ARGO Onlus - Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
Roma/Milano/Padova, dicembre 2021, N.7

Gruppo: Omogeneità e differenze

Anoressie, Bulimie e Disordini alimentari: una cura plurale e longitudinale

A cura di A. Detcheva, S. Marinelli, L. Romeo

2021, Vol. 7

Presentazione
di *S. Marinelli, L. Romeo, A. Detcheva*

Interviste
con G. Di Luzio; R. Jaffè; F. Dazzi; R. Albani

Contributi
Quando il cibo va a fermare la sofferenza psichica. *A.Sanahuja*

La funzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella costruzione dell'identità. Percorsi evolutivi nel doppio setting individuale/gruppo. *F.Cordeschi*

La famiglia anoressica, animali inclusi. *D. Lenzi e L.Grassi*

Funzioni del luogo di cura specializzata e assetto mentale dell'analista. *A. Bovet*

La disregolazione del disturbo alimentare nei transiti evolutivi come minaccia alla coesione del sé e ai processi di soggettivazione: due casi di ortoressia nervosa maschile. *M.Colucci*

Anoressie maschili e Sé corporeo. *S.Marinelli*

Il carro davanti ai buoi. *A.Campora*

"Un digiunatore" (1924) di F. Kafka. Trama e possibili riflessioni cliniche. *A.Detcheva*

Ricerca scientifica e empirica
Il rapporto corpo-mente nei disturbi alimentari: il punto di vista delle neuroimmagini. *R.Esposito*

I Disturbi del Comportamento Alimentare in adolescenza: un contributo empirico all'analisi delle relazioni familiari. *M.Erriu, S.Cimino*

Progetto fra ABA (Associazione Anoressia e Bulimia) e istituzioni ospedaliere: la continuità della cura. *S.Siani, D.Aliprandi*

Individuo Famiglia Istituzione
Che gusto ha il bisogno: soggetto e difese collettive. *F.Comelli, C.Dolcemascolo, O.Roselli, S.Tolve*

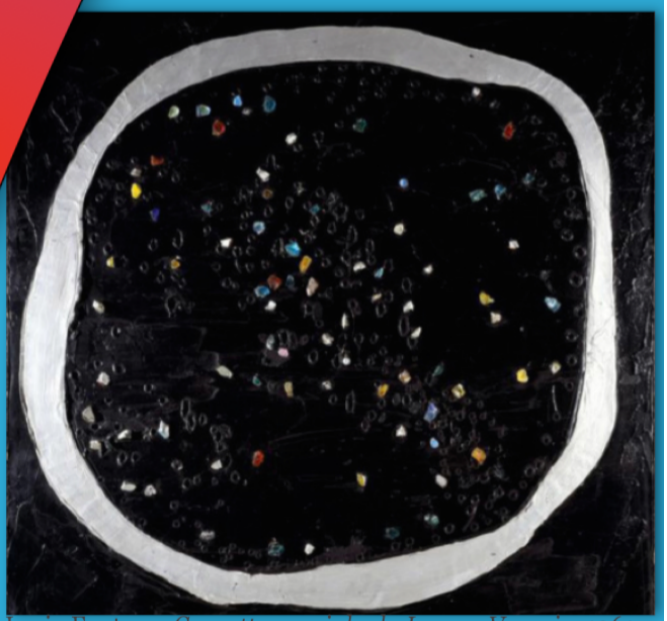
Gruppalità e integrazione: connessioni e disgiunzioni tra gruppo di lavoro e gruppi terapeutici in un servizio pubblico per disturbi del comportamento alimentare. *T.Tricomi*

Genesi e cura dei disturbi alimentari, l'intervento sulla famiglia in istituzione. *L.Romeo*

Declinazioni dell'aggressività in un disturbo alimentare infantile. *M. Sarnelli*

Il lavoro di équipe nelle istituzioni. *V. Galeffi, G.Lagattolla*

Recensioni



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

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Gruppo: Omogeneità e differenze

Settima edizione, 2021

Rivista 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 di "omogeneità" e dei processi di differenziazione.

Comitato scientifico: P.Boccara (Roma) G.Cantarella (Milano) L.Cappelli (Roma) P.Cruciani (Roma) N.Fina (Milano) R.Friedman (Haifa) R.D.Hinshelwood (Londra) R. Kaës (Lione) C.Neri (Roma) M.Pines (Londra) J.Puget (Buenos Aires) F.Tagliagambe (Milano) G.C.Zavattini (Roma)

Comitato di redazione: Valerio Galeffi, Lilli Romeo, Maurizio Salis
Direttore: Silvia Corbella, Stefania Marinelli

Web Master:
Marco Dimastrogiacomo

Consulente per le immagini: Marco Tramonte

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Anoressie, Bulimie e Disordini alimentari: una cura plurale e longitudinale

A cura di *Stefania Marinelli, Lilli Romeo, Adelina Detcheva*

Autori: Maria Almudena Sanahuja, Flaminia Cordeschi, Daniela Lenzi, Ludovica Grassi, Anna Bovet, Maria Clotilde Colucci, Stefnia Marinelli, Angelo Campora, Adelina Detcheva, Francesco Comelli, Cecilia Dolcemascolo, Ornella Roselli, Simona Tolve Teresa Tricomi, Lilli Romeo, Mara Sarnelli, Valerio Galeffi, Giorgia Lagattolla

Ricerca: Roberto Esposito, Silvia Cimino, Simona Siani, Dora Aliprandi

Interviste: Giancarlo Di Luzio, Ronny Jaffè, Federico Dazzi, Roberto Albani

Recensioni: Chiara Matera, Graziano Scialò, Stefania Marinelli, Adelina Detcheva

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

INDICE

Prefazione e Ringraziamenti. Presentazione pag 7-11
di *Stefania Marinelli, Lilli Romeo, Adelina Detcheva*

Interviste

Giancarlo Di Luzio sul gruppo delle patologie cosiddette alimentari
a cura di *Adelina Detcheva* pag 12
Ronny Jaffè, a cura di *Lilli Romeo* pag 21
Federico Dazzi, Inquadramento diagnostico pag 22
Roberto Albani, Dialogo fra psicoanalista e pediatra sullo sviluppo di un sano rapporto con il cibo, a cura di *Stefania Marinelli* pag 23

Contributi tematici

Quando il cibo va a fermare la sofferenza psichica
Almudena Sanahuja pag 24

La funzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella costruzione dell'identità. Percorsi evolutivi nel doppio setting individuale/gruppo
Flaminia Cordeschi pag 36

La famiglia anoressica, animali inclusi
Daniela Lenzi e Ludovica Grassi pag 44

Funzioni del luogo di cura specializzata e assetto mentale dell'analista
Anna Bovet pag 66

La disregolazione del disturbo alimentare nei transiti evolutivi come minaccia alla coesione del sé e ai processi di soggettivazione: due casi di ortoressia nervosa maschile
Mariaclotilde Colucci pag 77

Anoressie maschili e Sé corporeo
Stefania Marinelli pag 89

Il carro davanti ai buoi
Angelo Campora pag 100

"Un digiunatore" (1924) di F. Kafka. Trama e possibili riflessioni cliniche
Adelina Detcheva pag 124

Ricerca scientifica e empirica

Il Rapporto Corpo-Mentenei nei disturbi alimentari: il punto di vista delle neuroimmagini
Roberto Esposito pag 130

I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza: un contributo empirico all'analisi delle relazioni familiari
Michela Erriu, Silvia Cimino pag 144

Progetto fra ABA (Associazione Anoressia e Bulimia) e istituzioni ospedaliere: la continuità della cura
Simona Siani, Dora Aliprandi pag 173

Individuo Famiglia Istituzione

Che gusto ha il bisogno: soggetto e difese collettive
F.Comelli, C.Dolcemascolo, O.Roselli, S.Tolve pag 191

Gruppalità e integrazione: connessioni e disgiunzioni tra gruppo di lavoro e gruppi terapeutici in un servizio pubblico per disturbi del comportamento alimentare
Teresa Tricomi pag 216

Genesi e cura dei disturbi alimentari, l'intervento sulla famiglia in istituzione
Lilli Romeo pag 226

Declinazioni dell'aggressività in un disturbo alimentare infantile
Mara Sarnelli pag 246

Il lavoro di équipe nelle istituzioni
Valerio Galeffi, Giorgia Lagattolla pag 256

Recensioni

My Skinny Sister: Neanche un bicchiere d'acqua, di **Sanna Lenken.** 2015. A cura di Chiara Matera pag 262

Hungry Hearts
di Saverio Costanzo, 2014. A cura di Graziano Scialò pag 265

Forme della fusionalità. Attualità del concetto, a cura di **Alfredo Lombardozzi** e **Gianfranco Meterangelis**. Franco Angeli, 2021.
A cura di Stefania Marinelli pag 271

Il gruppo come cura, di **Claudio Neri.** Raffaello Cortina, 2021.
A cura di Stefania Marinelli pag 273

Culture di gruppo. Per un'antropologia del gruppo psicoanalitico di **Alfredo Lombardozzi**. Alpes, Roma, 2021.
A cura di Adelina Detcheva pag 276

Il corpo non dimentica. L'io motorio e lo sviluppo della relazionalità
di **Massimo Ammaniti e Pier Francesco Ferrari**. Raffaello Cortina, 2020.
A cura di Adelina Detcheva pag 278

Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti, di **Pietro Roberto Goisis**. Enrico Damiani Editore, 2021.
A cura di Stefania Marinelli pag 280

L'eredità di Bion a cura di **Antonio Ciocca,** Alpes, 2020.
A cura di Stefania Marinelli pag 282

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

ANORESSIE, BULIMIE E DISORDINI ALIMENTARI: UNA CURA PLURALE E LONGITUDINALE

A cura di Adelina Detcheva, Stefania Marinelli, Lilli Romeo

PREFAZIONE E RINGRAZIAMENTI

L'Associazione Argo e la Rivista sono particolarmente lieti di presentare questo numero, che richiama, in un momento nel quale i rapidi cambiamenti in corso hanno reso necessario aggiornare idee, valutazioni teoriche, ragionamenti clinici e usi tecnici, un passato fondativo non lontano, quello dei gruppi omogenei con pazienti anoressici e bulimici. Le sindromi alimentari odierne ben dimostrano infatti quanta sofferenza individuale e sociale i tempi del coronavirus abbiano prodotto, sia al di qua della "mitologia" che hanno innescato per chi non ha sofferto direttamente e consapevolmente; sia al di là della pandemia, per chi ha sofferto in prima persona il contagio, oppure l'ansia scatenata dai nuovi riti misterici del contagio collettivo, e dal disorientamento di un'epoca che era stata fiduciosa e certa fino a poco prima, anzi potenziata dall'avvento del progresso tecnologico e delle culture *social*.

Tutti gli Autori da diverse prospettive e con differenti contenuti e tematizzazioni hanno generosamente espresso questo stato di cambiamento e il nuovo slancio della ricerca e di questo la Redazione è loro grata.

Desideriamo anche ringraziare Autori e Amici che hanno dialogato con noi durante il percorso editoriale illuminandolo e sostenendo pensieri e iniziative che hanno reso più valida e armoniosa questa edizione, come Fabrizio Rocchetto; gli Autori che hanno concesso le Interviste; Paola Carbone e gli amici dell'ARPAD e della rivista *A&P Adolescenza Psicoanalisi*, (v. l'Indice del numero corrente riortato a p.275). Grazie a Almudena Sanahuja di nuovo ospite preziosa in Italia con il suo tema sulla complessità del sintomo bulimico e sulla sua attinenza familiare e trans-generazionale; e a Ludovica Grassi e Daniela Lenzi che hanno contribuito sul tema della 'familiarità", e collegato questa edizione con l'area degli studi psicoanalitici sulla coppia e la famiglia (www.SIFPPP, Soci

Italiani European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy) con cui auspichiamo di continuare a collegarci anche in futuro. Ringraziamo Federico Dazzi per il suo punto di vista sulla collaborazione con la psichiatria istituzionale. Roberto Albani per la luce che ha portato sul tema della presenza del pediatra nella costruzione della relazione alimentare primaria e dunque sul tema della formazione medica. Gli Autori che hanno contribuito sui temi propri del gruppo, del campo istituzionale, dell'età infantile, sui modelli teorici e di lavoro sul territorio; e sul mito letterario. Ringraziamo gli Autori che hanno messo coraggiosamente in dialogo il contributo della ricerca neuroscientifica, empirica, e psichiatrica. E ringraziamo particolarmente, insieme agli Autori delle recensioni di libri, quelli che hanno recensito film tematici e sviluppato pensieri inerenti all'attualità sociale e culturale del disturbo alimentare.
Ringraziamo in particolare la DAI (Disturbi Alimentari in Istituzione) per avere portato un punto di vista innovativo sui diversi setting di cura nell'ambito associazionistico specializzato e su tema del coordinamento e della supervisione; come pure l'ABA (Associazione per la ricerca nella Anoressia e Bulimìa) per il suo collegamento costante che vari Autori hanno rappresentato.
Grazie a Silvia Cimino oltre che per la partecipazione a questo numero con una ricerca empirica, anche per la segnalazione e l'invio dei dati (p.276) relativi al CAF di cui è Direttrice, Corso di Alta Formazione sui DCA in età infantile, adolescenziale e giovanile, inaugurato quest'anno alla Sapienza.

E ora, la parola agli Autori e ai Lettori.

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

PRESENTAZIONE

Di Adelina Detcheva, Stefania Marinelli, Lilli Romeo

«To fill a Gap
Insert the Thing that caused it—
Block it up
With Other—and 'twill yawn the more—
You cannot solder an Abyss
With Air».

«Per chiudere una Falla
Mettici la Cosa che l'ha provocata -
Bloccala
Con Altro - e si spalancherà di più -
Non puoi saldare un Abisso
Con l'Aria».

(Emily Dickinson, 1986, To fill a gap)*

La letteratura tematica e il ragionamento clinico presi in considerazione in questa edizione concentrano lo sguardo sulle evidenze cliniche, e raccolgono i diversi fattori, da intrapsichici e intersoggettivi, a familiari, gruppali e di tipo sociale e culturale, in una prospettiva complessa, mediante la quale vengono via via lumeggiati gli aspetti salienti. Nelle diverse sezioni sono distribuiti in sequenza, per valorizzarli tutti nella loro specificità, i vari contributi e punti di vista: **Interviste, Contributi tematici, Ricerca scientifica e empirica, Individuo Famiglia Istituzione** e infine **Recensioni.**
Le **Interviste** con gli Autori introducono ampiamente i temi dell'edizione illuminando la rotta di una navigazione importante in un'epoca nuova come la

attuale. Le Interviste, riportate in forma video e di testo all'inizio dell'edizione per il loro sguardo ampio e la forte consistenza, toccano ampie tematiche che scorrono dalla valutazione diagnostica al trattamento, al contesto istituzionale, e al modello del processo di cura. Preziosa, compare, accanto al dialogo con i due psicoanalisti Ronny Jaffè e Giancarlo di Luzio, una Intervista con il Dr. Roberto Albani, pediatra, sulla costruzione della relazione alimentare infantile. Con l'esame delle tracce della salute, della malattia e dello sviluppo relazionale legato alla vita alimentare primaria, l'Intervista ripropone il problema della formazione medica, quella che Balint poneva, non abbastanza ascoltato, alla Società di Psicoanalisi Britannica già nel secolo scorso. La sofferenza alimentare, 'moda' o malattia, disordine di copertura o vulnerabilità del se', richiede di provvedere affinche' corpo e mente siano tenuti insieme. È ciò che in questi generosi dialoghi introduttivi abbiamo cercato di fare (la seconda Intervista è scritta, le altre tre sono realizzate in videoconferenza): Buona lettura e visione.

