraverso la malattia: solo se si prende coscienza di esse, sono meno d'ostacolo per sé e nella relazione coi figli. Alcuni genitori preferiscono un lavoro individuale o di coppia, ma le funzioni che svolge il gruppo sono multiple e più efficaci in quanto si fa esperienza di alcune dinamiche, parallele a quelle che si vivono in famiglia tra genitori e figli. Nel gruppo è possibile innanzitutto

viverle e poi osservarle e discuterne, prendendo molti punti di vista diversi. Nelle risposte dei genitori, è possibile notare come i cambiamenti ottenuti e la incidenza sui risultati raggiunti siano direttamente proporzionali alla durata della partecipazione e alla frequenza al gruppo. Essi testimoniano come una partecipazione al gruppo di minor durata, fornisce informazioni sui sintomi ed il significato della malattia, ma incide meno profondamente sulle relazioni interpersonali familiari e sulla consapevolezza di queste: tale percorso appare parallelo a quello della terapia dei figli, i quali hanno bisogno di un lungo percorso per poter trasformare oltre al sintomo, anche la componente di personalità che conduce a quel sintomo. Chi ha partecipato per lungo tempo ha ottenuto cambiamenti più profondi in se stesso, nella relazione coi figli e anche nella coppia; alcuni genitori infatti affermano nelle interviste di essersi ritrovati come coppia condividendo questo percorso di cura, dato che la malattia inizialmente li aveva portati ad allontanarsi.

Il gruppo rappresenta una prima apertura per queste famiglie, le quali a volte appaiono chiuse alle relazioni extra familiari. Tale chiusura può caratterizzare certi assetti familiari, ma in generale tende ad aumentare a seguito della malattia del figlio. I trattamenti separati e paralleli di genitori e figli, offrendo anche ai genitori l'opportunità di collaborare alla cura lavorando in un gruppo parallelo, offre contemporaneamente le condizioni per una concreta apertura delle famiglie e dei loro legami, con una caduta dei muri difensivi verso l'esterno e l'introduzione di nuovi legami. Attraverso le vignette portate a turno dai genitori e osservando quanto accade nella quotidianità, si focalizzano i conflitti che si producono tra genitori e figli, mentre si sperimentano nel gruppo i conflitti latenti o espliciti tra i partecipanti e con il conduttore. Nel gruppo si impara ad osservarsi nella relazione, ad aspettare il proprio turno, a stare in silenzio e ascoltare, a lasciar parlare, a lasciare spazio all'altro, a chiederlo se necessario, ad ascoltare i bisogni reciproci, a tollerare i conflitti e ad esprimerli dando una misura all'aggressività e superandone la paura, che spesso si cela dietro l'impossibilità di esprimere la rabbia all'interno di queste famiglie. Rabbia che è "necessaria" alla separazione: lo scontro o meglio il confronto sono conseguenza di idee diverse che danno la possibilità al ragazzo di esprimersi liberamente e, constatando che nulla viene distrutto, di cercare più coraggiosamente di diventare sé stesso, cercare una identità differente dai propri genitori e capace di maggiore autonomia. Nei casi più gravi si tratta di aiutare i ragazzi e i loro familiari a superare una visione persecutoria inconsapevole (basata su esperienze traumatiche reali o fantasmi trasmessi anche per via transgenerazionale) che impedisce di far emergere apertamente i conflitti in famiglia e superarli tutti insieme. In questi casi la relazione familiare viene sentita pericolosa perché inconsapevolmente si connota come esercizio di potere più o meno violento dell'uno sull'altro per controllarsi completamente e reciprocamente. Esprimere la rabbia per difendere il proprio spazio e la propria volontà, per essere rispettati diventa difficile o impossibile perché difendersi assume sempre il significato di prevaricare, umiliare o schiacciarsi l'uno l'altro. I figli incapaci di difendersi o subiscono lasciandosi invadere fino all'annichilimento di sé o reagiscono facendo violenza a se stessi o ai familiari. Se i figli vivono in questo modo la relazione familiare in seguito ad una situazione reale o soggettivamente vissuta restano bloccati dai sensi di colpa e dalle paure, spaventati dalle possibili reazioni proprie e dei genitori; restano dipendenti e simbiotici isolandosi gradualmente dall'esterno e spesso anche in famiglia, senza maturare attraverso un conflitto aperto e franco quella sicurezza e autostima necessaria per individuarsi e assumere le responsabilità del proprio agire. Essi inoltre vivono queste limitazioni proprie e dei genitori con grande svalutazione ed esprimono attraverso i sintomi la delusione e la rabbia riguardo al loro stato e al non sentirsi aiutati dai genitori a correggere la loro situazione. Nel gruppo i genitori provano ad affrontare i conflitti che sorgono tra le persone dentro e fuori la famiglia superando la paura e il senso di colpa che porta tutti i familiari a coprirla o addirittura negarli; e solo l'esplosione della patologia li scopre e costringe ad affrontarli.

Frequentando il gruppo e diventando più consapevoli i genitori sperimentano relazioni più mature che permettono di far funzionare il gruppo e che possono essere trasferite all'interno della famiglia: è possibile mostrarsi deboli, fragili ed è anche concesso di sbagliare, ma allo stesso tempo è possibile chiedere aiuto e farsi aiutare. Tutto ciò contribuisce a ridimensionare il proprio sé e le proprie aspettative, a renderle più reali e raggiungibili, dando la stessa libertà anche ai propri figli. Fa proprio parte dei pazienti affetti da disturbi alimentari e patologie borderline essere minacciati da un Super-io persecutorio, minaccioso e punitivo, che può invece ridimensionarsi con la psicoterapia e con l'ascolto e la comprensione acquisita dai genitori attraverso la partecipazione al gruppo. Nelle interviste essi parlano di questi figli confusi perché mossi da spinte contraddittorie, che non hanno la forza per opporsi a loro (ai genitori) differenziandosi. Sono loro, i figli, a sviluppare la malattia per ottenere (il giusto) ascolto dai genitori e costringerli alla necessità di un cambiamento di progetto di cui nessuno era consapevole; alcune interviste mostrano chiaramente tutto questo percorso. Attraverso il gruppo, questi genitori possono trovare una nuova strada che consente di utilizzare la crisi che la malattia ha prodotto o evidenziato, promuovendo alcuni cambiamenti relazionali importanti. Siamo consapevoli che non potremo mai entrare così profondamente nelle relazioni di coppia e familiari che sono cambiate in seguito alla malattia o anche grazie alla malattia, ma abbiamo almeno aiutato queste persone ad utilizzare opportunamente la crisi evitando di esserne solo vittime insieme ai figli. Questi cambiamenti permettono di allentare le reti dinamiche nelle quali figli e genitori sono intrappolati affinché il percorso di crescita e maturazione dei figli e delle relazioni con loro possa riprendere più fluido. Per concludere, l'obiettivo iniziale di promuovere quei piccoli ma significativi cambiamenti di atteggiamento nelle relazioni che il metodo Balint classico si propone, sembra aver ottenuto risultati positivi all'interno di queste famiglie.