Come ogni volta l'edizione monotematica si pone come una struttura contenente un insieme, una raccolta di capitoli pensata per convogliare più punti di vista su un tema prescelto. Sebbene il tema dell'edizione possa essere indicato nei disturbi alimentari, vogliamo precisare che si tratta di un *gruppo* di disturbi estremamente eterogenei, per le cui definizioni il plurale è d'obbligo e al minimo del necessario per iniziare a comprendersi. Nel nostro caso la funzione alimentare, o meglio il sistema alimentare diviene il punto di raccordo.

Talvolta questo risulta evidente: un corpo, anoressico e bulimico, può essere più o meno voluminoso, stabilmente, o in modo oscillatorio, segno di una condotta alimentare iperfagica o pratiche ascetiche di digiuno drastico. Inoltre, in molte circostanze, il disordine alimentare può venire assunto come identità contenitiva anche se patologica, e la sua denominazione va a condensare una maggiore enfasi rispetto al nome stesso del paziente, che finisce per identificarsi totalmente con questa patologia e a sganciarsi parzialmente o, nei casi più gravi, totalmente, dalla propria soggettività. Altrettanto spesso può accadere invece che la malattia si esplichi in modo celato. Si pensi alle manovre di svuotamento, impulsive, ritualistiche, anestetizzanti o annullanti… o all'attacco dell'abbuffata, consumati in spazi privati e in solitudine. O ancora, si pensi al dispiegarsi della condotta alimentare patologica in gran segreto, lontano dallo sguardo dell'altro, nel pieno del godimento rispetto a tale nascondimento.

Nei diversi contributi troverete, alla superficie, il cibo nella sua concretezza, divorato, maneggiato e rimaneggiato, spezzettato, segmentato in base alle calorie che importerebbe: la zona orale, con il suo primato ri-fissato. E troverete il ritorno alle basi, all'origine, da dove tutto è iniziato, ben prima delle conquiste della crescita, e *forse proprio contro di essa*. Il discorso alimentare "parla" delle relazioni primarie, delle loro dinamiche specifiche e dei traumatismi primitivi, in un'epoca posteriore al loro succedere, che è l'epoca dell'esordio adolescenziale

nella maggioranza dei casi. Una tale complessità genera posizioni teoriche molteplici. Il punto di vista psicoanalitico misurato nel campo è sfaccettato. Ogni idea è legata ad alcuni particolari aspetti del gruppo dei disturbi e porta avanti coerentemente un pensiero, con esemplificazioni cliniche. Ad esempio un contributo esaustivo in tal senso (v. A.Campora) rileva punti essenziali della complessa relazionalità che si sviluppa nel lavoro clinico con pazienti con disordine alimentare, nel campo della solida e creativa cornice teorica winnicottiana; mentre in altri si sente la presenza del *protomentale* di Bion e del disordine nella relazione primordiale di mente e corpo, che sottende alla vita dei gruppi; e in altri ancora prevale lo studio delle relazioni primarie e del quadro interpsichico, familiare, inter e intra-transgenerazionale; o quello del Sé corporeo, del Sé soggettivo e dei traumi relazionali.
Nonostante differenze e complessità della comunicazione e della prospettiva, sembra che il quadro complessivo corrisponda a un'ipotesi comune: l'idea di una falla nel sistema evolutivo su cui si è organizzata la personalità, che è stata, o non, diversamente elaborata, concrescendo con il lato più sano e attivo durante tutto lo sviluppo. Un *gap*, un vuoto centrale di antica datazione che scatenerebbe in seguito una costellazione di modalità patologiche variegate, nel campo della clinica del negativo, con la finalità di riempire, negare, idealizzare quella falla. Insomma un abisso, in cui lo spazio interno della persona tende a scomparire nel moto patologico delle pratiche di svuotamento. Diversi setting di cura sono chiamati in causa a trattare i versanti di questa presenza assenza, secondo il fine di produrre o ristabilire a vari livelli, con differenti metodologie e differenti articolazioni teorico-cliniche, il legame.
Dalla cura individuale a quella nel gruppo, dall'esclusivismo all'istituzione, dal ritiro al ricovero e dalla patologia femminile e maschile (ortoressia) all'uscita dalla malattia: ringraziamo gli Autori per la generosità dei loro contributi, per la comprensibilità delle loro parole in un campo che appare quasi senza parole, e per la differenza dei punti di vista su cui tutti ci sentiamo accompagnati a ragionare. Auguriamo anche a voi Buona lettura.

- Trad.it. [lett.: Per riempire una falla], *In questa parola fidata* a cura di S. Bre. Torino: Einaudi 2019).

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

INTERVISTE

Intervista a Giancarlo Di Luzio

a cura di Adelina Detcheva

Dr. Giancarlo Di Luzio
Psichiatra Psiconalista SPI/IPA
Gruppoanalista
Membro AED (Academy of Eating Disorders)

Dr.ssa Adelina Detcheva
Psicologa Psicoterapeuta

Domanda: *So che lei ha una lunga esperienza con i disturbi alimentari e vorrei chiederle qualche informazione sulle sue esperienze in ambito istituzionale ed eventualmente privato.*

Risposta: Sì, le posso raccontare la mia storia. Dunque, io sono uno psichiatra ed uno psicoanalista, con anche una formazione gruppoanalitica. Ho sempre lavorato in ambito istituzionale dal 1979 nei servizi psichiatrici adulti del Servizio Sanitario Nazionale. Però nel 1992 venni chiamato per aprire un servizio per adolescenti, che adesso ha sede nella ASL Roma 1, via Plinio. Lì mi sono occupato, a tempo pieno, di adolescenti fino al 2002 ed ho incominciato a vedere già dopo un paio di anni, nel '94, donne, ragazze che avevano dei disturbi alimentari. Tra l'altro, in quell'epoca il disturbo più rilevato era l'anoressia. Si parlava di anoressia-bulimia. A quei tempi non c'era una distinzione neanche nei primi DSM. Successivamente, invece, si sviluppò l'individuazione del nuovo disturbo, Bulimia, che poi sarebbe stato incardinato nel DSM-IV e 5. Non era ancora invece presente – sarebbe stato identificato successivamente – il disturbo del *binge-eating*, il BED. Nel '94 venni incaricato dal responsabile del Dipartimento di Salute Mentale di partecipare ad una conferenza tenuta dal dottor Mazzetti di Pietralata, primario internista dell'Ospedale Sant'Eugenio che si occupava allora di anoressia e di disturbi nutrizionali. Il congresso era sull'alimentazione e la nutrizione. Aspetto interessante, perché la dizione Nutrizione è stata recentemente ripresa dal DSM-5, in quanto i Disturbi Alimentari vengono chiamati Disturbi Nutrizionali/Alimentari, in cui la nutrizione è una entità nosografica più ampia che contiene una prima fase di alimentazione e poi una successiva di assorbimento e processamento nell'organismo dei componenti nutrizionali. In quella conferenza cominciò a porsi il problema, che prima di allora non esisteva, di se e come strutturare un'accoglienza dei pazienti con disturbi alimentari all'interno dei Centri di Salute Mentale. La prima ipotesi era se strutturarli al di dentro dei Centri di Salute Mentale, la seconda, se crearne delle entità autonome con la loro specificità. Successivamente, dopo 10 anni, nel 2002, con un gruppo di colleghi interessati, che vedevano sempre di più questi disturbi con la loro specificità e con una componente patologica organica, soprattutto nell'anoressia, pensammo di creare un centro autonomo per i disturbi alimentari. Ce ne era uno, già operativo, al Sant'Eugenio, nato sempre dall'iniziativa di Mazzetti Di Pietralata, che effettivamente era stato il primo centro. Noi nascemmo successivamente come centro autonomo per i Disturbi alimentari, all'interno di quella che adesso è l'ASL Roma 1, tuttora esistente a Santa Maria della Pietà; infatti, ci rendemmo conto che serviva un servizio autonomo innanzitutto ben preparato sull'età evolutiva, visto che era l'età d'esordio dei Disturbi alimentari. Inoltre, avemmo la fortuna di strutturarci all'interno del Regina Elena, una struttura ospedaliera

in viale Angelico, a Roma, che da sempre si occupava di età evolutiva, dove c'era un centro diabetologico e uno fisioterapico: questo ci permise di avere un approccio un po' a 360°; la specificità di tali disturbi è di coinvolgere non solo la mente ma anche il corpo delle persone. Avevamo, in qualche modo, la possibilità di collaborare con colleghi internisti che lavoravano anche nel campo del diabete ed, inoltre, un buon centro fisioterapico in cui io utilizzai anche l'approccio diretto al corpo, attraverso l'esperienza di gruppi psico-educativi psicocorporei. Poi, ho lavorato lì dal 2002 al 2014 in maniera intensiva e focalizzata sui disturbi alimentari. Abbiamo fatto un lavoro interessante, di cui mi occupo tutt'ora. Ho collaborato con il Prof. Cuzzolaro, uno dei maggiori esperti di Disturbi alimentari a livello nazionale ed internazionale, responsabile della rivista *Weight and Eating Disorders*. Successivamente divenni socio della SISDCA, Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, e della AED, *Academy for Eating Disorders*, che produce anche una rivista internazionale. Quindi questa area è rimasta tuttora di mio interesse a livello privato.

Domanda: *Secondo lei, quali possono essere le somiglianze, quindi i punti in comune, e le differenze, quindi le specificità, dei disturbi in questa macrocategoria dei Disturbi del Comportamento Alimentare?*

Risposta: Innanzitutto, teniamo conto che negli ultimi anni ci è stata un'estensione nosografica dei Disturbi Alimentari di cui non parlerei, perché è una cosa abbastanza complicata. Dal mio punto di vista, la dizione di Disturbi del Comportamento Alimentare non è corretta, preferisco la dizione di Disturbi Nutrizionali e Alimentari oppure addirittura Disturbi Nutrizionali. Questo punto di vista è derivato dalla mia formazione psicoanalitica interessata ai Disturbi del Sé. Questo tipo di Disturbi non riguardano solo il comportamento alimentare ma, come sosteneva anche la Bruch, la più grande esploratrice in questo campo, il concetto di Sé. In realtà sono dei disturbi che compaiono nell'età evolutiva, ma nascono come un Disturbo del Sé e del suo sviluppo. Hanno anche un aggancio transgenerazionale, un campo transgenerazionale di tipo psichico, ma con influenze anche biologiche, che prepara un terreno molto agganciato alla psicopatologia familiare. Da questa nasce un deficit del Sé; il Sé è molto fragile; ad un certo punto, da questa carenza di struttura del Sé si sviluppa il Disturbo alimentare, spesso assieme ad un disturbo dell'immagine corporea. Quindi io direi che la parte più stabile della somiglianza è il Disturbo del Sé, che si riflette in un disturbo dell'immagine corporea che spesso è un vissuto negativo dell'immagine corporea. Inoltre, possiamo dire che la carenza di funzionamento del Sé fa sì che la persona non possa accedere al campo interpersonale da cui attingere per sviluppare la sua individuazione con un aspetto privato del Sé. Invece di attingere a mezzi più propriamente psichici, ad es. gli Oggetti-Sé

(Kohut), la persona mantiene un equilibrio appoggiandosi a oggetti non umani, cibo e corpo. Infatti, gli Oggetti-Sé dovrebbero essere la fonte di sviluppo interpersonale, che sviluppa successivamente le potenzialità del Sé; ma queste persone si appoggiano ad oggetti non umani quali l'immagine del corpo ed il cibo, che funzionano da pseudo oggetti-Sé non umani, i quali permettono di dare una sorta di identità e gestione delle emozioni. Ma sono oggetti esterni. Per questo è tanto difficile da curare; in realtà un approccio soltanto comportamentale ha dei risultati soltanto a breve termine. Il lavoro psicoterapeutico invece deve essere assolutamente un lavoro di tipo profondo, psicodinamico, che coinvolga anche il contesto interpersonale e, in particolare, familiare. Quindi, possono essere definiti dei Disturbi del Sé ma, direi, anche dell'esperienza interpersonale. Se poi andiamo a vedere, sono delle persone ossessionate dal cibo che cercano nell'immagine corporea delle compensazioni. Quindi, la parte più stabile è il Disturbo del Sé, il disturbo dell'immagine corporea e il disturbo di tipo alessitimico. Per quanto riguarda, invece, la parte sintomatica, come giustamente ha puntualizzato Fairburn, che è un ricercatore cognitivista, essa è transnosografica, cioè cambia. Noi possiamo vedere un cambiamento dall'anoressia alla bulimia, al *binge-eating* e all'obesità e viceversa, dall'obesità al *binge-eating*, alla bulimia, all'anoressia. Quindi, la maschera alimentare è la parte mutabile e mutante; il Disturbo del Sé e dell'immagine corporea, invece, è quello più fisso e può durare anche per tutta la vita. Una volta smantellata la maschera alimentare, dopo, per molti anni è necessario il lavoro analitico sul disturbo sul Sé.

Domanda: *Le è capitato di lavorare anche con i disturbi alimentari in pazienti maschi?*

Risposta: Ho avuto modo di lavorare anche con ragazzi ed effettivamente cambia un po' il campo. Perché sappiamo che nel lavoro con il femminile, per motivi di vario genere, per cui anche culturali, l'immagine corporea è, in qualche modo, un po' al centro dell'autostima. Diciamo che nell'adolescente, il processo di conoscenza di sé e di autostima nella femmina è molto legato più all'immagine corporea statica, mentre invece nel ragazzo è legato al fare, cioè il ragazzo riesce in qualche modo a mettere in secondo piano l'immagine statica con il fare, per cui questa va in secondo piano. Per questo il disturbo alimentare che coinvolge sempre il disturbo dell'immagine corporea è prevalente. Abbiamo, infatti, nel maschio un tipo di anoressia maschile che ha delle caratteristiche diverse, nel senso che può avere una componente molto simile a quella femminile, questo avviene nel caso di un disturbo di genere, omosessualità, transgender, ecc. che ha delle similarità con la figura femminile. Oppure, se la persona non ha queste caratteristiche, è un disturbo più di tipo ossessivo, cioè legato più a vissuti

magici ansiosi e rituali che poi si polarizzano non soltanto sull'alimentazione ma si polarizzano anche sull'esercizio fisico. Mentre, invece, il corrispettivo vero dell'anoressia a livello maschile è la bigoressia, ovvero un disturbo in cui l'autostima dell'immagine corporea passa attraverso lo sviluppo muscolare, per cui sono quei pazienti che stanno sempre in palestra, e c'è un disturbo nutrizionale diverso, perché fanno un'alimentazione molto ricca di proteine per la massa muscolare e anche di androgeni, con tutte le complicazioni del caso. Quindi, è un po' più sganciato dall'immagine corporea. Più che con il peso, magari è legato alla dismorfofobia. Per cui magari si pensa che con l'alimentazione si può correggere, mi è capitato più di qualche caso, ad es. un ragazzo a cui sembrava di avere del grasso intorno all'addome ma era una dismorfofobia, che si cercava di correggere con la restrizione alimentare.

Domanda: *Secondo lei, quali potrebbero essere le questioni cliniche rilevanti da tenere a mente e da suggerire ai giovani clinici che si occupano del trattamento di questi disturbi?*

Risposta: Direi, innanzitutto, di partire dal presupposto che sono disturbi gravi. Spesso vengono banalizzati, insomma. Sono disturbi gravi e negli aspetti strutturali più importanti, come per la bulimia, sono disturbi rischiosi anche per la vita. Calcoliamo che l'anoressia è il disturbo psichiatrico a maggior rischio di morte. Quindi sono disturbi che vanno affrontati assolutamente in una situazione protetta. C'è bisogno di una valutazione, che deve essere come minimo di uno psichiatra o psicologo clinico esperto assieme ad un nutrizionista, che serve sia nel polo anoressico, ma anche nel polo *binge-eating* che è associato invece con l'obesità a dei rischi corporei. Nei casi strutturali di anoressia, bulimia, *binge-eating*, c'è bisogno sempre di quello che viene chiamato il primo approccio, cioè di un gruppo multidisciplinare che collabora e quindi lavora sia sull'aspetto del disturbo alimentare sia nel tempo sul Disturbo del Sé sia sugli aspetti della riabilitazione nutrizionale e del controllo dei fattori di rischio. Questo per quanto riguarda la situazione complessa sincronica. Invece, nel lungo tempo c'è un aspetto diacronico che va tenuto presente, cioè che l'approccio è di tipo ambulatoriale e può praticamente avere delle integrazioni un po' di tutti i tipi: *day hospital*, centro diurno, comunità, ricovero in ospedale, centri specializzati, a seconda della fase del disturbo. La cosa più drammatica, mi è capitato anche un caso proprio recentemente – per questo c'è bisogno dell'esperienza – avviene quando c'è bisogno di intercettare in tempo il rischio psichico, in genere di tipo depressivo o autolesionistico, oppure corporeo. Non intercettare in tempo il rischio nutrizionale nel caso dell'anoressia e non sapere che la psicoterapia, nella condizione di grave denutrizione, non può funzionare, può portare alla morte la paziente. Un fattore importantissimo è

l'alleanza terapeutica, cioè nessun cambiamento si fa se non c'è in qualche modo una mediazione con il paziente. Questo è un altro punto molto importante: non c'è, nei casi gravi, coscienza di malattia, né del rischio di morte, né della dispercezione dell'immagine corporea. C'è tutto un dibattito su quando il trattamento debba essere obbligatorio, ma la questione è che questi casi possono essere trattati obbligatoriamente solo in un SPDC, che non è un luogo idoneo. Servono delle strutture idonee che non sono mai, di fatto, create nelle ASL. All'estero e a volte in altri paesi addirittura si fanno dei ricoveri obbligatori nei servizi di terapia intensiva, per evitare appunto il rischio di morte. È importante l'alleanza terapeutica, un rapporto empatico e rispecchiante, che la famiglia sia coinvolta nei casi adolescenziali.

Domanda: *Questo punto riguarda anche la domanda successiva, in un certo senso, perché vorrei chiederle quali sono, secondo lei, i fattori terapeutici che ha trovato più incisivi nell'aiutare un paziente alimentare.*

Risposta: E' indispensabile assolutamente che l'organizzazione sia a lungo termine ed integrata. L'idea che possa esserci uno psicoterapeuta singolo è scorretta, così come l'idea di un terapeuta onnipotente che riesce a fare tutto. Teniamo presente che esistono pazienti che fanno una bellissima analisi e non hanno mai parlato all'analista della loro situazione anoressica, né l'analista se n'è accorto. Molto importante è l'alleanza terapeutica ed un rapporto empatico, che rafforzi l'alleanza. Il lavoro psicoeducazionale è molto importante, soprattutto nell'anoressia in quanto né l'anoressica né la famiglia si rendono conto del tipo di disturbo e di quale sia la sua gravità. Un'altra questione clinica da tenere presente, oltre la diagnosi non sempre facile, è la questione della comorbilità psichiatrica. Calcoliamo che nel 50-70% c'è sempre comorbilità psichiatrica, di spettro ansioso e ossessivo-depressivo nell'anoressia, più invece di *cluster B* per quanto riguarda la bulimia, cioè il disturbo *borderline* e il disturbo dell'umore. Ultimo punto importante da tenere presente è che, ormai, tra le categorie nosologiche, il *binge-eating* è quello prevalente dal punto di vista epidemiologico e che è presente in un terzo dei casi di obesità, la quale ha elevati costi per la sanità. L'anoressia è abbastanza stabile, ma colpisce di più, per via dell'alto rischio di morte.

Domanda: *Da qui, vorrei farle una domanda circa le difficoltà specifiche che può incontrare il clinico nel trattare un disturbo di questo tipo.*

Risposta: La prima difficoltà è che c'è una lunga fase di nascondimento della malattia da parte della persona; infatti, c'è un'ambivalenza rispetto al curarsi dato che il disturbo fornisce una specie di supporto al Sé carente, così come

l'*addiction*, la tossicodipendenza. La persona, in qualche modo, pensa di potersi reggere con quel tipo di strutturazione e non si rende conto di essere prigioniera, non si rende conto di avere una dipendenza. Quindi, c'è un lungo lavoro da fare affinché esca dal nascondimento. Soprattutto le anoressiche fanno spesso finta di curarsi e magari fanno soltanto una psicoterapia perché non vogliono che si curi corpo e alimentazione. Si inventano a volte dei lavori molto particolari per nascondere la malattia, per es. si inventano allergie alimentari… Insomma, c'è tutto un processo di nascondimento. E' questa la cosa più insidiosa, la sottovalutazione dei disturbi fisici che possono essere invece molto importanti. Ecco, un altro punto è che venga presa in tempo. Calcoliamo che quando l'anoressia supera i 3-5 anni, comincia a diventare cronica e più difficile da trattare e i danni possono diventare permanenti a causa della denutrizione; *in primis* per le ossa, perché in quel momento adolescenziale si forma la struttura fisica e se hanno una osteoporosi precoce avranno una scarsa provvista di struttura ossea e con gli anni avranno fratture. Insomma, l'osteoporosi è molto frequente. E poi l'anoressia produce danni di altro genere, a tutti gli organi, compreso il cervello, il quale dopo una fase iniziale, subisce una atrofia irreversibile con ulteriori danni psichici. Difficile è anche l'approccio riabilitativo nutrizionale al disturbo anoressico.

Domanda: *Insomma, emerge che ci sono diversi vertici e diversi setting di cura.*

Risposta: Sì! Il *setting* di base è un *setting* ambulatoriale. Sappiamo che nella fase evolutiva c'è bisogno del coinvolgimento della famiglia. Gli interventi di validata efficacia sono pochi. La terapia familiare è uno dei *setting* considerati di maggior efficacia nella fase evolutiva. Quindi, nella giovane età, il *setting* è un *setting* ambulatoriale-individuale, però integrato con la terapia familiare. Il *setting* è plurale, multiplo. Io, ad esempio, quando lavoravo istituzionalmente, usavo la terapia di gruppo di tipo psicodinamico per pazienti soprattutto giovani; per persone più avanti con gli anni e con *binge-eating* usavo gruppi che erano di tipo psicoeducativo, che si basavano sull'educazione terapeutica di Assal, che consiste in un lavoro per rendere molto attivo il paziente sulla sua stessa malattia. Un altro lavoro, sempre in gruppo, era la riabilitazione psicocorporea, in cui erano presenti anche dei fisioterapisti e psicologi che lavorano sul corpo delle pazienti. Era un lavoro di condivisione verbale sul rapporto con il corpo, quindi si usavano tecniche di rilassamento e di ascolto del corpo. Diciamo che così si metteva in gioco proprio il corpo, che veniva nascosto e vissuto con vergogna. E poi ci sono anche altri *setting*: a volte c'è bisogno di un ricovero in quei pochi centri specializzati che ci sono in Italia. Laddove c'è un centro per disturbi alimentari spesso, anche qui a Roma, nasce anche un *day*

hospital, che può essere molto utile perché la persona riceve un trattamento h12 senza ricoverarsi. C'è bisogno di centri specializzati per il ricovero specifico perché non è sufficiente solo il reparto di medicina. Devono essere specializzati nella riabilitazione nutrizionale. Poi, inoltre, c'è la comunità.

Domanda: *Le posso chiedere qualcosa di un po' più specifico sul gruppo omogeneo, sul gruppo di pazienti?*

Risposta: Il gruppo omogeneo in genere viene fatto, nella mia esperienza, con i pazienti in comunità. Io l'ho fatto, ambulatorialmente in un'unità operativa clinica che si occupava di soli pazienti con disturbi alimentari, ma erano omogenei relativamente nel senso che c'erano disturbi alimentari diversi. Il gruppo strettamente omogeneo non credo sia la cosa migliore, cioè solo anoressiche, solo bulimiche, solo *binge-eating*. È meglio farlo transnosografico, perché vengono rispecchiate modalità diverse del disturbo alimentare. Se facciamo un gruppo omogeneo di anoressiche per es., si focalizzano solo sul tema del peso.

I: *Dinamiche di rivalità particolarmente accese?*

Risposta: Esatto! La metterei da questo punto di vista. Certamente omogeneo ha la sua importanza, perché ci si focalizza sull'immagine corporea e sull'alimentazione. Però c'è sempre una fase del lavoro analitico che poi deve transitare verso il mondo interpersonale, sul Sé.

Domanda: *Che ruolo ha nella sua esperienza il lavoro multidisciplinare dell'équipe?*

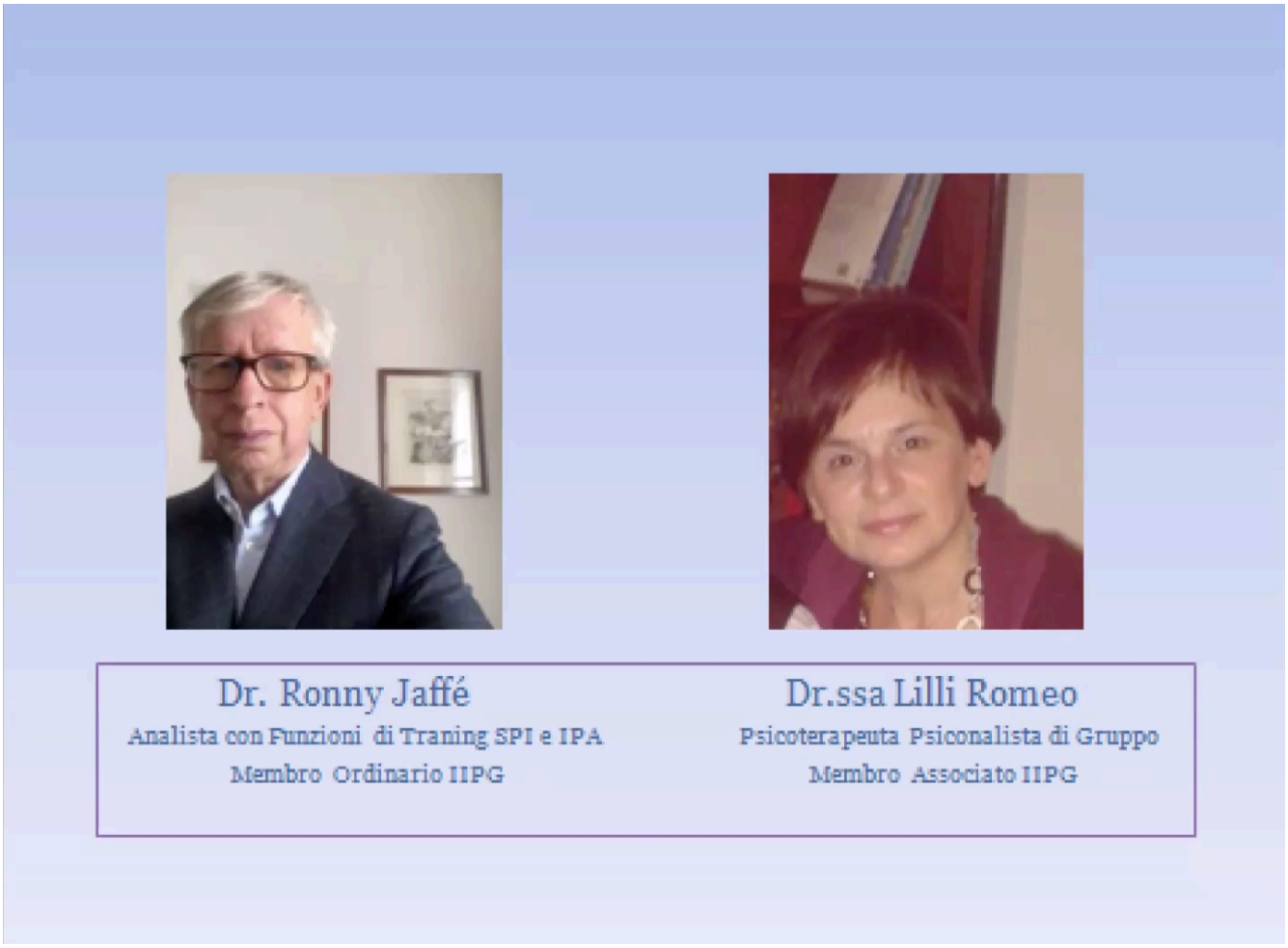
Risposta: La forma minima dovrebbe essere la coppia psicoterapeuta o psichiatra, a seconda della gravità del caso, e un esperto nutrizionista sui disturbi alimentari. Poi si amplia a seconda della gravità. A livello istituzionale c'è anche il dietista, ci può essere il medico internista, ecc. La cosa importante è che lavorino in un'équipe che dialoghi, perché spesso la scissione mente-corpo, soprattutto nei casi di anoressia, produce una forte conflittualità nell'équipe tra chi si occupa del corpo e chi della mente. Importante è la situazione psicodinamica e del paziente all'interno della famiglia. Quindi, l'équipe deve essere multidisciplinare e soprattutto integrata, nel senso che in essa ci deve essere un dialogo che permetta di capire il mondo interno del paziente e strutturare un'alleanza terapeutica.