### **Bibliografia**

- Balint M. e Balint E. (1970), *Tecniche psicoterapiche in Medicina*. Tr.it. Einaudi Torino, 1970.
- Balint M. (1976), *Medico paziente malattia*. Feltrinelli Milano, 1976.
- Balint E, Balint M. (1979), *The basic fault*. Tr.it. *La regressione*. Cortina 1983, Milano.
- Bion W.R.(1961), *Esperienze nei gruppi*. Tavistock Publication. Ed. it. Armando 1971.
- Bregani P.e Achuteguy I. (2001), Adolescenti in sovrappeso e i loro genitori, in *Tra sapere e capire*. Ed.Monti, Saronno(Va).
- Cerizza T. (2001), E' possibile un'estensione del metodo ad altri contesti operativi? In *Tra sapere e capire*. Ed.Monti, Saronno (Va).
- Colombini M. I. (gennaio -giugno 2017), Utilizzo del Metodo Balint per il sostegno alla genitorialità, *Quaderno dell'istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente* n.45 Mimesis Editore.
- Colombini M.I. (1997) Il lavoro con i genitori degli adolescenti, Relazione presentata alla "Giornata di studio in ricordo di Tommaso Senise". Atti del Convegno, Istituto di Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente, Milano, novembre 9,1997.
- Colombini M.I.,(2003), Il gruppo dei genitori: confronto e condivisione di esperienze, comunicazione alla Giornata di studio e aggiornamento 'Crescere insieme. Adolescenti in contesti di gruppo. Centro di Psicologia Clinica ed educativa (COSPES), Milano, aprile 2003.
- Colombini M.I. (2001), Comprendere gli adolescenti tramite il lavoro di gruppo con i genitori, in *Tra sapere e capire*. Ed.Monti, Saronno (Va).
- Hansson E. et.al. BMC PSYCOLOGY (2017) 5:12 Disordered eating and emotion dysregulation among adolescents and their parents.
- Menaldo F. (2017), "Utilizzo del gruppo Balint nella formazione di psichiatri, psicoterapeuti, operatori socio sanitari e genitori" *Quaderno dell'Istituto di Psicoterapia del*

*Bambino e dell'adolescente*, n. 45, gennaio-giugno 2017.

Menaldo F.(1988), Rapporti costruttivi e distruttivi, *Studi Junghiani* FrancoAngeli Milano.

Michelle M.et.al. (2007), Parental Expressed Emotion and Adolescent Self-Injury,

*J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 46:9, September 2007.

Pereira A.I. et.al. (2017), Development of the Parent Emotion Regulation Scale (PERS):

Factor Structure and Psychometric Qualities. 22 August 2017.

Placentino A. et.al. (2017), La Mental Health Recovery Star: caratteristiche e studio di validazione della versione italiana' *Rivista di Psichiatria*, vol.52.n.6 novembre/ dicembre 2017, Il Pensiero Scientifico Editore Roma.

Rotwell E. (2019), The impact of eating disorders on parents, siblings and partners, July 2019. *Beat eating disorders*. <https://beat.contentfiles.net>

Rusconi S. (1972), Il rapporto umano in medicina, *Rivista di Med. Psicosomatica*, 17, vol.2°1972.

Rusconi S. (1995), I processi identificatori nell'addestramento psicologico in psichiatria.

*Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol.119,1995,p.332-

Scoppetta M.(2017), *Perché mia figlia non mangia? Comprendere e curare l'anoressia in adolescenza*. Ed. Castelvecchi, Roma.

**Federica Menaldo** è Medico Psichiatra, Psicologo Analista AIPA, socio conduttore di gruppo di AMIGB e IBF e attualmente Presidente di AMIGB. Ha lavorato in varie istituzioni psichiatriche pubbliche e centri privati. Lavora privatamente a Verona.

**Email:** menaldo05@gmail.com

**Beatrice Dusi** è dott.ssa in psicologia Clinica dello sviluppo presso l'università di Padova, iscritta all'ordine degli psicologi del veneto, n.12710, specializzanda presso la scuola di psicoterapia psicoanalitica 'il Giroscopio', Vicolo Poggio 20 Mantova.

**Email:** bd.psicologa@gmail.com

## **La gestione del corpo e il linguaggio della corporeità in gruppo nello scambio circolare tra lo spazio virtuale e reale**

*Maria Cucinotta*

### **Abstract**

Il movimento adolescenziale è sottoposto ad un tempo fisiologicamente irreversibile che produce delle incertezze e delle domande ancora insature su di sé, sulle relazioni. Queste premesse descrivono i processi che presiedono alla trasformazione della struttura del gruppo e del corpo nel gruppo.

L'esperienza è nata in un gruppo terapeutico con adolescenti svolto durante il periodo del Covid-19 e vuole proporre alcune riflessioni sui vissuti corporei in gruppo e in particolare in "nuovo" tempo storico. Nell'adeguato conseguimento della crescita hanno un ruolo primario i legami: sia le relazioni che l'adolescente ha con i propri genitori, sia i rapporti che il soggetto instaura con il gruppo dei pari. Il vertice di osservazione in questo lavoro vuole mettere l'accento sul linguaggio del corpo tra i membri di un gruppo di adolescenti nel periodo del Covid-19. Il gruppo a funzione analitica ha un effetto facilitatore e promotore del potenziale trasformativo di ognuno, permettendo l'attivazione profonda di livelli comuni di funzionamento mentale. Di seguito viene posta l'attenzione, che ruota sulle emozioni, dall'individuo al gruppo che si muove in uno scambio circolare tra lo spazio terapeutico virtuale e reale.

**Parole chiave:** relazione fantasmatica, legame, setting, corpo, unità sensoriale

### **Abstract**

The adolescent movement is subjected to a physiologically irreversible time that produces uncertainties and still unsaturated questions about oneself and relationships. These premises describe the processes that govern the transformation of the structure of the group and of the body in the group. The experience was born in a therapeutic group with adolescents carried out during the Covid-19 period and aims to propose some reflections on bodily experiences in groups and in particular in the "new" historical time. In the adequate achievement of growth, bonds play a primary role: both the relationships that the adolescent has with his parents and the relationships that the subject establishes with the peer group. The observation summit in this work wants to emphasize body language between members of a group of adolescents in the Covid-19 period. The analytical group has a facilitating and promoting effect on everyone's transformative potential, allowing the profound activation of common levels of mental functioning. Attention is then placed, which revolves on emotions, from the individual to the group which moves in a circular exchange between the virtual and real therapeutic space.

**Key words:** Phantasmatic relationship, bond, setting, body, sensorial unity

### **L'incontro virtuale e reale**

Il gruppo come dimensione di tipo relazionale è uno spazio essenziale dell'esperienza umana e della mente adolescente. La psicoanalisi classica ha espresso importanti ed approfondite teorizzazioni che hanno permesso di conoscere sia la natura dei legami con la tradizione familiare e con certe costellazioni psichiche trasmesse da una generazione all'altra (Kaes,1993) e sia la natura dei legami con la società che si possono rintracciare nello sviluppo del senso comune e negli attacchi antisociali (Bion, 1992).

Il *legame* è secondo Bion, un'esperienza emotiva in cui due persone o due parti di una persona sono in relazione reciproca; pertanto un'esperienza emotiva non può essere concepita sganciata da una relazione.

Centrale in questo lavoro è la relazione tra i soggetti che comunica anche attraverso il linguaggio corporeo.

L'immagine del corpo appartiene al sistema simbolico immaginario e la sua base è affettiva. Attraverso *il corpo* si costruisce lentamente quella fondamentale unità sensoriale, affettiva e cognitiva che garantisce la crescita e l'integrità della persona. Oltre ad avere un corpo, occorre anche sentirlo, amarlo, conoscerlo e viverlo. Ciò permette la realizzazione dell'equilibrio e dell'identità individuale.

Osservare il legame permette di mettere in luce dei punti di snodo tra le formazioni dell'inconscio del soggetto e del gruppo.

E in questo viaggio nel gruppo che ognuno ha ricercato la sua storia portando con sé tutto quello che poteva essere necessario ma soprattutto se stessi.

Le trasformazioni somatiche e la scoperta della componente pulsionale legata al corpo minacciano l'unità e l'integrità dell'immagine che l'adolescente ha di se stesso. Si tratta della sensazione inquietante di non riconoscere più il proprio corpo e di non percepire la trasformazione.

L'adolescente, in lotta con tutto il proprio essere, deve affrontare un rinnovamento che rimette in causa l'immagine del suo corpo e le basi stesse della sua unità e del suo senso di identità. Le esperienze traumatiche condivise in gruppo, interne e esterne, mettono alla prova l'adolescente.

Sentendo il proprio Sé disunirsi davanti ai conflitti e al pericolo sconosciuto e invisibile, (nel periodo del Covid-19) il singolo nel gruppo innesca un movimento di ricerca su se stessi.

L'identità che si costruisce nel gruppo è il risultato dell'introiezione di numerose voci compresenti, che possono essere in dialogo o in opposizione tra loro.

Si crea una identità "molteplice" come risultato di continue differenziazioni rispetto ad uno o ad un altro dei punti di vista presenti nel gruppo sia in presenza che tramite web.

### **Esperienza clinica in gruppo**

Il gruppo già esistente da un anno, si è adattato in un momento storico particolare (covid-19). Il *setting* è stato sottoposto a modifiche per via del virus; si è costituito un nuovo spazio circolare ma sempre unitario, tra i partecipanti in presenza e i partecipanti on line.

La rappresentazione unitaria del corpo non va intesa come la presenza di una immagine fissa e statica, né come uno schema preformato e rigido, ma come un continuo divenire. Il sistema di costruzione dello schema corporeo può essere considerato come una variante di sistema funzionale in cui si sintetizzano e si integrano tutte le informazioni (somesestiche, visive, acustiche, gustative, olfattive, etc.). La capacità di ogni partecipante del gruppo di contattare queste informazioni ha contribuito allo sviluppo dell'immagine corporea trasmessa nelle sedute dando valore al significato di immagine inconscia, libidica e simbolica. L'immagine del corpo appartiene al sistema simbolico immaginario e la sua base è affettiva. Attraverso l'immagine corporea si costruisce lentamente quella fondamentale *unità sensoriale*, affettiva e cognitiva che garantisce la crescita e l'integrità della persona.

Il *setting* circolare costituito da partecipanti in presenza e da partecipanti on line è riuscito a formare una identità di gruppo contattando e verbalizzando le sensazioni corporee. Si è creato un linguaggio corporeo caratterizzato dalle espressioni dei sintomi del Covid-19, molto spesso evocate in questo particolare tempo.

I partecipanti del gruppo hanno definito questo tempo come un "tempo ingessato", avendo dovuto mettere a riposo le loro abitudini quotidiane (andare a scuola, incontrarsi, abbracciarsi.....).

L'uso del gruppo ha costituito uno strumento fondamentale e significativo.

Ogni individuo ha portato con sé nel gruppo la sua sofferenza e la necessità di ricostruire i pezzi della sua storia e delle sue relazioni.

Una paziente che per via del contagio di è dovuta isolare nella sua stessa casa, racconta un sogno: *“Sono in un mondo fatto di vetro, ho paura di muovermi perché troppo fragile. Tutto è fatto di vetro, ma stranamente opaco: Ora mi trovo in riva al mare: la superficie è piatta ma so che là si perde il mondo nella profondità dell’oceano della vita, l’acqua diventa talmente trasparente che io posso guardare dentro, le creature in essa sono grandi e piccole di tutte le forme, Esse incominciano a parlare ad una voce alta e si muovono in sincronia come ballerini. Io mi sento felice e balzo dentro: incomincio a ballare e canto con loro. Ora esse scompaiono, cala la notte, mi spavento. Guardo le stelle per conforto e mi dissolvo in esse. Ora sono nella strada di casa mia: posso vedere la strada nella luna piena e la mia casa davanti”*.

Bion dà grandissimo valore alla *relazione* nella vita mentale e considera fondamentali le relazioni reali del bambino con la madre, ritenendo che anche le *relazioni fantasmatiche* siano fundamentalmente determinate da esse.

In questo setting il tema dell’angoscia di morte, della separazione e dell’abbandono hanno accompagnato paradossalmente la vita e la crescita del gruppo stesso.

Un tema che evoca dolore è quello della separazione. molteplici sono i vissuti, le paure e le emozioni che si provano nel momento in cui ci si separa dall’altro.

La separazione può evocare in noi una dolce nostalgia di presenze affettuose e partecipi che sono lontane, ma non scomparse né disintegrate.

Il gruppo ha sperimentato la separazione, in quanto i componenti che avevano contratto il Covid non potevano essere in presenza durante la terapia. Ciò nonostante questo scambio circolare ha favorito la stimolazione di nuove idee e di uno spazio terapeutico che ha potuto contattarsi e incontrarsi condividendo passaggi di emozioni e di pensieri viaggiatori. La destinazione del viaggio essendo uguale e comune, ha permesso di sperimentare la ricomposizione e la vita e pertanto la guarigione dal Covid e da pensieri infettati e alla fine guariti.

Un partecipante riferisce: *“Il male crea distruzione in tutto sia nei rapporti con il creato sia nei rapporti tra gli uomini”*. Si riporta un sogno significativo durante una seduta. Uno dei partecipanti on line racconta questo sogno: *“ero senza vita, morta, dei colleghi mi toccavano il viso e uno dei colleghi prendendomi per mano mi ha fatto tornare in vita.”* Emerge simbolicamente la salvezza di gruppo... *“mi facevo salvare e mi piaceva riuscire a sentire il gesto di tenersi per mano.”*

Anche lo sguardo e i volti dei partecipanti hanno favorito un significativo modo di comunicare le proprie sensazioni tradotte negli effetti della sofferenza fisica.

Alcune riflessioni in gruppo: *“le distanze e le misure anticontagio ci hanno privato le relazioni producendo sensazioni di diffidenza e di pericolo di contatto ovunque. I rapporti fisici sono stati alterati e considerati non più veicolo sano di vita ma veicolo di infezioni e di morte”*.

Chi condivide il dolore - dice Francesco Corrao (1986) - deve essere intensamente partecipe, ma, evitare ogni ripiegamento intimistico. Questo atteggiamento potrebbe favorire una tendenza del paziente a lasciarsi andare alla passività. Il dolore psichico, se viene elaborato, è fruttuoso.

L’elaborazione però richiede - come avviene per il dolore del parto, l’attiva partecipazione della persona stessa che sta soffrendo.

Francesco Corrao lo ha chiamato *Koinodinia*: la comunanza stabilita dal dolore.

Questi partecipanti hanno vissuto l’esperienza del dolore di gruppo.

Questo tempo definito dal gruppo *“ingessato”* ha potuto sperimentare la salvezza e la guarigione.

## **Conclusioni**

L’adolescenza è una fase della vita che bisogna fare evolvere attraverso le trasformazioni e il linguaggio del corpo.

E' molto difficile mentire attraverso il linguaggio del corpo, poiché la comunicazione verbale è quasi completamente inconscia. Il corpo agisce come medium per esprimere e tradurre i conflitti insopportabili. Ha quindi la funzione di dire senza parole e soprattutto il corpo non mente.