Giancarlo Di Luzio, psichiatra, psicoanalista SPI/IPA, gruppo-analista, membro SISDCA (Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare) e AED (*Academy of Eating Disorders*). Da oltre venticinque anni si occupa, nel pubblico e nel privato, del trattamento della psicopatologia giovanile e dei disturbi alimentari psicogeni. Conduce da anni, nel Centro di Psicoanalisi Romano, un gruppo di studio sui "disturbi del Sé, dell'immagine corporea e dell'alimentazione"; dal '79 al 2014 ha lavorato come psichiatra dirigente nei servizi psichiatrici del SSN, tra cui Area Interdipartimentale dell'Adolescenza (1992-2002) e U.O. Disturbi del Comportamento Alimentare (2002-2014), AUSL RM E.
E-mail: giancarlo.diluzio@fastwebnet.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Intervista a Ronny Jaffè
A cura di Lilli Romeo



https://youtu.be/oMaE51EGc3Y

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Intervista a Federico Dazzi
A cura di Stefania Marinelli

Psicoanalista di gruppo,
psicoterapeuta, docente Sapienza, Roma

Psichiatra e psicoterapeuta,
docente Università LUMSA di Roma

https://youtu.be/5e4xrFzNgc4

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Intervista a Roberto Albani
A cura di Stefania Marinelli

https://youtu.be/b7BgAAODjQo

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

CONTRIBUTI TEMATICI

Quando il cibo va a fermare la sofferenza psichica

Sanahuja Almudena

Abstract
Questo articolo si propone di evidenziare, attraverso la presentazione di una vignetta clinica, la complessità del sintomo dell'obesità. Questo sintomo è inserito in una rete di legami interagenti tra diversi spazi psichici (intrapsichico, intersoggettivo, inter e transgenerazionale). Alla luce di questi elementi dobbiamo prendere in considerazione le dinamiche relazionali in cui si costruisce il soggetto affetto da obesità oltre che con quella generazionale.

Parole chiave: obesità, identità, spazi intrapsichico, intersoggettivo, inter e transgenerazionale, incastrati

Abstract
This article aims to highlight, through a presentation of a clinical vignette, the complexity of the obesity symptom. This symptom is embedded in a network of interacting links between different psychic spaces (intrapsychic, intersubjective, inter and transgenerational). In the light of these elements we must take into account the relational dynamics in which the subject suffering from obesity is built as well as with the generational one.

Key words: obesity, identity, intrapsychic, intersubjective, inter and transgenerational spaces, interlocked each other

Introduzione

La nostra pratica clinica e di ricerca con i pazienti obesi ci confronta regolarmente con la loro sofferenza legata al rapporto che hanno con la loro dieta dal punto di vista polifagico (1). Questi disturbi del comportamento

alimentare (TCA, tr.it DCA), che descrivono come "più forti di sé", sono ingestibili, incontrollabili, indispensabili. Provocano malessere e rimandano a una dimensione di dipendenza. Ci siamo subito resi conto che per accompagnarli in un processo di metamorfosi sia psichica che corporea, dare significato al loro sintomo è diventato un passaggio terapeutico essenziale che favorisce il trattamento del DCA. Dare senso al sintomo significa essere in ascolto della storia individuale inseparabile quella dell'oggetto materno e familiare, spesso impregnato dal peso di traumi genealogici. Questi ultimi, attraverso la trasmissione psichica, avrebbero lasciato tracce nelle generazioni successive sotto forma di molteplici sintomi, inclusi sintomi corporei come l'obesità, a volte portato da un membro di una famiglia. Assumiamo quindi che il soggetto obeso possa essere considerato un portatore di sintomi del suo gruppo primario di appartenenza allargata. Questo sintomo occuperebbe una funzione nell'economia psichica individuale e familiare che sarebbe quella di fermare le sofferenze passate e attuali. Quindi, questo sintomo è in un certo senso l'albero che nasconde la foresta, la sua origine può essere multifattoriale. La sua perdita apre regolarmente le porte delle sofferenze mantenute in stato di contenzione psichica (Mellier, 2005). Queste parole descrivono l'idea di una nozione di incastro di spazi inter-dipendenti dalla dinamica che opera nel funzionamento psichico, come le bambole russe. Esisterebbe una condivisione e una circolazione per trasmissione e trasformazione di contenuti consci e inconsci tra i diversi spazi (intrapsichico, intersoggettivo, transgenerazionale) che rilasciano il sintomo obesità e del TCA che ne deriva in un soggetto. In un approccio psicodinamico e psicoanalitico familiare, attraverso questo scritto, e con l'aiuto di una vignetta clinica, metteremo in luce la complessità di questo sintomo e dei suoi meccanismi psichici sottostanti intrecciati in questi diversi spazi e il suo approccio terapeutico.

Sintomo obesità un incastro di spazi psichici

Promemoria teorico: legame psichico, trauma e processi familiari di trasmissione

Come accennato in precedenza, il sintomo dell'obesità si inserisce in una pluralità di spazi psichici: intrapsichico (il soggetto), intersoggettivo (in legame con l'oggetto materno) e inter e transgenerazionale (trasmissione, segreti, non detti, traumi portati a propria insaputa). Da questa prospettiva familiare, secondo Ruffiot (Ruffiot, 1979, come citato in Eiguer & al, 1997, p 109): "*Siamo scritti prima di essere editati*" [lett. con gioco di parole intraducibile fra *tissus*, e *issus*, *Siamo tessuti prima di essere creati*]. Vale a dire che il soggetto fa parte di un tutto, di un gruppo già formato da un'intera rete generazionale prima di essere Sé. Ma questo Sé è composto da diversi: “non si nasce da soli”. Il gruppo familiare è interiorizzato nell'inconscio del soggetto, ciò che Kaës (2005; 1993).

chiama i gruppi interni (2). Esso è costruito attraverso una pluralità di legami intersoggettivi intessuti in un involucro genealogico familiare. Per chiarire, un legame è, secondo Kaës, ciò che lega insieme più soggetti in un tutto. Non esiste, infatti, relazione interindividuale senza prima un legame tra i soggetti, legame psichico che, in secondariamente, assicura la continuità della relazione nel tempo e partecipa alla trasmissione familiare. Quando la storia familiare è segnata dal sigillo del trauma genealogico, quello che troviamo in queste famiglie (Sanahuja, 2011 (a); 2015; 2016) dove almeno un membro soffre di obesità, questo trauma attraverso il processo di trasmissione (Freud, 1921; 1913) attraversa i lignaggi, che possono avere ripercussioni sul soggetto che diventerà portatore di questo schema di ripetizione e che influenzeranno il suo sviluppo psicosomatico. Va notato che la trasmissione si basa su nozioni di *après-coup* e sul concetto di negativo, di mancanza, di difetto. L'individuo è solo l'anello di una catena intersoggettiva (Freud, 1914) inerente alla storia familiare. Si inscrive in quest'ultima, in cui circolano elementi grezzi, non sviluppati psichicamente dagli antenati e di cui è anche il custode. Egli diventa allora il ricettacolo di un'organizzazione familiare soggiacente e inconsapevole segnata dal sigillo del transgenerazionale. Questo processo di trasmissione avviene attraverso alleanze inconsce (Kaës, 2009), come "il contratto narcisistico" (3) Aulagnier, 1975) e quello che Kaës chiamava "il patto denegativo" (4). La trasmissione del trauma genera effetti sulla famiglia che possono attraversare le generazioni e si rifletteranno su alcuni membri attraverso sofferenze psichiche, comportamenti, disagi e sintomi. Inoltre, questi traumi inter e transgenerazionali hanno indebolito il corpo familiare. Queste famiglie sono per lo più invase da enormi ansie di separazione (Sanahuja, 2015). Qualsiasi nascita può quindi diventare una fonte di angoscia per i genitori e soprattutto per le madri. Spesso osserviamo un'onnipotenza della funzione materna. Alcune madri sono "eccessivamente" coinvolte nella vita del loro bambino, sono ansiose o addirittura depresse (Bruch 1974, Trombini et al 2003, Banis, 1998; Jonhnson, 1994; Stradmeijer, 2000). I padri, dal canto loro, sono distanti, intervengono poco o, quando lo fanno, assumono un ruolo materno, che rafforzerà una disfunzione nei legami intersoggettivi originari. Tale disfunzione è radicata anche nelle prime esperienze affettive e libidiche, al momento della nutrizione, che danno luogo aper il soggetto ad un'obesità del tipo evolutiv descritta da Bruch (1974) diversa da quella di tipo reattivo (5).

Collegamento intersoggettivo primario difettoso come fattore scatenante dell'obesità e le sue ripercussioni intrapsichiche

Questo tipo di obesità si inscrive all'origine del soggetto e ne determina l'identità. È legata alla fissazione allo stadio orale a causa di un difetto di interazione verso l'oggetto primario. Quando arriva il bambino, alcune madri

prese da ansie interne non sono in grado di percepire intuitivamente i suoi bisogni e procedono all'alimentazione forzata sistematica. Tuttavia, questo comportamento materno, quello di rispondere solo con il cibo ai bisogni del bambino, induce poi una dipendenza orale che si tradurrà nel seguito, in maniera sintomatica nel soggetto, in un cortocircuito dell'affetto, una confusione delle emozioni, dei bisogni corporei, in una condotta alimentare operante in tutte le risposte emotive e che sarà di tipo comportamentale polifagico.
Il soggetto usa il proprio corpo per esprimere il proprio disagio, in mancanza di parole per esprimere le proprie emozioni. L'oggetto nutrimento calma il suo stato di tensione interna legato alle emozioni provate e alle ansie vissute. Così, il fallimento del legame primario, legato alla mancanza di un contenitore materno, si riflette successivamente nel soggetto anche in una fragilità a livello dell'involucro psichico, in un'immagine inconscia del corpo “nebuloso”, un'identità confusa e limiti psichici e corporei sfocati (Sanahuja, 2011). Nel senso che il soggetto si trova in rapporti "legati" con l'oggetto materno, che ostacolano il suo processo di differenziazione. Non sa fare la differenza, la separazione tra il Sé e il non Sé (Sanahuja, 2011). Questa mancanza di differenziazione e separazione porta anche a una grande dipendenza dagli oggetti esterni. Inoltre, spesso l'accesso al Sé e la verbalizzazione diventano complicati. Questo si manifesta nel contesto degli incontri clinici con questi pazienti nelle difficoltà a verbalizzare la propria storia, le proprie emozioni, i propri affetti per poi fare fantasie e mentalizzazioni che rinviano a un funzionamento di tipo alessitimico e un pensiero operativo. È difficile per loro avere accesso al simbolico e elaborare la loro esperienza, e ciò ostacola il loro processo di soggettivazione; di sicuro in collegamento con una rimozione del trauma.

V**ignetta clinica**

Incontriamo la signora, 30 anni, come parte di un follow-up terapeutico iniziato 5 anni fa. Verrà a intermittenza. Viene a trovarmi perché per molti anni ha sofferto del suo rapporto con il cibo. Ha fatto ricorso a numerosi tentativi di perdere peso nel corso della sua vita. Anche lei è andata in un Centro. Tutti i suoi tentativi hanno portato a fallimenti e aumento di peso. Da quando era piccola la signora ha avuto un indice di massa corporea (IMC)(6) al di sopra della norma. Si è sviluppata con un'obesità di tipo evolutivo rinforzata da traumi su cui torneremo più avanti. Secondo la signora, anche sua madre soffre di obesità. Quest'ultima rosicchia e mangia una grande quantità di cibo (iperfagìa) punteggiato da compulsione. Come sua madre, la signora presenta gli stessi disturbi del comportamento alimentare polifagico.

Anamnesi e percorso terapeutico

La signora è la maggiore di una famiglia di 4 figli. È la prima figlia di sua madre. Suo padre non la riconobbe. Viene descritto come un uomo di passaggio, proveniente dai paesi del Maghreb. Sarà adottata da piccola dall'uomo che in quel momento condivideva la vita di sua madre.

La signora è in coppia. È venuta a stabilirsi nella regione per stare con il suo compagno. La separazione dalla madre sarà per lei motivo di dolore. Dice di essere molto vicina a sua madre, fusionale. Spesso quando parla della distanza da lei, piange. La signora è emotivamente molto dipendente dal suo *partner* come lo è da sua madre. Riproduce lo stessolegame, si potrebbe dire. La coppia è in unione e fusione. Fanno tutto insieme. Hanno gli stessi amici, gli stessi interessi. Da quando è arrivata nella regione, i DCA della signora sono aumentati e il pesocon essi, ma lei non sente che sta ingrassando.

Durante le prime fasi delle consultazioni, il fronte della scena terapeutica è occupato dal suo DCA, in particolare dalle sue compulsioni alimentari e dai suoi aspetti descrittivi, che danno ai nostri incontri una dimensione ripetitiva e operativa. Descrive le sue compulsioni alimentari in cui fa in modo di non vomitare. Assorbe una grande quantità di zucchero compresi i "croissant" in brevissimo tempo. Ma parlare di lei è molto difficile, stabilire collegamenti anche tra la sua storia e il suo rapporto con il cibo. I primi anni dei nostri incontri saranno per noi pesanti, con una notevole dose di forza d'inerzia, una difficoltà a pensare alle sedute, scandite da lunghi silenzi riferiti al vuoto. Un vuoto interno nella signora in cui al momento l'oggetto cibo conferisce una certa consistenza, per far fronte alla sua "incoerenza" interna. Mangia tra l'altro per riempire un vuoto, per darsi sicurezza, per rassicurarsi. Smetterà di venire per un certo periodo di tempo senza nemmeno avvertire l'interruzione e la sua assenza all'incontro. Taglia il collegamento quando il DCA si abbassa. È in funzionamento tutto o niente. Tuttavia, durante questo periodo di cambiamento fisico, è sopraffatta dall'ansia e dagli affetti depressivi. Psichicamente la perdita di peso la sta provando e la destabilizza.