Questo spazio e questo nuovo tempo hanno permesso di sperimentare nuovi modi di contattarsi e di emozionarsi pur dovendo superare spazi fatti di ostacoli come lo schermo virtuale. Ciò nonostante lo schermo ha fatto da specchio.

Ogni faccia è una piccola finestra sulla sofferenza. Un taglio profondo che attraversa il dolore estraendone un'immagine; ognuna diversa ma che fa parte dello stesso gruppo.

Lo schermo virtuale ha avuto una funzione specifica del tutto peculiare all'interno del rapporto psicoanalitico, soprattutto per gli adolescenti. E' stata una forma di comunicazione che ha permesso di porsi a due livelli (reale e virtuale) una esperienza molto profonda e altrimenti irraggiungibile. Lo schermo è stato come una zona di transito su cui è stato possibile rappresentarsi visivamente e reciprocamente.

Si verifica così l'offerta di un duplice spazio: di accoglimento, dove il paziente impara principalmente a "sentirsi", dopo che ha raggiunto la sicurezza a livello dell'essere; e l'offerta di uno spazio di rappresentabilità, dove il paziente impara a rappresentarsi e raccontarsi.

Questo scambio circolare tra reale (con pazienti in presenza) e virtuale (con pazienti on line), si è attivato in gruppo, dove gli spazi intercomuni sono divenuti gli stessi spazi potenziali della mente di gruppo. I passaggi evolutivi a cui è stata posta attenzione sono stati: il legame e il corpo.

Il piccolo gruppo analitico, ispirato alle teorie di Bion descritte in *Esperienze nei gruppi*, attiva un formidabile campo mentale molto adatto a promuovere, catalizzare e utilizzare cambiamenti. Bion ha chiamato "cambiamento catastrofico" un tipo di trasformazione che produce, necessariamente, la crescita mentale.

### **Bibliografia**

Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma 1971.

Bion W.R. (1973), *Trasformazioni*. Armando, Roma 1977.

Bion W.R. (1974), *Il cambiamento catastrofico*. Loescher Torino 1981.

Cancrini T. (2002), *Un tempo per il dolore*. Boringhieri, Torino.

Corrao F. (1998), Il concetto di campo come modello teorico, in *Orme II*. Cortina, Milano.

Kaës R., (1996), *La parola e il legame*. Borla, Roma 2000.

C.Neri (1995), *Gruppo*. Borla, Roma.

C.Neri, A.Correale, P.Fadda, (1994), *Lecture Bioniane*. Borla, Roma.

**Maria Cucinotta** è Psicologa Clinica e Psicoterapeuta specializzata presso l'I.I.P.G. (Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo) di Roma. Esperta nel trattamento in gruppo dei Disturbi dell'alimentazione e nelle Tecniche di rilassamento – Training Autogeno individuale e di gruppo. Psicologa-Psicoterapeuta a Reggio Calabria anche per strutture private per soggetti diversamente abili e per soggetti neurologici.

**Email:** [marycuci@yahoo.it](mailto:marycuci@yahoo.it)

Nona edizione, 2023

## GRUPPO CORPO

a cura di *Silvia Corbella, Stefania Marinelli, Nadia Fina,  
Lilli Romeo, Giuliana Ziliotto, Adelina Detcheva*

## RECENSIONI

*Stefania Marinelli, Marisa Pelella Melega, Lilli Romeo, Adelina Detcheva,  
Irene Liberti*

---

*Il diritto di esistere. Scritti sulla ricerca psicoanalitica di Lydia Pallier*, a cura di Maria Grazia G. Chiavegatti e Giancarlo Di Luzio. Avio Edizioni Scientifiche 2023

Nota di lettura di **Stefania Marinelli**

Il libro straordinariamente vivo e informato sui molteplici aspetti di vita e di pensiero dell'Autrice, Lydia Pallier, di cui raccoglie e commenta le Opere, si presenta in maniera tale da essere sentito come una continuazione vitale di un fattore che esorbita dalla vita di una sola persona e generazione e si iscrive in un'ampia articolazione psicologica, psicoanalitica, storica e sociale di cui è intessuto. I Capitoli alternano con andamento sinfonico il racconto biografico e dello stile personale a quello dell'appartenenza e creatività psicoanalitica dell'Autrice, intrecciando la descrizione del suo pensiero con quella della esperienza personale. La salienza che emerge da tutti i resoconti, annunciata nel titolo del libro, è il "diritto di esistere". Nei vari Capitoli anche se diversi, ogni figurazione clinica, ogni costrutto teorico, ogni legame con la tradizione psicoanalitica che vi è rappresentato, come ogni linea originale della ricerca, paiono convergere in un insieme interessato a sostenere tale diritto. Il *diritto di esistere* è argomentato, declinato, snidato, ricercato ovunque sia possibile individuarlo. Magari anche fra le parole di Freud che lo aveva preconizzato; nelle concettualizzazioni della tradizione kleiniana-bioniana che lo preannunciava; nel costrutto della "fusalità" (1); e in quello della "empatia": parentele e ascendenze che però non esauriscono il nucleo di originalità. L'originalità dello stile psicoanalitico dell'Autrice è descritta su più piani e livelli ed è tale da restare pronta a evolvere e trasformarsi ed essere trasmessa alle generazioni a venire. Non vediamo una originalità psicoanalitica legata al narcisismo personale, alla moda, alla formazione, alla fama. Bensì una originalità come garanzia di coerenza coesiva, come paradigma della capacità di agganciare e rappresentare personalmente la lotta per il diritto all'esistenza del Sé profondo e della sua evoluzione temporale. Molti strumenti di lavoro plasmati nel tempo, paradigmi, figure e casi clinici, costrutti, sono presentati proprio per il motivo che sono stati utili a reperire durante le esperienze di analisi un Sé che aspira alla genuinità e alla integrità, al sostegno delle variazioni temporali di cui esso necessita o che ha subito, al riconoscimento dei bisogni e degli stili propri. Il compito dell'analista e del supervisore è in

movimento, cerca mediante le rappresentazioni che gli sono offerte dall'analizzando, di battersi per avvalorare il valore di verità del Sé. Forse il Sé è stato tentato di fuggire da se stesso, o di difendersi rovesciandosi nel contrario, o celarsi, o anche devitalizzarsi se ha subito sconfitte rovinose. In tutti questi casi il dispositivo analitico si forgia per raccogliere le sue ragioni, per enucleare quale sia stato quel problema che ha prodotto un torto o un trauma, o serie, o che addirittura ha cancellato la possibilità che un soggetto continui a ritenere il Sé esistente e vero. Riconoscere le qualità specifiche di quel problema e di quel trauma è essenziale. La riflessione epistemologica, il modello clinico e lo stile dell'ascolto non sono mai separati dalla materia dell'analisi. Questo tesoro circola nel libro, i cui Autori chiamati a rappresentarlo offrono indizi in più direzioni, volte sinergicamente a descrivere quanto nel tempo l'arco psicoanalitico odierno possa essere teso per scoccare la freccia (2), o sonda, o sintonia della ricerca del vero, della risposta a bisogni sempre nuovi e diversi, mediante un ascolto attento su più piani, mobile, duttile. Con stili e contenuti differenti, tutti gli Autori simultaneamente esprimono un rispetto che vive oltre la mancanza della Autrice e assicura nello spazio condiviso del libro una promessa di continuità. Dalla Prefazione di Stefano Bolognini che ritrova parentele "empatiche" e coraggiose nell'Autrice e nel suo gruppo di lavoro, alla sensibile e generosa Nota biografica dei figli; dalla perspicace e affettuosa Introduzione di Maria Grazia Chiavegatti, al Capitolo suggestivo sul "Millantatore" di Giancarlo Di Luzio; dai pregiati Capitoli tematici di Autori colleghi, amici, alle partecipate testimonianze di allievi e collaboratori – fino agli scritti di Lydia Pallier, che riportano casi clinici particolarmente comunicativi e costrutti teorici rilevanti, espressivi, dotati di vigore e nitidezza straordinari, tanto da andare a formare una galleria di figurazioni e costrutti, come quella del "bambino mostruoso", della "curiosità", del Sé sentito come "bluff e millantatore", o come organismo primitivo e arcaico. L'edizione è accuratamente fornita di elementi molto vivi e ben collegati, ma non è orientata ad assicurare eternità a pazienti, allievi, Autori e metodo di cura. Piuttosto fa sentire durante l'assenza la forza della presenza e della continuazione. Emerge una figura di analista e persona non guerriera, ma che dal foscoliano "spirito guerrier" ha tratto luci e energia vitale e le ha infuse generosamente e in modo personale nel suo ambiente di vita e di lavoro.