Infine riprende un appuntamento quando attraversa un periodo difficile con il compagno, ciò che ha causato un'impennata del DCA. La signora è persa nella sua relazione e non supporta più l'atteggiamento prepotente e possessivo del suo compagno nei suoi confronti. È attratta da un altro uomo. E soffre ancora altrettanto per l'allontanamento da sua madre. L'atto di verbalizzare gradualmente la aiuta a posizionarsi nella coppia, a dire No e ad esprimersi su ciò che va bene per lei e non va bene. Finora "inassava", senza dire nulla, ma mangiava anche per intorpidire il conflitto, le angosce, il suo pensiero e l'intera sfera emotiva. Mangiare era il suo meccanismo di difesa per negare la sofferenza. Offrendole uno spazio in cui essere ascoltata senza essere in una

relazione di sottomessione, lei può riflettere, dire ciò che sente in terapia. Poi si permette di farlo anche nella sua vita affettiva e professionale. Esprime le sue emozioni come tristezza e rabbia. I DCA diminuiscono un po' e anche il peso. Riduce le quantità di cibo durante i pasti, rosicchia sempre meno e “le crisi” (7) invadono molto meno la sua quotidianità. Stanno diventando sempre più rare. Questa volta, sente la perdita di peso. A poco a poco, arriva a definirsi e ad affermarsi meglio. Il suo Sé e non Sé, la sua immagine corporea, cominciano a definirsi. Essendo riconosciuta nella sua singolarità, ora è in grado di farla riconoscere agli altri. Ma quando inizia questo processo di cambiamento psichico e corporeo, arriverà un nuovo elemento ad interrompere le sedute. Sua madre si separa dal marito. La signora è persa e andrà da sua madre per sostenerla in quel transito. Sembra che il cambiamento morfo-psicologico della signora e quella separazione andranno a destabilizzare gli equilibri familiari e apriranno il vaso di Pandora. Sua madre si ritrova sola con la figlia più giovane. È in pessime condizioni e sotto shock per la brutale separazione dal marito. Quest'ultimo è partito durante la notte con un'altra donna. Depressa, è difficile per lei prendersi cura di sua figlia e della sua casa di famiglia. La signora durante questo periodo visiterà spesso sua madre per starle il più vicino possibile e rimediare alle sue mancanze insieme ai suoi fratelli. La signora riprenderà un appuntamento di nuovo qualche mese dopo. La prima seduta segnerà una svolta nella terapia. All'interno della fratria saranno rivelati palpamenti sessuali del fratello maggiore (dal primo matrimonio) con la sorellina (dal secondo matrimonio). Questa sorella ha raccontato a sua madre del palpamento sperimentato dal fratellastro. Questo elemento innescherà in sua madre e nella signora un ritorno di ciò che hanno represso. Entrambe riveleranno di essere state toccate quando erano piccole. La signora da un amico di famiglia e sua madre da uno dei suoi zii. A quel punto, la signora fa un collegamento con il suo rapporto con il cibo, con gli abusi e gli abusi intergenerazionali. Metterà in connessione quel trauma e i suoi DCA, che si erano accentuati durante il periodo in cui era stata abusata. Prese molto peso, più del solito per anestetizzare quello che ha passato e trasformarlo in Tabù, in segreto, in non-detto come sua madre è stata in grado di fare per anni. Lo rinchiudeva così nel patto denegante familiare. Dopo le rivelazioni la signora soffre di dolori intestinali che la ostacolano quotidianamente. Ha delle crisi in cui a volte non riesce a controllare i movimenti intestinali. Si svuota, come se potesse finalmente liberarsi da tutto questo spreco in senso letterale e figurato. Vede diversi medici finché un nutrizionista non riaggiusta la sua dieta. Si ritiene che zucchero, farina e altri alimenti siano responsabili di questo stato somatico. Il suo corpo si regola. Dopo questa disregolazione, che è espressione del suo trauma ritrova un equilibrio. Il suo rapporto con il cibo cambia. In questo momento, i suoi scompaiono. Perde peso. E trova il senno di poi per analizzare il suo comportamento alimentare, che

lei chiama "ingordigia". Paragona il suo rapporto con lo zucchero alle droghe, aveva bisogno della sua dose, una dose pesante quasi ogni giorno. Il primo assorbimento dello zucchero, il gusto, le dava piacere, un immediato appagamento che cercava di rivivere assorbendone grandi quantità ma non riusciva più a trovare quel primo "flash". Aveva bisogno di calmare i pensieri, le emozioni, le angosce che stiamo supponendo di poter porre in relazione al trauma vissuto e alla separazione fisica dallo stare con sua madre. Ma ad ogni fine crisi si sentiva male, soprattutto cadeva in una sofferenza sia psichica che fisica. L'accesso alla verbalizzazione le permette progressivamente di dare un senso al suo mondo interno. Mette parole sui suoi disturbi e si svuota. Man mano che perde peso, il suo Sé diventa più coerente e il suo corpo pone dei limiti. Si sente più forte per affrontare la sua esistenza.

Discussione: senso psichico del DCA nel soggetto affetto da obesità

Attraverso questa situazione clinica possiamo far luce su ciò che mangiare può significare per alcuni dei nostri pazienti. Possiamo anche spiegarlo in relazione ad un incastro in una pluralità di spazi psichici: intrapsichico, intersoggettivo, inter e transgenerazionale.

Significato del TCA in una dimensione intrapsichica e intersoggettiva

A livello intrapsichico, nei casi estremi, l'oggetto cibo e la sua dimensione compulsiva rappresenta per alcuni una vera e propria dipendenza, uno "sparo" quasi quotidiano dove inizialmente la forza attrattiva è quella del piacere, del gusto, del godimento, lo stato di pienezza sperimentato durante l'assorbimento dei primi morsi che si trasformano rapidamente in sentimenti di vergogna, senso di colpa, lasciando spazio a tabù e disprezzo di sé. A livello intersoggettivo, la dipendenza è spesso legata a un fallimento del legame primario al momento dell'alimentazione, legato alla mancanza di un contenitore materno che si traduce nel seguito per il soggetto in una iper-oralità, problemi di identità, narcisismo, di dipendenza e di separazione. In molti casi, l'oggetto cibo darebbe l'illusione temporanea di non essere vuoto. Può essere considerato come un oggetto transitorio nel senso di Mc Dougall (1982), un sostituto transizionale che risponde a un problema di interiorizzazione delle qualità dell'oggetto materno (Sanahuja, 2013). Nella nostra situazione clinica, la stessa madre della signora soffre di dipendenza e alimentazione polifagica. Ha subito anche un trauma di natura sessuale, che la ha "spezzata" psichicamente generando un'insicurezza interna trasmessa alla figlia attraverso il legame intersoggettivo. E attraverso un processo di identificazione proiettiva, sua figlia, che ha vissuto lei stessa un trauma dello stesso ordine, si è identificata anche con il DCA della madre (rosicchiare, mangiare troppo e episodi significativi di coazione alimentare), come se inconsciamente lei fosse il *continuum* di sua madre.

Ci sembra però importante approfondire le nostre analisi soffermandoci anche sulla dimensione del gruppo familiare che spiega ulteriormente questa mancanza di contenitore materno. Limitarsi a questo approccio intersoggettivo ci sembra relativamente riduttivo e, a nostro avviso, può generare sensi di colpa in queste madri che potrebbero sentirsi responsabili del TCA sviluppato dal loro bambino.

Significato del TCA in una dimensione familiare (inter e transgenerazionale)

Possiamo intendere questa dimensione di dipendenza anche dal punto di vista della famiglia e della trasmissione del trauma genealogico. Spesso questa dimensione di dipendenza è legata anche a traumi come quelli di natura sessuale vissuti dal soggetto ma anche da membri di altre generazioni a livello transgenerazionale e intergenerazionale. Si assiste a una forma di ripetizione dell'evento nella catena generazionale. Sappiamo che questi traumi hanno un impatto sulla famiglia, la cui manifestazione è una fragilità interna del gruppo familiare affetto da obesità e dal rapporto di dipendenza dall'oggetto alimentare. Troviamo in queste famiglie problemi di oralità, vuoto, fragilità narcisistica (Sanahuja et al., 2011 (a) e del contenitore, mediante involucri psichici familiari alterati (Sanahuja et al., 2017). Queste famiglie hanno un funzionamento psichico tipico, quello del pensiero operativo (Sanahuja et al., 2013; Sanahuja et al., 2015) dove permane, nella maggioranza di esse, un blocco a livello degli affetti, una carenza di preconscio, di creatività, fantasia e simbolizzazione (Marty, 1963). Inoltre, l'individualità viene ridotta a favore di un corpo comune indifferenziato. Questa diluizione di luoghi e funzioni crea un'intrusione psichica, un importante problema di separazione che può provocare rotture nel legame, e inscrivere il soggetto in modalità relazionali del tutto o niente. Spieghiamo così ciò che la nostra paziente è stata in grado di riprodurre nel contesto della terapia, a livello transferale, dove nella sua relazione d'oggetto, si colloca nella rottura del legame. A volte, quando interrompe la terapia, è nel "nulla" e altre volte quando torna sul posto è nel "tutto". Questo può generare per noi, come terapeuta, a livello controtransferale, angosce di abbandono, angosce vissute dalla signora ma che riguardano anche il suo funzionamento familiare.

Inoltre, tornando sulla questione del trauma genealogico, come abbiamo potuto evocare, il soggetto fa parte di un tutto, di un gruppo già formato da un'intera rete generazionale prima di essere Sé. Vero *patchwork* di identità, questo Sé è composto da più appartenenze a diverse lignaggi. Il soggetto interiorizza la sua famiglia attraverso il processo di trasmissione. Raccoglie così in sé parti del Sé familiare. Nel senso che è portatore di gruppi interni che avranno ripercussioni sul suo Sé, sulla sua identità e sul suo corpo.

Per quanto riguarda i nostri pazienti affetti da obesità, la mancanza di contenimento familiare, legata ai traumi vissuti, genererà un fallimento in seguito nella natura dei legami intersoggettivi e in alcuni processi di costruzione dell'identità filiativa. Questi collegamenti sono criptati dalla storia familiare traumatica trans e intergenerazionale e indeboliranno il Sé familiare. Questa storia è incorporata anche nel corpo del soggetto, portatore stesso di un tale fragile Sé familiare. In questo tipo di famiglia il soggetto si costruirà dunque su basi fragili, una famiglia auto contaminata dalla sofferenza ancestrale, anche fonte di insicurezza genitoriale. Così, attraverso la trasmissione psichica accoppiata a un processo di identificazione proiettiva e adesiva, il soggetto incorporerà elementi grezzi senza che questi siano evoluti trasformativamente. Tali oggetti incorporati contamineranno il soggetto, il suo Sé sarà così abitato da fantasmi appartenenti a lignaggi inter e transgenerazionali. Si stabilirà quindi un legame narcisistico nel rapporto che il soggetto avrà con gli altri. Un legame che ritroviamo anche a livello familiare e che anima i membri del gruppo familiare. Un legame che possiamo anche qualificare come “adesivo” e arcaico, un legame-non-vincolo, che genera un corpo familiare comune in cui regna una confusione di limiti psichici, rafforzando il “legame”, una mancanza di creatività, di fantasmatizzazione, oltre che un vuoto nell’insieme dei membri ma anche nel soggetto affetto da obesità (Sanahuja, 2020). I nostri pazienti diventano inconsapevolmente portatori attraverso il loro sintomo di fantasmi (Abraham e Torok, 1978) e traumi ancestrali che creano un vuoto transgenerazionale e intergenerazionale portato nel Sé. Un Vuoto che sarà riempito di cibo. Ricorrono quindi a un nebuloso ego-corpo che rappresenta da un lato una protezione contro le pulsioni interne, i loro disagi e le eccitazioni esterne (Sanahuja, 2011) e dall'altro un contenitore per il gruppo familiare (Sanahuja, 2015).

Conclusione

Quando un paziente decide di intraprendere un percorso terapeutico, è necessario che il clinico tenga conto degli effetti psichici "dannosi" del dimagrimento. Il trattamento del DCA richiede tempo e pazienza. Il processo è lungo e talvolta possono volerci anni prima che il paziente "perda" le proprie difese corporee e diventi più coerente internamente. I DCA possono scomparire dalla terapia nel tempo. Questa scomparsa è però precaria, possono riapparire all'improvviso. È una clinica che opera a "buccia di cipolla". Nel senso che quando si lavora su uno strato, cioè verbalizzato mediante la messa in parole dei disturbi e l’attribuzione di significato al sintomo, un altro appare violentemente. Spesso ogni strato contiene elementi bruti dell'esperienza del paziente e delle generazioni precedenti, di cui egli è portatore a sua insaputa. Sono gli "elementi bruti" che sono stati inghiottiti mediante la nutrizione e che nel momento in cui il sintomo si attenua tendono ad emergere improvvisamente. La perdita dei

pannolini può essere vissuta come una vera e propria esplosione emotiva che può far vivere al paziente un fenomeno discontenimento chesi traduce in angoscia, affetti depressivi, passaggi all'atto, una aggressività multiforme nelle condotte auto e etero aggressivi (verbale, scarificazione, violenza fisica, tentato suicidio…) e un aumento del DCA. Il nostro lavoro terapeutico consiste già nel contenere e poi promuovere la trasformazione di questi elementi grezzi in elementi alfa (Bion, 1962), dando loro una forma, una capacità che gradualmente aiuterà il nostro paziente a definire meglio la sua identità e la sua soggettività. Ma, quando tocchiamo il sintomo e il nostro paziente perde peso, si verifica un effetto domino su tutti gli spazi (intra, inter e transgenerazionale) che indebolisce il sé individuale tanto quanto quello della famiglia. La famiglia ne subisce le conseguenze, perde l'omeostasi acquisita dal sintomo che ha funzione di contenimento del gruppo, con il rischio che il vaso di Pandora si apra. Non pensare alla famiglia quando trattiamo il DCA può quindi generare nuovi traumi e causare il discontenimento familiare: da qui l'importanza, nell'ambito delle nostre terapie, di mettere in opera anche la sfera familiare nei nostri incontri individuali, ma idealmente anche proponendo la terapia familiare.

Bibliografia

ABRAHAM, N., TOROK, M. 1978. *L'Écorce et le noyau*, Paris: Flammarion, 1987. Tr. it. *La scorza e il nocciolo*. Roma: Borla, 1993.

AULAGNIER, P. 1975. *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF. Tr.it. *La violenza dell'interpretazione*. Roma: Borla 1994.

BANIS, H.-T., & al. 1988. «Psychological and social adjustment of obese children and their families», *Child: Care, Health & Development,* 14, 157-173.

BION, W.R. 2018. *Aux sources de l'expérience* (5è éd.), Paris, Presses Universitaires de France. (Original work published in 1962).

BRUCH, H. 1973. *Les yeux dans le ventre*. Paris: Payot; 1994.

FREUD, S. 1921. *Psychologie des masses et analyse du moi*, Paris : Payot, 1981. *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF 9.

FREUD, S.1913. *Totem et tabou*, Paris : Gallimard, 1993. *Totem e Tabu*. OSF 7.

FREUD, F. 1914. «Pour introduire le narcissisme», *La vie sexuelle*, pp. 81-105. Paris: PUF, 1969. *Introduzione al narcisismo*. OSF 7.

JONHNSON, S.-L., BIRCH L.-L. 1994. «Parents'and children's adiposity and eating style», *Pediatric*, 94, 653-661.

KAËS, R. 2009. *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod. Tr.it. *Le alleanze inconsce*. Roma: Borla 2010.

KAËS, R. 2005. «Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept», *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, 2: 9-30.

KAËS, R. 1993. *Le Groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod. Tr.it. *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: Borla 1994.

MARTY, P., M'UZAN, M., DAVID, C.1963. «La pensée opératoire», *Revue Française de Psychanalyse*, n° 27, p. 345-356.
MCDOUGALL, J .1982. *Le théâtre du Je,* Paris, Gallimard. Tr.it. *Teatri dell'Io*. Milano: Raffaello Cortina 1996.
MELLIER, D. 2005. « La fonction à contenir. Objet, processus, dispositif et cadre institutionnel », *La psychiatrie de l'enfant*, 48, 425-499.
RUFFIOT, A., & al. 1985. *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod. (Original work published 1981).
SANAHUJA, A. 2020. «Traumatismes générationnels, une pathologie du lien dans la clinique de l'obésité du lien narcissique encrypté «hyper adhésif» à des relations en «hyper-collage corporel» ou en «hyper-decollement», *Revue de l'AICPF*.
SANAHUJA, A., & AL. 2017. « Famille en mal de penser : où le collage se substitue à l'emboîtement des enveloppes psychiques », 38, *Le Divan familial,* pp.155-171
SANAHUJA, A., & AL. 2015. « Le corps-symptôme comme révélateur d'une fragilité identitaire familiale », *Revue de Psychothérapie psychanalytique de groupe*, p.113-125.
SANAHUJA, A., & AL. 2016. « Corps symptôme » stigmate d'une souffrance familiale. In *Psychopathologie clinique du somatique: 12 études de cas*. Sous la direction de Nathalie Dumet et Lydia Fernandez, In Press
SANAHUJA, A., BELOT, R.A. 2013(a). « Défaillance de la relation d'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse », *L'évolution psychiatrique,* vol 78 n°4, p. 653-667.
SANAHUJA, A., CUYNET, P., BERNARD, A .2013(b). « Pôle isomorphique familial et processus de différenciation chez l'adolescent obèse en perte de poids », *Dialogue*, n°201, p. 107-119.
SANAHUJA, A., CUYNET, P. 2011(a). «Image du corps chez l'adolescent obèse et transmission transgénérationnelle», *Le Divan familial*, 27, p. 81-94.
SANAHUJA, A. 2011(b). *L'adolescente face à l'obésité. Traitement et accompagnement durant l'amaigrissement*, Presse universitaire de Franche comté.
STRADMEIJER, M., & AL. 2000. Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. *Int J Eat Disord*, 27(1):110-4.
TROMBINI, E, & al. 2003. "Maternal attitudes and attachment styles in mothers of obese children", *Percept Mot Skills*, 2: 613-620.

Note

1. Polifagia vuole indicare che le turbe del comportamento alimentare sono diverse.
2. “I gruppi interni (Kaës, 1976) sono formazioni di legami intrapsichici che includono una struttura di gruppo. Questa struttura ordina le relazioni tra gli elementi che li costituiscono.” (Kaës, 2005, p.11). Kaës definisce sette principali gruppi interni che hanno un ruolo di organizzatore psichico inconscio nella costruzione delle rappresentazioni: l'immagine del corpo, le fantasie originarie, i sistemi di relazioni oggettuali, la rete delle identificazioni, i complessi edipici e fraterni, le immagini e l'immagine dell'apparato psichico.
3. Il contratto narcisistico è un'alleanza di base, attiva durante la nascita del bambino, per dargli un posto e farlo riconoscere come appartenente al gruppo familiare. La nascita agisce come continuità del lignaggio familiare, e inscrive il bambino come parte di una genealogia. Il bambino porta i miti e gli ideali della famiglia, è portatore di un'eredità familiare.
4. Nella sua filiazione: il soggetto è depositario di una parte non pensata; ciò che la generazione precedente non ha trasformato verrà trasmesso alla successive.
5. La teoria di Bruch (1974), mette in evidenza una mancanza di autonomia in questi pazienti, che sarebbe dovuta ad un disturbo precoce del rapporto primario con l'oggetto. L'origine del suo pensiero è basata sulla problematica orale. Vede l'obesità come una fissazione e una regressione alla fase orale. Hilde Bruch identifica due forme di obesità:
   • Obesità di tipo evolutivo legata a una fissazione orale dovuta a una perturbazione precoce della relazione • Obesità traumatica che insorge in occasione di un conflitto e/o traumi. Il soggetto ricorre alla regressione alla fase orale. Ritorna a una modalità arcaica di soddisfazione caratterizzata da benessere e soddisfazione.
6. È l'indice di massa corporea (IMC) che misura l'adiposità, che è il rapporto tra grasso corporeo e peso. Questo indice è il miglior criterio diagnostico e prognostico per l'obesità. Prende in considerazione due dati combinati: peso, altezza, misurando il rapporto tra peso e altezza al quadrato. Peso normale: 20-25 IMC. Da sovrappeso a sovrappeso: da 25 a 30 BMI. Obesità: > 30 IMC.
8. Compulsione alimentare senza vomito.

Sanahuja Almudena, Directrice du département de psychologie
Professeur en psychologie et psychopathologie
Responsable du Master CPCF Laboratoire (EA 3188), UBFC
Email: maria.sanahuja@univ-fcomte.fr

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

La funzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) nella costruzione dell'identità. Percorsi evolutivi nel doppio setting individuale/gruppo

Flaminia Cordeschi

Abstract
L'articolo esplora innanzitutto la funzione dei DCA con riguardo agli aspetti di vulnerabilità del soggetto nei diversi quadri psicopatologici.
Una funzione, intrapsichica e interpersonale, che presenta insieme agli aspetti di difesa patologica componenti evolutive che anticipano una nuova identità, permettendo d'identificare le rappresentazioni negative di sé che ostacolano il cambiamento.
Attraverso l'esperienza di un gruppo monosintomatico, parallelo al percorso individuale in pazienti in fase avanzata dell'iter analitico, viene inoltre posto in evidenza come la funzione del sintomo si modifichi durante il percorso psicoterapeutico e come nel gruppo gli aspetti sintomatici residuali siano vissuti come impedimento alla fine del lavoro di analisi. Il gruppo può porsi come elemento "terzo" per favorire il difficile processo di separazione-individuazione.

Parole chiave: disturbi del comportamento alimentare, identità, gruppo monosintomatico, processo di separazione-individuazione, gruppo come terzo

Abstract
The article explores the Eating Disorders function related to subject's vulnerabilities across the different psychopathological frameworks.
Along with the pathological defensiveness, this intrapsychic and interpersonal function can present evolutionary components anticipating new identity. It also allows the identification of negative self-representations interfering with change.
The experience of a monosymptomatic group, parallel to the individual therapy in the advanced phase of the psychotherapeutic treatment, it is highlighted how the function of the symptom changes during the psychotherapeutic path and

how, in the group, the residual symptomatics are experienced as an impediment to complete of the analytic work.
The group organizes itself as a "third-party" subject catalyzing the separation and individuation process.

Keywords: eating disorders, identity, monosymptomatic group, separation and individuation process, group like a “third-party”

La funzione dei DCA: il sintomo

Nelle interazioni cliniche si può osservare come il disturbo del comportamento alimentare possa svolgere una funzione di gestione degli aspetti vulnerabili della personalità. Una funzione vissuta dai pazienti come protettiva ed evolutiva, anche se coincidente con l’attacco al corpo.
Caso per caso e volta per volta alla sintomatologia alimentare si legano contenuti diversi a seconda delle diverse strutture di personalità e delle specifiche storie di vita.
Il “sintomo”, così i pazienti chiamano il DCA, ha quasi sempre un esordio anoressico e, anche quando vira velocemente verso la bulimia o altre forme di disturbo alimentare, è vissuto come una “soluzione” intrapsichica e, spesso, relazionale per affrontare nuovi compiti evolutivi. I pazienti pensano di poter cancellare alcune convinzioni negative di sé, che fino a quel momento avevano contribuito al senso di continuità dell’identità, per sostituirle con elementi nuovi di segno opposto, costruiti a tavolino.
Questi pazienti si riconoscono soprattutto attraverso queste convinzioni negative di sé, sentite come reali. Sono allenati all’autocritica non costruttiva. Pensano che dentro di loro albergano “persone stupide, brutte, ridicole o sfigate”, ma anche “lupi mannari”, “babbuini”, “mammuth”, “mostri”.
La determinazione a cambiare la propria immagine esteriore con l’anoressia o a mantenere un’immagine soddisfacente con il vomito e con l’attività fisica estrema o a “nascondersi” nel grasso o a passare da una forma all’altra di disturbo possono essere considerati modi per cercare di essere in regola, normalizzati almeno esteriormente e, al tempo stesso, forme di espressione attraverso il corpo che prendono il posto, in quel momento, di rappresentazioni psichiche ancora in cerca d’autore.
Il corpo non è più un luogo dell’intimità con sé stessi e strumento d’esperienza della realtà, ma un elemento esterno, una superficie sulla quale proiettare in modo intrasoggettivo le convinzioni di sé negative che rimandano a vissuti d’impotenza e d’inadeguatezza, spesso legati al fallimento delle interiorizzazioni precoci.

Il DCA comporta una divisione tra una nuova identità esterna di copertura basata sull'evitamento delle emozioni e una dimensione interna che diventa "segreta" in quanto intrisa di elementi di colpa e vergogna.
Nelle persone normopeso che soffrono di bulimia con vomito, spesso il sintomo stesso è un elemento segreto che può essere riconosciuto solo in un luogo dedicato alla cura dei DCA. Quando invece la situazione sintomatica è riconoscibile, è importante la lettura che possono darne i parenti e le altre persone vicine al paziente per riconoscere al sintomo uno status di malattia psichica che richiede di essere "diagnosticato".
I pazienti DCA non si presentano con una domanda di cura del sintomo, ma semmai chiedono di poterlo mantenere in modo moderato, che non si cronicizzi, che non scotomizzi l'attacco contro di sé. Lo vivono difatti come un'autocura.
Ovviamente l'autocura sul piano della salute organica risulta illusoria basandosi sulla negazione del corpo reale, ma può essere decifrata come una fantasia anticipatoria di un'identità che non ha ancora trovato forma e senso.
In questo senso il sintomo può essere paragonato all'esoscheletro degli artropodi invertebrati o alla conchiglia dei molluschi, un sintomo che può proteggere, delineare un "confine" tra esterno e interno, contrastare il precario senso di sé e consentire di muovere i primi passi verso un'autentica individuazione, anche se non è propriamente una struttura di sostegno.

Il sintomo nelle diverse fasi del processo analitico

La persistenza del sintomo nel tempo è variabile, in alcuni casi sparisce velocemente, in altri non si risolve del tutto: dipende dalla struttura di personalità dei pazienti.
Anche durante il lavoro psicoanalitico il sintomo può rimanere attivo per molto tempo, anche se progressivamente indebolito, modificato o intermittente, persistendo degli slivellamenti in attesa di possibili integrazioni.
I progressi evolutivi convivono a lungo con le convinzioni negative di sé che, anche se si fanno meno pervasive, si riattivano nei momenti difficili.
La funzione del sintomo deve essere tenuta presente in tutte le fasi del trattamento, dall'accoglienza fino alle fasi avanzate del percorso psicoanalitico, scorgendone, dietro la ripetizione, gli elementi evolutivi.
Anche quando la portata del sintomo è tollerabile, continua a essere altamente disturbante perché segnala la non integrazione corpo-mente e la difficoltà che permane a individuarsi.
C'è infatti una relazione tra la definizione identitaria e la destrutturazione del sintomo che permane critica anche quando il quadro clinico migliora notevolmente. Nella fase avanzata del percorso questa evidenza, pur rimanendo un indicatore del processo, può diventare distorsiva se alla normalizzazione del sintomo viene attribuito un carattere ideale, che complica i processi separativi

del paziente e rischia di farlo tornare indietro verso l'idea di poter essere considerato solo in ragione del sintomo.

Setting paralleli in un contesto istituzionale DCA

Le istituzioni dedicate alla cura dei DCA amplificano la funzione del sintomo intercettando il bisogno collettivo di essere riconosciuti come esistenti attraverso il DCA e consentendo di mettere l'accento, più che sulla normalizzazione del sintomo, sul suo riconoscimento come tale, cercando di elaborarne i contenuti criptati.
Nell'Associazione DAI - Disturbi Alimentari in Istituzione - nella quale opero dalla fondazione e che è composta da psicoanalisti, endocrinologi, nutrizionisti e psichiatri, seguiamo ormai consolidate indicazioni della letteratura specialistica lavorando in modo multidisciplinare integrato e accogliendo i pazienti in modo "istituzionale", ovvero relativo a un'organizzazione e a un luogo dedicati dove i diversi professionisti interagiscono con i pazienti e i familiari in un contesto specifico per la cura dei DCA.
Lavorare in un contesto istituzionale DCA permette di sperimentare come la mente gruppale sia particolarmente adatta a cogliere la complessità di questi disturbi.
Questo vale anzitutto per l'équipe multidisciplinare, ma si riscontra anche nei gruppi terapeutici. È stato osservato da vari autori e confermato dalla mia esperienza professionale che l'uso del gruppo monosintomatico come strumento terapeutico ha notevoli vantaggi, avvalendosi delle caratteristiche del gruppo omogeneo amplificate dal contesto istituzionale DCA. Il gruppo monosintomatico offre la possibilità di un contenimento specifico, un'appartenenza rapida, un senso di fiducia e sicurezza, d'essere visti e rispecchiati, di trovarsi tra simili, di costruire rapide immagini condivise e autorappresentazioni gruppali.
Il setting istituzionale, inoltre, è caratterizzato da transfert multipli e da forti fantasie di "condivisione" che possono, se utilmente gestite, favorire una graduale differenziazione.
Il percorso in gruppo è di solito proposto come alternativo al percorso individuale, a volte preparandolo. Può però pure affiancarlo sostenendo i pazienti nel passaggio dalla dimensione privata del percorso psicoanalitico individuale a una dimensione collettiva gruppale nella quale è più facile recuperare non solo cosa c'è dietro il sintomo, ma anche cosa c'è dentro di esso, svelandone la sua funzione specifica.