## Note

1. Vedi *Fusionalità*, di C.Neri, L.Pallier, S.Petacchi, G.C. Soavi, R.Tagliacozzo. Borla 1990, Roma; *Forme della fusionalità. Attualità del concetto*, a cura di A.Lombardozzi e G.Meterangelis. FrancoAngeli, Milano. 2.Vedi Eustochia e Sincronicità, di C.Neri, in *Orme*, di Francesco Corrao, Cortina, 1998, Milano.

---

In vista della Presentazione di ARGO, 2024 (Inconscio Creatività Opere, Sito) del libro di **Marisa Pellele Melega** è riportata qui la sua Introduzione a **SIMBOLI IN PSICOANALISI. Contenitori di esperienze emotive**, Editora Blucher - São Paulo. The Harris Meltzer Trust, London; di prossima edizione in Italia.

Come analista di bambini e adulti fin dall'inizio della mia vita professionale sono stata interessata a comprendere il significato dei giochi e dei disegni dei bambini, e il significato dei sogni degli adulti, portati in analisi. Seguire il metodo di osservazione dei bambini creato da Esther Bick (1950) mi ha portato a fondare il "Centro de Estudos Psicanalíticos Mae-Bebé-Familia" a San Paolo, sul modello del "Centro Studi Martha" di Roma e a seguire la formazione in psicoterapia infantile della Clinica Tavistock. Il contatto personale con Donald Meltzer durante le supervisioni a San Paolo, Oxford e Londra ha accresciuto il mio interesse per la formazione dei simboli che credo sia il nucleo del lavoro psicoanalitico. L'obiettivo di questo libro è quello di illustrare l'intimo processo di formazione dei simboli

nell'individuo fin dalla nascita. Discuterò alcuni esempi di osservazioni di bambini seguendo il metodo di Esther Bick, nonché sedute di analisi con bambini e adulti.

Intendiamo la formazione dei simboli nell'individuo come la trasformazione delle sue esperienze sensoriali ed emotive in quanto sono queste trasformazioni che l'attuale psicoanalisi nel modello della mente post-kleiniano, considera come simboli che contengono il significato emotivo. Esiste una certa confusione, che persiste fin dai tempi di Freud, riguardo all'uso della parola "simbolo" che può designare simboli provenienti dalla cultura, compresi quelli universali, che l'individuo utilizza per la comunicazione sociale ma che non risultano dalle sue proprie esperienze sensoriali e emotive. La creazione di questi ultimi è responsabilità dell'individuo e sono questi che la psicoanalisi chiama simboli autonomi.

W.R.Bion in *A Theory of Thinking* (1962) descrisse un complesso processo di trasformazione delle esperienze sensoriali ed emotive attraverso la funzione alfa, un modo per descrivere la formazione dei simboli. Bion discusse in modo più approfondito l'argomento durante le sue visite a San Paolo (Bion, 1973-74). Nel pensiero psicoanalitico attuale, in particolare nel modello post-kleiniano di Bion e Meltzer, i simboli che si formano nell'individuo sono intesi come trasformazioni dei suoi vissuti emotivi, e contenitori di significato emotivo. L'individuo è responsabile della loro creazione, il che spiega la loro designazione come "simboli autonomi". Sono diversi dai simboli derivati dalla cultura, compresi i simboli universali utilizzati per la comunicazione sociale, ma che non esprimono la situazione psichica unica dell'individuo. Meltzer ha visitato San Paolo e ha tenuto Conferenze sull'argomento - e dal 2022 il suo libro *Dream Life* è finalmente disponibile in portoghese.

Il **primo capitolo** riassume l'evoluzione del concetto di simbolo in psicoanalisi, a partire da Freud e ampliato da Melanie Klein quando vide come i bambini rappresentano simbolicamente fantasie, desideri ed esperienze quando giocano, e che il gioco equivale a sognare.

Il modello epistemologico della mente di Bion ha fornito la chiave per la formazione dei simboli fin dalla nascita, discriminando gli stati protomentali dello sviluppo della mente pensante. Questo è illustrato nel capitolo da una breve osservazione madre-bambino. Successivamente descrivo un progetto di ricerca volto a individuare la formazione del simbolo (non verbale) ai suoi esordi, nei bambini, attraverso la loro reazione alla frustrazione, nel contesto dell'osservazione di madre e bambino. Concludo con la visione di Donald Meltzer del processo analitico come luogo di formazione dei simboli, con l'aiuto di oggetti interni e facilitato dal transfert sull'analista. Il complesso processo della formazione della mente in una personalità "normale" incontra fin dall'inizio vicissitudini e viene illuminato mettendo in gioco il funzionamento della coppia madre-bambino.

Nel **secondo capitolo** ulteriori osservazioni sui bambini, effettuate per un lungo periodo e seguendo la tecnica di Bick, illustrano il principio della formazione dei simboli. Il primo esempio si riferisce a Paulo, un bambino di due mesi, in cui è osservata una funzione materna soddisfacente, un bambino capace di interiorizzare il modello offerto dalla madre e anche di "cercare di ricreare" tale oggetto in sua assenza. Nel seguito della descrizione della osservazione, la madre interpreta questa capacità del bambino come un disturbo, si sconvolge e, nell'esempio presentato, diventa invasiva; il bambino risponde a quel comportamento della madre con un sintomo fisico: il rigurgito. Il secondo esempio è Jorge, un bambino di nove mesi; qui abbiamo potuto osservare l'inizio del gioco, che secondo Klein è una capacità simbolica, e un tentativo di comprensione del vissuto. In questo caso il bambino ha fatto soffrire al giocattolo la sensazione di caduta che aveva provato.

Nel **terzo capitolo** sono sottolineate alcune vicissitudini che avvengono nella formazione dei simboli. Qui vediamo che quando il bambino non riesce a interiorizzare un oggetto contenitore diventa incapace di tollerare l'assenza dell'oggetto esterno (di solito la madre). Il bambino dipende da questa interiorizzazione per potere creare un simbolo, per sostituire la madre assente. Come suggerisce Bion l'assenza dell'oggetto stimola la presenza di un

pensiero (un simbolo). Nel caso di Betina lo svezzamento prematuro e la separazione dall'oggetto materno hanno portato a disturbi del sonno e al ritorno a un comportamento (adesivo) capriccioso, più tipico di uno dei primi stadi di sviluppo. Con la piccola Arminda abbiamo potuto osservare, fin dall'inizio, una madre che non aveva interiorizzato un "seno pensante" (con rêverie e funzione alfa), cioè non era in grado di trasformare le identificazioni proiettive della bambina, e poteva solo offrirle presenza fisica. La simbolizzazione di Arminda, con il suo attaccamento all'oggetto esterno, la madre, non si sviluppò fino al nono mese, a causa delle angosce di annientamento.