Il doppio setting: un caso specifico

Qualche anno fa ho ricevuto nello stesso periodo da tre colleghe psicoanaliste esterne al campo associativo-istituzionale la richiesta di poter formare un

gruppo monosintomatico inserendovi quattro pazienti da loro seguite individualmente.
Le pazienti erano in fase avanzata del trattamento e avevano usufruito nei primi anni di analisi di una frequenza alta di sedute, ma via via era diventato necessario rimodulare il setting diminuendo le sedute senza che a questo corrispondesse un'evoluzione in termini d'individuazione e separazione. Si erano così create delle situazioni d'impasse.
Il sintomo alimentare era rimasto presente, ridimensionato e non costante, o in forma automatizzata e cronicizzata.
Le analiste, esperte, sentivano che non si poteva raggiungere una maggiore definizione identitaria ma neanche accontentarsi del lavoro fatto.
In un primo momento la proposta delle colleghe esterne di affiancare al lavoro individuale quello di gruppo mi aveva lasciato perplessa, soprattutto per la presenza nel lavoro individuale di psicoanaliste diverse da me, che avrei condotto il gruppo, e anche tra loro diverse. Temevo che questo elemento potesse indebolire il carattere omogeneo del gruppo. Poi ho iniziato a considerare l'idea che un gruppo di questo tipo poteva giovarsi della possibilità di un confronto con le altre psicoanaliste e con la mia équipe multidisciplinare.
Ho riflettuto sulla circostanza che tra le mie pazienti ve ne erano tre che potevano anche loro trarre beneficio da un lavoro in gruppo. Le seguivo individualmente da qualche anno e da qualche tempo mettevano ciclicamente in discussione i progressi compiuti, vuoi per via della persistenza del sintomo, vuoi per la difficoltà della quale riferivano a partecipare alla vita senza sentirsi dietro un "vetro", avvertita soprattutto da chi pensava di non essere riuscita ad andare fino in fondo con il sintomo, perdendo così l'unica possibilità di farsi vedere e di riuscire a partecipare alla vita insieme agli altri.
Il gruppo è iniziato quindi con sette pazienti, che continuavano anche il percorso individuale con le colleghe o con me.
Delle pazienti, tra i 27 e i 45 anni, quattro erano con bulimia con vomito (in due casi automatizzata e in due casi presente solo in certi periodi), una paziente presentava iperfagia senza vomito, una paziente una sintomatologia anoressica con sporadiche abbuffate e una paziente aveva avuto in passato solo un breve periodo anoressico ed ora era senza sintomo.
Il gruppo è stato proposto alle pazienti per elaborare ulteriormente la persistenza della dimensione sintomatica ed è durato tre anni.

Il sintomo nel gruppo

La presenza del sintomo era considerata da tutte le pazienti un evidente segno di un lavoro analitico non pienamente efficace, nonostante il riconoscimento di un'evoluzione in tanti campi della loro vita.

Il sintomo persistente era qualcosa che inficiava lo stesso senso dell'analisi, una verifica della fallibilità del lavoro svolto, ma anche l'unico garante del diritto a essere viste perché "malate".
Il lavoro analitico veniva sentito come una risorsa vitale e, al tempo stesso, un ostacolo alla definizione di sé, in modo dunque analogo a come percepivano il sintomo.
Tutte parlavano dell'imbarazzo a parlare del sintomo fuori dalle stanze di analisi. Per una paziente era un segreto del quale se ne poteva parlare solo nella terapia individuale. Per le altre, all'opposto, se ne poteva parlare solo nel gruppo perché tutte lo condividevano e loro si sentivano meno giudicate, anche se sentivano di più il dolore. Il sintomo era dunque vissuto come un elemento clandestino per l'ambivalenza tra la voglia di confrontarsi ed essere capite e la paura di venire scoperte inconsistenti.
Il sintomo persisteva nella vita delle pazienti anche nei momenti di felicità, la sua forma cambiava in base alla situazione o al periodo, mutava continuamente.

Le immagini emerse nel gruppo
Nel primo periodo sono emerse delle immagini che hanno poi contribuito ad affrontare vari aspetti dell'analisi. Tutte si riconoscevano in questa immagine considerandola fondamentale: "*Il sintomo è come nuotare con i braccioli. Riesci a non affogare, ma non riesci a nuotare".*
Altre immagini erano condivise solo da alcune pazienti:
Il sintomo è "*un'identità fittizia*"
Il sintomo è come il "*mercurio liquido*", difficile da prendere, cambia sempre
Il sintomo è come un "*gregge di pecore impazzite: ogni pecora un pensiero*"
Il sintomo è come un "*macigno difficile da spostare*", perché lo vuoi togliere ma è utile
Il sintomo è come un "*pilota automatico*"
Il sintomo è una "*stampella per camminare*"
Il sintomo è un "*alieno*", una parte aggressiva, che compie un attentato in ogni momento di gioia
Il sintomo è un attimo di finta pace, un "*modo per ritrovarsi*"
Il sintomo è "*un'arma*" per far soffrire gli altri, ma anche per far soffrire sé stessi non premettendosi di raggiungere alcun traguardo
Il sintomo non ti fa pensare e "*riempie il tempo*", senza sintomo si è più aggressivi, il sintomo calma perché non pensi.

L'evoluzione del sintomo e le aree segrete
Le pazienti immaginavano l'evoluzione del sintomo come una dimensione di maggiore "solidità" rispetto alla mobilità liquida dei suoi diversi significati,

cercavano una possibilità di definirlo, stabilizzarlo e dargli un significato univoco muovendosi in una direzione opposta a quella elaborativa.
Il sintomo, infatti, inizialmente vissuto come un "fatto" concreto, attraverso il lavoro terapeutico, diventava un "fattore psicologico", divenendo possibile recuperare il suo valore proiettivo. Il sintomo non era più considerato una realtà ineluttabile.
A causa della persistenza del sintomo le pazienti si chiedevano se dovevano ricominciare tutto dall'inizio, temevano che il loro percorso fosse stato finto, illusorio. Era impossibile andare avanti, ma anche concludere il trattamento per non rimanere con un pugno di mosche.
Nel gruppo era anche emersa nel tempo una dimensione "segreta", un'area che ciascuna aveva difficoltà a portare alla luce e che rimaneva relegata nel lavoro individuale.
I segreti, di tipo diverso, riguardavano sempre esperienze in eccesso o esperienze mancanti delle quali le pazienti si vergognavano.
Solo progressivamente è stato possibile condividere sia le aree segrete, sia intensi momenti conviviali ma anche di tensione e di scontro. Il tutto ha permesso un sentimento di sempre maggiore appartenenza.

Indicazioni conclusive

L'esperienza del doppio setting individuale/gruppo in un contesto istituzionale per DCA rende possibile elaborare alcuni significati veicolati dal sintomo.
Il gruppo rappresenta una dimensione "pubblica" rispetto al lavoro individuale e contribuisce a ripristinare un ponte con il mondo esterno, non sovrapponendosi al lavoro individuale, ma affiancandolo utilmente e spesso favorendone la conclusione in concomitanza con la fine del gruppo.
Il gruppo dà l'opportunità ai pazienti non solo di riconoscersi attraverso il sintomo, ma anche di separarsi capendo la pluralità delle diverse letture che gli si possono dare e che emergono dal confronto con le esperienze degli altri. Sentendosi riconosciuti e accettati nel gruppo, i pazienti ritrovano il diritto ad andare avanti, ognuno con le proprie caratteristiche.
Per alcuni pazienti questi elementi del lavoro in gruppo possono non essere sufficienti ad affrontare i loro aspetti psicopatologici, non consentendo dunque di concludere il trattamento individuale anche molto tempo dopo la fine di quello di gruppo.
Per tutti, tuttavia, il gruppo come "terzo" può aiutarli – volendo riprendere l'immagine fondamentale emersa nel caso indicato – "a nuotare da soli lasciando sulla riva i braccioli del sintomo".

Bibliografia

Bleger J. (1966), Psicoanalisi del quadro psicoanalitico. In C. Genovese (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico* Milano: Cortina.
Ciccolini L. Cosenza D. (a cura di) (2015), *Il trattamento dei disturbi del comportamento alimentare in contesti istituzionali* Milano: Franco Angeli.
Cordeschi F. (2014) La psicoterapia psicoanalitica di gruppo per pazienti con disturbo del comportamento alimentare in *Fare gruppo nelle istituzioni* (a cura di) Neri C., Patalano R., Salemme P. Milano: Franco Angeli.
Dazzi F., Marinelli S. (2013), *Anoressie: patologie del Sé corporeo*. Milano: Franco Angeli.
Ferrari A. (1992), *L'eclissi del corpo. Una ipotesi psicoanalitica* Roma: Borla.
Lombardi R. (2016), *Met*à *prigioniero, met*à *alato* Torino: Bollati Boringhieri.
Marinelli S. (2019), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico* Roma: Borla.
Neri C. (2021), *Il gruppo come cura* Milano: Raffaello Cortina.
Rossi Monti M., D'Agostino Alessandra (2016), Clinica del corporeo ovvero psicopatologia della contemporaneità. *La camera blu,* 14. Ferite.
Vasta F. N. Scoppetta M. (2004), Gruppo omogeneo, tempo limitato e disturbi alimentari in *Funzione Gamma*, 426. 2004, Università La Sapienza, Roma.

Flaminia Cordeschi, psicologa clinica e psicoanalista della Società di Psicoanalisi Italiana (SPI), Presidente dell'Associazione DAI – Disturbi Alimentari in Istituzione.
E-mail: flaminia.cordeschi@gmail.com

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

La famiglia anoressica, animali inclusi

Ludovica Grassi e Daniela Lenzi

Abstract
A partire dal riconoscimento della dimensione politopica dell'inconscio e dall'individuazione sempre più frequente nella clinica di funzionamenti e contenuti psichici arcaici, in cui l'azione prevale sulla rappresentazione, si discute la necessità di aprire il setting alle dimensioni extratopiche dell'inconscio e a strumenti di lavoro che permettano di focalizzare i confini, i legami, gli *ingranamenti*, gli agiti e le modalità di trasporto della sofferenza da un soggetto all'altro. Il setting familiare è particolarmente indicato nel trattamento dei disturbi alimentari, che esprimono sia a livello fantasmatico che interattivo una sofferenza dell'insieme familiare, strutturato come organizzazione antilibidica. Dalla presentazione di un complesso caso clinico, in cui il sintomo anoressico ha coinvolto più membri in fasi diverse della vita, compresi gli animali domestici, emerge la centralità del corpo, individuale e familiare, e come i processi di introiezione (sostituiti dall'imitazione e annullati dalla proiezione evacuativa) e la pulsionalità siano bloccati o gravemente deformati.

Parole chiave: animali domestici, corpo, difese transpersonali, famiglia anoressica, indifferenziazione

Abstract
The anorexic family, including pets
Starting from the recognition of the polytopic dimension of the unconscious and the increasingly frequent clinical recognition of archaic psychic functioning and contents, in which action prevails over representation, we discuss the need to open the setting to the extra-topic dimensions of the unconscious and to working tools that allow us to focus on the boundaries, links, *engrènements*, actions and transportation of suffering from one subject to another. The family setting is particularly indicated in the treatment of eating disorders, which express both on a phantasmatic and interactive level a suffering of the family as a whole, structured as an antilibidinal organization. From the presentation of a

complex clinical case, in which the anorexic symptom involved several family members in different phases of life, including pets, the centrality of the individual and family bodies emerges, as well as a block or deformation of pulsionality and introjection processes (replaced by imitation and annulled by evacuative projection).

Key words: anorexic family, body, pets, transpersonal defenses, undifferentiation

Sul piano storico, sociologico, biologico e psicologico, la famiglia è uno strumento essenziale per processare l'alterità e la continuità, entrambe bisogni di base e prove fondamentali per tutti gli esseri umani. Il dispiegarsi di una nuova esistenza s'innesta all'intersezione della diversità e alterità con il bisogno narcisistico di identità e continuità. La famiglia è dunque il principale dispositivo spazio-temporale in cui questi processi possono svilupparsi: la sua funzione fondamentale di generare nuove vite implica una riproduzione del passato nel futuro, ma anche un radicamento nell'alterità. Questi elementi apparentemente opposti sono già presenti nel processo biologico della riproduzione, che consiste nell'incontro di due diverse cellule sessuali o gameti, che con il loro materiale genetico sostengono la continuità fra le generazioni. Tuttavia, la divisione cellulare meiotica (specifica dei gameti) differisce da quella mitotica (delle cellule somatiche) perché, attraverso lo scambio di materiale genetico fra i due diversi corredi cromosomici (*crossing over*), porta a caratteri inediti nei nuovi nati, aprendo lo spazio alla discontinuità e alla terzietà.
La condizione di *neotenia*, che nei piccoli dell'uomo estende nel tempo lo stato di *hilflosigkeit* e di dipendenza dalle cure genitoriali, permette la trasmissione dai genitori ai figli di essenziali elementi psicologici e culturali. Da una parte, ciò implica che numerose funzioni, sia biologiche sia psicologiche, siano svolte dall'ambiente di accudimento per proteggere la continuità fra il mondo intrauterino e quello esterno, permettendo il dispiegarsi di una nuova vita somato-psichica e il contenimento dell'inevitabile sofferenza inerente alla crescita. Dal versante opposto, attraverso queste operazioni un ingente importo di alterità fluisce da una generazione a quella successiva. A seconda della quantità di lavoro psichico svolto su questi materiali eterogenei o della qualità della loro traduzione, essi possono partecipare alla costruzione dell'inconscio individuale ed all'introduzione del soggetto nella catena intergenerazionale, o cristallizzarsi in resti non metabolizzati che, in luogo di immettersi nei processi rappresentativi andando ad arricchire la dinamica conscio-inconscio, si limitano a riprodursi suscitando sofferenza e patologie somato-psichiche.

Recenti teorizzazioni psicoanalitiche (quali la teoria della seduzione generalizzata di Laplanche) sottolineano la funzione fondamentale dell'altro nel processo di umanizzazione, che richiede l'aggiunta, da parte di un adulto sessuato, di un nucleo pulsionale all'essere istintuale e biologico appena venuto alla luce. Alcune di queste teorie sostengono l'idea di un inconscio intersoggettivo che organizza gli individui e i gruppi, fra i quali quel tipo particolare di gruppo che è la famiglia, mediante legami inconsci, quali quelli alla base del contratto narcisistico (Aulagnier) e delle alleanze inconsce (Kaës): in essi l'alterità è sia quella dovuta alla pluralità dei soggetti implicati, sia quella inerente all'inconscio. Lo stesso complesso edipico, che costituisce la base su cui, a partire dalla scena primaria, è costruita la famiglia, introducendo un terzo elemento scombussola il funzionamento psichico diadico e attiva processi di strutturazione della personalità attraverso l'identificazione e la disidentificazione, coprendo in tal modo l'intero campo compreso fra continuità e discontinuità.
La famiglia, in quanto struttura biologica, psicologica, sociale e storica all'interno della quale gli umani si riproducono, ha il compito impossibile di combinare queste tendenze opposte, e di conseguenza è caratterizzata da un equilibrio instabile e da forme sempre mutevoli. Le storie familiari costituiscono fonti inesauribili di soluzioni diverse all'opposizione fra identità e alterità: monogenitorialità e omogenitorialità, divorzi e nuovi matrimoni che portano a famiglie ricostituite, adozioni e in particolare quelle internazionali, migrazioni e multietnicità, tecnologie di fecondazione assistita sono solo alcuni esempi, e non così nuovi come potrebbero apparire. Sono piuttosto espressione della instabilità che caratterizza il sistema familiare, da considerarsi l'organo della società preposto all'elaborazione del cambiamento, a causa della sua posizione di confine fra realtà interna ed esterna, e fra realtà individuale e gruppale: un trasformatore primario della cultura, che avvia e sostiene i processi di soggettivazione e le loro nuove logiche conseguenti alle trasformazioni dei contenitori socio-culturali.
Spazio e tempo, organizzatori fondamentali della realtà umana, hanno un impatto significativo sulla struttura e sulle funzioni della famiglia, tanto più in seguito alle loro rapide trasformazioni. In effetti spazio e tempo sono elementi costitutivi e caratterizzanti della famiglia, che di norma occupa uno spazio specifico e definito, la casa, intesa in senso fisico e metaforico, e inscritta nel contesto sociale; i membri della famiglia, nel corso della loro vita, occupano e modificano posizioni specifiche e distanze diverse tra loro, con una ingente predeterminazione da parte dalle generazioni precedenti. Il tempo è un altro fondamentale organizzatore sia della famiglia, sia della soggettività: la famiglia affonda le radici nella storia dei suoi antenati, a partire dalla quale sviluppa la propria storia e si proietta nel futuro, mediante narrazioni, aspettative, compiti,

riti, miti, destini e nuove aperture; il tempo è inoltre concretizzato nei legami di parentela presenti nella famiglia, che segnalano il passare del tempo e indicano la direzione degli scambi di nutrimento, affetto, insegnamenti, autorità, identificazioni e così via.
Questi aspetti possono essere deformati da sofferenze non elaborate e depositate o trasmesse attraverso meccanismi sotterranei e distruttivi, spesso espressione dell'operare della pulsione di morte. La necessità di affrontare forme di sofferenza profonde, quali le psicosi, gli stati borderline, le patologie somatiche e della dipendenza, che attivano funzionamenti e difese arcaici e mutilanti, ha portato nell'ambito della psicoanalisi all'elaborazione di nuovi concetti e strumenti terapeutici. In tali situazioni si osserva spesso come le differenziazioni fondamentali che permettono la nascita psichica di un soggetto sono messe a rischio o decisamente compromesse: l'attenuarsi delle differenze di genere, di generazione e fra individui può determinare il mantenimento o la costituzione di aree psichiche indifferenziate, e la traslocazione di affetti, contenuti o elementi non metabolizzabili attraverso i confini individuali o generazionali. In tal modo la funzione di organizzatori psichici dello spazio e del tempo viene alterata o annullata, come si vede nelle patologie transpersonali e transgenerazionali.