Bion ci parla della trasformazione delle esperienze sensoriali ed emotive in immagini visive, risultato di una "digestione" mentale, di un lavoro onirico alfa che immagazzina le immagini in una forma comunicabile.

Il **capitolo quattro** riporta esempi di immagini oniriche tratte dall'analisi dei bambini nella forma di disegni o rappresentazioni nel gioco. I genitori infatti, notando disturbi comportamentali, di apprendimento, fisici, psicosomatici o di altro tipo, portano i bambini in analisi. Spesso questi disturbi hanno origine nei primi anni di vita, cosicché possono creare difficoltà nello sviluppo della mente, intesa come luogo di creazione di simboli, in grado di fornire quell'equipaggiamento di strumenti tanto richiesto per i successivi cambiamenti di sviluppo.

Le illustrazioni cliniche mostrano l'importanza dell'ambiente familiare nel favorire la crescita simbolica. Il caso di Pedro, due anni e otto mesi, è stato seguito in un contesto di terapia familiare. Gianni, di ventidue mesi, viene portato in analisi a causa di una impasse evolutiva. Descrivo poi le prime consultazioni con Hélio, nove anni e dieci mesi, afflitto da sintomi psicosomatici e insonnia. Infine, riporto delle immagini oniriche provenienti dalle analisi di Carina, Alex, Breno, Heitor e Ana.

Nel **quinto capitolo** riporto alcune sedute di analisi con adulti in cui le immagini oniriche emergono in forma di associazioni verbali. Inoltre esamino il modo in cui il vissuto emotivo del paziente nel processo di analisi si trasforma in immagini oniriche notturne, ovvero in sogni, contenitori di significato emotivo. Con pazienti adulti, Antônio e Margarete, seguo la formazione di simboli generati dalla coppia analista-paziente nel corso della seduta; con Rubens e Louise, i sogni di questi pazienti durante il percorso analitico.

I sogni notturni possono essere intesi come un tentativo di digerire mentalmente ed elaborare le esperienze emotive della nostra vita da svegli. La formulazione di un sogno è la trasformazione delle immagini oniriche in linguaggio verbale per rendere possibile la comunicazione. Questo capitolo mostra anche il processo di costruzione del simbolo in una paziente di nome Sara.

Uno degli interessi di Meltzer era quello di definire le differenze tra simboli culturali e simboli dell'individuo e, nel suo articolo *Riflessioni su segni e simboli* (2000) definiva simboli autonomi quelli creati dall'individuo. L'autore ha visualizzato il livello estetico della formazione del simbolo, fornendo un contributo originale proveniente dalla sua prospettiva clinica e dalle sue esperienze nell'osservazione di neonati e bambini autistici. Si rese conto che il conflitto con l'oggetto presente precede nel significato le innumerevoli angosce con l'oggetto assente (*L'apprensione della bellezza: il ruolo del conflitto estetico nello sviluppo, nell'arte e nella violenza*, 1988). Se questo conflitto non viene superato, la personalità si ritirerà dalle esperienze emotive, rendendo impossibile la trasformazione in simboli, come mostreremo nel **capitolo 6**.

Il conflitto estetico è suscitato dall'oggetto presente e la mente dovrà trovare un modo per digerirlo. Esso implica la visione della crescita mentale come una funzione estetica, basata sulla reciprocità della madre in risposta al bambino, che sperimenta sensorialmente la presenza come oggetto estetico. L'esperienza della bellezza del mondo e il desiderio di conoscerlo mette in moto l'attività umana di formazione del simbolo. Descrivo poi un esempio di reciprocità estetica madre-bambino, in cui il superamento del conflitto estetico

del bambino lo porta ad avviare la formazione dei simboli. Riporto quindi un esempio clinico in cui un conflitto estetico non risolto ha portato all'esordio di fenomeni claustrofobici in un adolescente di 15 anni; e un esempio clinico di un paziente di 32 anni con sintomi di panico da dieci anni.

Infine, concludo esplicitando i due stimoli che mi hanno portato a scrivere questo testo: il mio interesse nel comprendere il significato dei giochi dei bambini e i loro disegni durante l'analisi, nonché il significato dei sogni evocati dagli adulti durante le sedute di analisi. Il secondo stimolo è l'aspettativa di Meg Harris Williams che lo psicoanalista potesse mostrare l'intimità della formazione simbolica che avviene durante la seduta di analisi. Sono molto grata a Donald Meltzer per avermi mostrato una modalità per continuare a sviluppare il mio interesse per la generazione di simboli che, di fatto, penso sia il cuore del lavoro dello psicoanalista.

**Marisa P.Melega**, Medico, Università di San Paolo dal 1965. Analista didatta della Società Brasiliana di Psicoanalisi di San Paolo dal 1988. Dottorato in Lingua e Letteratura Italiana USP dal 2003. Ha pubblicato vari articoli e libri, ricordiamo qui: *A Psychoanalysis Narrative with supervisions* by D.Meltzer, Karnac 2014; *Immagini oniriche e Forme Poetiche – Uno studio sulla creatività*, Aracne 2013.

**Email:** [pmelega@uol.com.br](mailto:pmelega@uol.com.br)  
[www.marisamelega.med.com.br](http://www.marisamelega.med.com.br)

---

*TEMPO E INCONSCIO. Inattualità e creatività in Wilfred Bion*

di Goriano Rugi. FrancoAngeli, Milano

Recensione di **Lilli Romeo**

Questo di Goriano Rugi è un testo di particolare interesse scientifico epistemologico che tutti dovrebbero leggere, esperti di psicoanalisi e non, scienziati e cultori della conoscenza in genere.

Principalmente centrato su due temi cardini della disciplina psicoanalitica, *Tempo* e *Inconscio* (in particolare nel confronto tra i pensieri di Bion e Freud), in realtà approfondisce molti argomenti altrettanto complessi e fondamentali, sia nella teoria sia nella pratica clinica, come lo spazio, la memoria implicita, il presente e il passato, il conscio e l'inconscio, la ripetizione, la realtà e il misticismo, la mente e il corpo, l'emozione e la relazione, il dolore, il caos e la bellezza. E' una ricerca che consente inoltre, nel dialogo con molteplici autori (Heidegger, Kant, Platone, Green, Gaburri, Mancina, Winnicott, Anzieu, per citarne solo alcuni), un fecondo scambio speculativo e conoscitivo tra scienze diverse: la filosofia, la fisica, la matematica, la letteratura, la religione, le neuroscienze.

In un'epoca caratterizzata "da una drammatica crisi del pensiero, o meglio della capacità di pensare, di vivere le emozioni e l'esperienza stessa del reale" (p.20), quale è quella contemporanea, e dal rapido e inesorabile prevalere del mondo "dell'*infosfera*", in cui le tecnologie interagiscono con altre tecnologie, rendendo l'essere umano sempre più marginale e meno partecipe dei processi" (ibidem), questo libro è, a mio parere, assolutamente necessario, e di straordinario stimolo euristico la sua lettura.

Le teorizzazioni proposte possono risultare difficili e complesse (chi conosce il pensiero e il linguaggio bioniano, per esempio, ne conosce anche la non facile intellegibilità), ma decisamente accattivante ne risulta l'esposizione dialogica interdisciplinare. La "strategia" e la "tattica" espositiva – per utilizzare gli stessi termini di Civitarese (p.12) – adottate dall'autore richiedono senz'altro continui ritorni e ripensamenti sulle questioni oggetto di indagine, esplicitazione e amplificazione speculativa, ma sono anche decisamente in grado di accompagnare il lettore in un rassicurante viaggio esplorativo e conoscitivo e,

soprattutto, incoraggiarlo nell'esercizio della propria capacità di pensare, di entrare in "contatto con le proprie parti profonde, inaccessibili, ma sempre attive" (p. 18), per *divenire* ed essere se stesso. "*Sognare, pensare e divenire*", sono processi cari a Bion e dallo stesso indicati quali "via per la crescita individuale, ma anche l'unica via per l'uscita dalla barbarie" (p.38).

L'*inattualità* intesa come scomodità del pensiero bioniano, rende ragione della sua salvifica, oserei dire, *creatività*, sempre più necessaria in "tempi in cui – come scrive l'autore – prevalgono il pensiero e l'anestesia di massa; in tempi in cui è prassi usuale, sostenuta dalla "scienza" dominante, ridurre problemi emotivi e relazionali a semplici operazioni di apprendimento cognitivo. Essere inattuali, andando contro la mentalità dominante, forse è il destino di ogni creativo, di ogni innovatore, e Bion sicuramente lo è stato sin dall'inizio" (p. 17)

Capire "se la teoria dello sviluppo del pensare di Bion possa dirci qualcosa su dove rischia di portarci l'attuale evoluzione tecnologica" (p.26), storica e culturale. Se "la teoria del pensare di Bion è una teoria limitata alla prassi psicoanalitica o è una teoria generale dello sviluppo della capacità di pensare" (ibidem) è uno dei tantissimi e stimolanti quesiti, che invito il lettore a scoprire autonomamente, sui cui Rugi invita a riflettere.

Evitando di inibire i pensieri selvatici, come l'autore ci rammenta, mi chiedo se il pensare, la socialità e le relazioni debbano, come ormai appare, risiedere e realizzarsi nella interazione con uno strumento *terzo*, seppure tecnologicamente evoluto, come chat GPT. E aggiungerei ancora, provocatoriamente (ma non troppo), se dobbiamo immaginare effetto di un sano progresso, piuttosto che ancora una volta della *hybris* umana, che, in un futuro non troppo lontano, lo sviluppo della capacità di pensare e *divenire*, possa non derivare più dall'interazione con la funzione  $\alpha$  e la rêverie materna o con quella dell'analista, nel corso di un'esperienza viva e reale che si costruisce ed evolve in un definito dispositivo spazio temporale, o anche dall'interazione con un testo scritto; se questa possa invece realizzarsi nell'interazione con l'IA, nelle piattaforme online e nelle interazioni virtuali sui vari canali social che, se ampio spazio lasciano ad una iperpresenza di elementi beta, insani e ingestibili, limitano altrettanto fortemente il pensiero intuitivo, quello che consente di "guardare dentro" (p. 202) le cose e la realtà; l'unico, secondo Bion, in grado di condurre "alla conoscenza pura di sé e al contatto con la 'realtà ultima', che chiama O" (ibidem).

Quanto sin qui presentato naturalmente non esaurisce in alcun modo la densità del corpus teorico contenuto in *Tempo e Inconscio*, né può essere considerata una esaustiva rassegna delle possibili amplificazioni ed evoluzioni epistemologiche proposte o, ancora, dei possibili pensieri in queste condensate, che sono in cerca di un pensatore.

Leggere e ri-leggere il testo può consentire al lettore di catturare questi pensieri, amplificarli senza mai saturarli, e orientarsi sempre più, non solo verso una conoscenza più vera del pensiero bioniano, ma anche verso una comprensione e una conoscenza intesa sempre in senso bioniano, più autentica delle realtà e dei fenomeni individuali e sociali. Il lettore potrà dialogare con l'autore del testo e i tantissimi altri con i quali lo stesso conversa, e potrà farlo anche con noi dell'Associazione Argo. A breve, infatti, nella sezione "*Inconscio, Creatività e Opere*" del nostro sito <https://www.argo-onlus.it/inconscio-creativita-opere/>, verranno proposte le date per la presentazione di alcuni libri inerenti lo specifico ambito di ricerca. *Tempo e Inconscio. Inattualità e creatività in Wilfred Bion* di Goriano Rugi è accolto da Argo come una occasione di ricerca e sviluppo.

**Lilli Romeo** Psicologa, Psicoterapeuta, Psicoanalista di Gruppo, Membro Associato dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG). Socia di Argo dal 2004 e eletta presidente nel 2013. Ha collaborato per molti anni con ABA di Roma (Associazione Anoressia e Bulimia). CTU presso il Tribunale Ordinario di Roma.

**E-mail:** [lilli.lilli@libero.it](mailto:lilli.lilli@libero.it)

---

*Corpo teatro*

di Jean-Luc Nancy. Cronopio: Napoli, 2010

Recensione di **Adelina Detcheva**

Vale la pena di interrogarsi sulla relazione tra il corpo, nella sua duplice composizione di essenza e forma, e il teatro. L'oggetto di tale riflessione non riguarda, almeno direttamente, l'espressività del corpo o il suo agire mentre si rivela su una qualche scena teatrale. Il fulcro verte invece, anche in modo controintuitivo, da un lato, sulla scomposizione della immediata evidenza sensoriale e la sua ricomposizione creativa; dall'altro, sulla presentazione del corpo proprio allo sguardo dell'altro.

La complessità descrittiva di questo breve, brevissimo, testo è davvero notevole. Teniamo conto che la riflessione esistenzialista si dispiega intorno alla spazialità. L'esserci, il *Dasein* (Heidegger 1927), è un essere che si è locato, che è incarnato. Nello stesso momento, nel pensiero del filosofo, l'esistenzialismo ontologico si intreccia al decostruzionismo, fornendo a *Corpo teatro* un'anima tanto fenomenologica quanto analitica.

Balza subito agli occhi del lettore la grande capacità di Nancy di immergersi nel cuore dell'esistenza corporea scompaginando i soliti paradigmi somato-psichici e psico-somatici e rimettendoli in connessione dialetticamente. Possiamo così inoltrarci nella tensione tra le varie aporie, gli estremi, gli antagonismi: l'essere e il mostrarsi, l'interiorità e l'esteriorità, il dentro e il fuori. In questa concezione, il corpo può essere rappresentato tramite la sua duplice articolazione nelle seguenti modalità: una immateriale, egoica o, per meglio dire, caratteristica di un "io-corpo", testimone "interiore" di ciò che gli appare e che percepisce; e l'altra un modo di essere fisico, dato, visibile e osservabile esternamente. L'esserci può così configurarsi come uno sdoppiamento o un raddoppiamento *all'interno* della sfera corporea.

Andando più nello specifico, la percezione dell'io (corporeo) può essere ascoltata come un progressivo accorgersi delle sensazioni derivate dalla pianta del piede mentre è in cammino (2000). L'impressione è che questo "io" sia «in fondo a me stesso, ma in fondo nel senso in cui si parla del fondo di una stanza, dello sfondo che potrei rappresentare come un punto, cioè come un non-spazio situato proprio dietro lo spazio che si costruisce come la mia testa, la mia fronte, le mie spalle e tutto quello che c'è dietro» (p. 9). L'esserci è «dentro, non di fronte» (p. 10), al massimo "dietro"; è un intreccio di pensieri e di sentimenti, un «vertice dell'angolo o dell'articolazione della decisione d'esistenza» (p. 15). Una specie di "in-essere" in cui scorre una viva e incarnata l'esperienza percettiva e sensoriale.

D'altro canto, il corpo formalmente è presenza, esistenza, agire. «Presenza al mondo, certo, ma che cos'è il mondo se non una disposizione di presenze, tenendo conto che nella "disposizione" c'è un che di topologico - il semplice spaziamiento - e un che di dinamico - la venuta e il ritirarsi, l'arrivo e la partenza, perché la presenza non consiste mai nella pura posizione, nella situazione con le sue coordinate, ma nell'*esposizione* (corsivo mio), nella presentazione, nella venuta, nell'approccio e nell'allontanamento» (p. 17).

Riflettendo sul concetto del teatro, «non c'è bisogno di ricorrere al senso greve di queste parole - "spettacolo", "messinscena" - e di pensare alle diverse parti, alla parate e alle fanfaronate, ai vari modi di esibirsi e di farsi notare, all'ostentazione e alle pose» (p. 14). Il teatro allora non è altro che la rivelazione della propria presenza allo sguardo dell'altro... Per dirla con Nancy, sulla scena teatrale, «le mie mani, le mie gambe, il mio collo, la mia postura, la mia andatura, i miei gesti, la mia mimica e la mia aria, il timbro della mia voce, tutto quello che si potrebbe chiamare la pragmatica del corpo, tutto, tutto quanto, su tutta la superficie della mia pelle e di tutto ciò di cui potrei ricoprirla e orgarla, tutto espone,

annuncia, dichiara, rivolge qualcosa: modi di accostarsi o di allontanarsi, forze d'attrazione o di repulsione, tensioni per prendere o lasciare, per inghiottire o vomitare» (p. 24). Il soggetto, preso in una complessa rete di relazioni, si presenta allo sguardo dell'altro (e *viceversa*) nell'accadere dello spettacolo del mondo.

### **Bibliografia**

Heidegger M. (1927). *Essere e tempo*. Longanesi: Milano 2005.

Nancy J.-L. (2000), *L'intruso*. Cronopio: Napoli.

**Adelina B. Detcheva**, Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapeuta. Socia di Argo, collabora con la redazione della Rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*. Libera professionista, vive e lavora a Roma.

**Email:** [adelina.detcheva@gmail.com](mailto:adelina.detcheva@gmail.com)

---

### *Lock-mind. Due Diari dalla pandemia*

Di Angelo Antonio Moroni e Pietro Roberto Goisis. Enrico Damiani Editore, 2022

### Recensione di **Irene Liberti**

Inizio questo libro con la certezza di incontrare una lettura scorrevole e interessante riguardo le esperienze dei due autori nel periodo pandemico. Tuttavia quello che trovo è anche tutt'altro: i due autori hanno avuto la capacità di farmi percepire con grande chiarezza il loro vissuto di quel periodo storico, ma ciò che mi ha più colpito nella lettura è che sono riusciti a farmi rivivere la mia personale esperienza. Dalle prime pagine, più incontravo nel racconto di Angelo Antonio Moroni la sua quotidianità più ricordavo le emozioni che ho provato in quei momenti così drammatici. Durante questo anno (post-pandemico), il mio ricordo della pandemia era quello di aver avuto più tempo a mia disposizione e di averlo dedicato a quello che più mi piaceva: yoga, letture, sport in casa. Attraverso la lettura, tuttavia, ho ricordato il senso di isolamento, profondo e disorientante che ho provato. Leggere degli incontri di Angelo Moroni con amici e colleghi dove discutevano dell'impatto emotivo che stava avendo e avrebbe avuto questa condizione sulla popolazione mi ha fatto percepire qualcosa che in quel momento storico non sono riuscita a sentire e cioè che non ero sola, c'erano altri che riflettevano insieme, si prendevano cura di quel pensiero che in me faticava a prendere vita, tutto questo l'ho potuto ricontattare solo nel corso della lettura. Pietro Roberto Goisis mi ha permesso, attraverso il suo racconto, di toccare la drammaticità di quell'isolamento, l'impossibilità di contatto, la paura del contagio che ho sperimentato più e più volte nel corso di quell'anno. La lettura di questo libro mi ha dato la possibilità di incontrare l'esperienza personale dei due autori ma ha anche rappresentato un'occasione per iniziare a rielaborare quello che ho vissuto durante quell'anno. Gli autori sono riusciti a rendere scorrevole e semplice alla lettura dei contenuti impregnati di una elevata complessità emotiva.

Rivista semestrale  
*AeP Adolescenza e Psicoanalisi*  
2/2023 – Temporalità



## SOMMARIO

### TEMPORALITA'

*Cinzia Lucantoni*

### ARTICOLO DEL MAESTRO

Memoria, tempo e causa. Sulla  
Nachträglichkeit di Freud

*Alessandra Campo*

### APPORTI TEORICO CLINICI TEMPI E MEMORIE IN GIOCO

*Cinzia Lucantoni*

### TEMPO E REGOLAZIONE DEL SE'

*Anna Maria Stolfa*

### L'ALTRA SCENA

*Maurizio Balsamo*

### GIOCARE UN TEMPO FUORI SESTO

*Marina Breccia*

ANCORA UNA VOLTA - Alcune note sulla  
ripetizione

*Fabio Fiorelli*

### MUOVERSI A TEMPO: INTEGRAZIONE SPAZIO TEMPORALE IN POST ADOLESCENZA

*Maria Grasso*

### TIKTOK: DAL TREMORE AL TATTO

Temporalità e sensorialità nella psicoterapia  
con un adolescente

*Marta Tonelli*

PRONTI, PARTENZA, STOP. La funzione dei  
riti di passaggio come organizzatore psichico

*Jennifer Virone*

SENSO DEL TEMPO NEL SE'. TRA  
SETTING E DINAMICHE TRANSFERALI

*Mattia Mazzola*

OMBRE EREDITATE DAL PASSATO. UNA  
FAMIGLIA CHE TORNA A VIVERE NEL  
SUO TEMPO.

*Elena Longo*

### SCRIVERE PER FORMARSI

AL DI SOTTO DELL'OROLOGIO, FORME  
DELLA TEMPORALITA' NELLA POST  
ADOLESCENZA

*Matteo Sadurny*

### LA BIBLIOTECA DI AeP

### RECENSIONI

Recensione **Dark, 2017** - creata da Baran bo Odar e  
Jantje Friese.

*Anna Maria Stolfa*

**Out of time: adolescents and those who wait for  
them Jocelyn Catty (2021).** *Journal of Child  
Psychotherapy*, 47(2), pp. 188-204

*Valentina Mariani*

**Distorsioni e disgiunzioni delle temporalità in  
tempo di pandemia.**

(A cura di) **Giuseppina Antinucci (2022).**

*The International Journal of Psychoanalysis*, 103(5),  
744-760.

*Martina Megna*

### PER INFORMAZIONI:

ARPAd - Via Ombone, 14 - 00198 Roma

[www.associazionearpad.it](http://www.associazionearpad.it) [arpad@associazionearpad.it](mailto:arpad@associazionearpad.it)