Alla luce di questi sviluppi, la stessa concezione dell'inconscio, centrale nella psicoanalisi, assume nuove connotazioni ed estensioni. Già Freud aveva segnalato come i contenuti inconsci possano trasmettersi da un soggetto all'altro senza passare attraverso la coscienza, e in *Psicologia delle masse* (1921) aveva parlato di *contagio psichico* fra gli individui che compongono la folla o all'interno di una istituzione, giungendo alla conclusione che non ci sia contrapposizione fra psicologia individuale e sociale, data la costante presenza dell'altro nella vita di ogni soggetto; mentre in *Totem e tabù* (1912-13) aveva sottolineato come il senso di colpa possa operare attraverso le generazioni, pur in assenza di una consapevolezza cosciente dell'azione che lo ha determinato. Anche Bion, partendo dalle sue esperienze di lavoro con i gruppi, ha definito dei concetti fondamentali per lo studio del funzionamento gruppale, quali ad esempio gli *assunti di base*. Imprescindibile, a mio parere, per comprendere le relazioni fra inconscio individuale e l'altro dello spazio e del tempo, è la teorizzazione di Piera Aulagnier relativa al *contratto narcisistico* e alla creazione dello *spazio in cui l'Io può avvenire*. Accanto a questa, segnalerei quella di Jean Laplanche che ha postulato, all'origine del soggetto, la relazione asimmetrica del nuovo nato con un adulto che gli trasmette significanti enigmatici, permeati dal suo sessuale infantile, destinati a lasciare inevitabilmente dei resti intradotti: saranno questi a costituire l'inconscio sessuale del soggetto, dinamico o, nella sua forma interclusa, intraducibile. Abraham e Torok hanno contribuito ad

ampliare la nostra comprensione delle gravi sofferenze narcisistiche con l'idea di un incistamento di nuclei irrappresentabili nella psiche dell'altro.
Laing ha introdotto il concetto di difese transpersonali all'origine delle patologie più gravi, dove dominano livelli di comunicazione non espliciti, che penetrano nella mente dell'altro attraverso attribuzioni, ingiunzioni, suggestioni e alleanze collusive. Pichon-Rivière, che nella sua parabola di studio è passato dalla psicoanalisi alla psicologia sociale, ha evidenziato nei gruppi la presenza di membri che svolgono la funzione di portavoce, porta-sintomo e porta-sogno, esprimendo il funzionamento dell'insieme del gruppo, le sue fantasie, miti, movimenti psichici. Un suo contributo fondamentale è il concetto di legame (*vinculo*), che si articola fra due soggetti che lo co-costruiscono, piuttosto che fra un soggetto e un oggetto, come nella relazione oggettuale, e obbliga al confronto con l'altro sconosciuto e incontrollabile. Berenstein, Puget e Jaitin hanno elaborato creativamente questo concetto, che implica la stipula di contratti e alleanze, consci e inconsci, fra i soggetti. Bleger vi ha aggiunto le dinamiche fra *depositante*, *depositato* e *depositario*, mentre Kaës ha studiato estesamente la natura intrapsichica ed extratopica dell'inconscio, che individua *nel* soggetto, *fra* i soggetti e *fuori* dal soggetto.

Il riconoscimento della dimensione politopica dell'inconscio, accanto alla individuazione sempre più frequente di funzionamenti e contenuti psichici arcaici, in cui l'azione prevale sulla rappresentazione e la concretezza dell'attuale sulla delimitazione e organizzazione di uno spazio e un tempo del soggetto, richiedono strumenti di lavoro che permettano di focalizzare i confini, i legami, gli *ingranamenti* (Racamier), gli agiti, le modalità di trasporto della sofferenza da un individuo all'altro. Il setting si apre così alle dimensioni extratopiche dell'inconscio accogliendo le coppie, le famiglie, i gruppi, persino i gruppi di famiglie.
Il setting familiare, che prevede incontri regolari con la famiglia a frequenza settimanale e di durata definita e superiore a quella delle sedute individuali, crea uno spazio e un tempo specifici per il dispiegamento e l'operare delle dinamiche intersoggettive. La famiglia è un gruppo con una dimensione storica specifica, radicata in un tempo molto precedente all'inizio della consultazione, con un'estensione intergenerazionale e/o transgenerazionale. Essa condivide uno spazio rappresentato dalla casa, che molte volte esprime fedelmente l'inconscio familiare e l'attribuzione di uno spazio specifico e predeterminato a ognuno dei suoi membri. Nella stanza d'analisi, la famiglia riproduce almeno in parte i rapporti spaziali fra i suoi membri e le diverse configurazioni che assume nel tempo la sua specifica organizzazione spaziale: distanze, spostamenti, formazione di coppie e sottogruppi, movimenti di esclusione e inglobamento... Poiché nelle famiglie i miti, i riti, i modi di fare e di interpretare la realtà

vengono trasmessi più attraverso il fare e l'agire che il dire e il rappresentare fantasmaticamente, la possibilità di osservare e, inevitabilmente, partecipare alle interazioni familiari permette di cogliere questi meccanismi e lavorare alla loro trasformazione. Non si tratta di interazioni in senso fenomenologico ma di un precipitato di relazioni in sofferenza, traumi ed elementi psichici enigmatici che non trovano altre modalità di espressione, né sbocchi evolutivi. Questo tipo di funzionamento, cui partecipano elementi e dinamiche appartenenti alle generazioni precedenti, richiede dunque all'analista una capacità di ascolto corporeo e una disponibilità ad oscillare costantemente fra processi originari, primari e secondari.

Nel setting familiare anche l'analista diventa un membro del gruppo, introducendovi un elemento temporale di fondazione: la sua presenza e l'istituzione dello spazio terapeutico segnalano un momento di inizio, favorevole all'espressione dell'originario e dell'informe. Questo setting allargato permette inoltre di focalizzarsi sui legami, sui confini individuali e gruppali, sui vuoti e le assenze, con le loro qualità, lacerazioni o atrofie, e sulle dinamiche di confine: aperture, chiusure, attraversamenti, intimità, violazioni. Non solo infatti, come ha sottolineato Kaës (2016), l'inconscio non è limitato all'interno dei confini del soggetto, ma anche l'Io, secondo Ruffiot (1983), venendo meno la funzione contenitiva del confine, può diffondersi all'interno dell'apparato psichico familiare, e dunque può essere incontrato soltanto in un setting plurisoggettivo e all'interno di legami intersoggettivi. L'analista è un catalizzatore e rilevatore delle dinamiche in gioco nel campo di forze plurisoggettivo, che percepisce a livello somatopsichico - in particolare attraverso la sua pelle/confine, che può subire vicissitudini analoghe a quelle dei confini singolari o gruppali all'interno dell'organismo familiare. Il confine o pelle familiare ha una funzione di contenimento, para-eccitazione, stabilizzazione, di condivisione del senso o significato, di identità, di pulsionalità, e anche una funzione ritmica: tutte possono essere assunte temporaneamente dalla pelle psichica del neo-gruppo terapeutico. In questo contesto diventa possibile individuare e lavorare le dinamiche fra involucro individuale e familiare, e fra quest'ultimo e quello del gruppo sociale. Nelle famiglie la sofferenza può collocarsi ed evidenziarsi proprio a livello dei confini, presentandoci in maniera molto concreta la difficoltà a funzionare come un insieme di soggetti differenziati appartenenti a due o più generazioni diverse, legate da vincoli generativi asimmetrici. In questi casi le relazioni familiari sono dominate dall'onnipotenza e dal controllo, in una dimensione che Racamier (1995) ha definito *incestuale*, regno del mancato lutto originario che separa il nuovo nato dalla madre e dell'*antedipo*, che si contrappone e/o blocca gli sviluppi edipici all'interno della famiglia.

In questa prospettiva la famiglia appare caratterizzata dalla modalità prevalente attraverso la quale all'interno di essa viene affrontata la sofferenza: ci troviamo così di fronte a famiglie psicotiche, psicosomatiche, anoressiche, e così via. La sofferenza circola da un soggetto all'altro o si installa in un unico membro immobilizzando tutta l'organizzazione familiare, pena il crollo delle difese sui cui l'insieme fa affidamento.
In quella che definiamo famiglia anoressica la sofferenza somatopsichica è centrata su una scissione corpo-mente, mentre i bisogni, stimoli e sensazioni corporei vengono ignorati o annullati. Il corpo della famiglia e, analogamente, il funzionamento pulsionale familiare vengono ferocemente attaccati, come già notava Freud ipotizzando che il rifiuto del cibo dipendesse da una rimozione dell'erotismo orale. Dominano l'idealizzazione e il funzionamento mentale concreto, che hanno portato Anna Nicolò a definire la famiglia anoressica un'organizzazione antilibidica, espressione di una patologia transpersonale, a partire dalla sua visione della famiglia "come organismo fantasmatico e come contesto di apprendimento emotivo e affettivo".
Fin dalle origini della vita la relazione nutritiva, come ha evidenziato Winnicott (1975, p. 184), è permeata da bisogni istintuali e idee predatorie, dall'«idea [della madre] che le piacerebbe essere attaccata da un bambino affamato» e dai vissuti depressivi e persecutori del bambino rispetto al buco immaginario creato nel corpo della madre. I fantasmi intrusivi, aggressivi e di impossessamento, centrati sulla relazione orale, se non accolti e trasformati o, peggio, appesantiti da eredità traumatiche degli adulti che si occupano del bambino, possono assumere valenza traumatica e invadere l'esperienza relazionale e pulsionale del soggetto, assumendo un ruolo centrale nel funzionamento familiare. Se nel lattante le manifestazioni di sofferenza somatopsichica si esprimono prevalentemente attraverso le funzioni corporee, anche nell'anoressia che si manifesta in adolescenza il corpo resta centrale, e i processi di introiezione (sostituiti dall'imitazione e annullati dalla proiezione evacuativa) e la pulsionalità sono bloccati o gravemente deformati. Dominano le difese più arcaiche e generalizzate, permeate dalla pulsione di morte, fra le quali la fusione, la scissione, la dissociazione, l'indifferenziazione, il deposito o trasporto della sofferenza attraverso i confini individuali, l'idealizzazione, il controllo reciproco e l'uso perverso dell'altro, annientato nella sua alterità. Anche le funzioni materna e paterna, che nella famiglia non sono esclusivamente legate alle figure del padre e della madre, sono carenti e distorte, con frequenti esiti di genitorializzazione dei figli, delibidinizzazione del legame di coppia, simmetrizzazione dei ruoli, annientamento del desiderio e del piacere, esclusione dell'aggressività.

Una famiglia anoressica e i suoi animali

Attraverso il lavoro psicoanalitico con una famiglia anoressica, vorremmo mostrare la capacità del setting familiare, sia pur articolato con flessibilità, di evidenziare i livelli arcaici di funzionamento psichico che abbiamo descritto, mettendo alla prova alcuni dei concetti precedentemente accennati inerenti alle dinamiche familiari e alle loro origini e trasformabilità. In questa famiglia la ripetizione intra- e transgenerazionale evidenzia dei temi centrali che riguardano la relazione nutritiva, la temporalità, il conflitto fra alterità e differenziazione, il segreto. Le problematiche del setting sono acutizzate dai cambiamenti imposti dalla situazione di pandemia durante la quale si è svolta la cura e dalla necessità di rispondere ai movimenti interni del gruppo familiare legati al processo terapeutico.

La famiglia di cui parleremo si ripresenta dieci anni dopo la conclusione di un intervento motivato da un grave disturbo alimentare del secondogenito Vincenzo, insorto a 8 mesi. La telefonata del padre esprime subito l'angoscia di essere stati cancellati dalla mente della terapeuta e il conseguente tentativo di annullare il tempo passato attraverso la ripetizione: "ci risiamo da capo! L'aspettavamo..." La nascita di Vincenzo, definita "un incubo", è stata caratterizzata da ospedalizzazioni pre- e postpartum, prematurità e infezioni perinatali. L'ombra della malattia e della morte incombono sull'esistenza di Vincenzo fin dal suo concepimento, fortemente voluto dalla madre per affermare la propria volontà di vita rispetto a una malattia degenerativa diagnosticata quando Alice, la primogenita, aveva 10 mesi, e tenuta segreta ai figli. Altri personaggi importanti della famiglia si ammalano o muoiono durante i primi mesi di Vincenzo, che d'altronde è quello che ricorda costantemente alla madre il suo debito verso la morte. Nello stesso periodo anche Tullio, il padre, ha un crollo psichico che richiede una psicoterapia. Questa prima fase di cura è stata portata avanti attraverso sedute di coppia e di famiglia alternate, nel corso delle quali emergevano il vissuto di esclusione del padre, la modalità compiacente della primogenita Alice, l'esperienza di Vincenzo come oggetto parziale della madre, privo di vita propria e trattato come un contenitore passivo da riempire di cibo nel tentativo disperato di restituirgli la vita, perché identificato con i processi mortiferi in corso nel corpo materno. La grave alterazione dell'elemento temporale in questa famiglia si esprime soprattutto in una costante anticipazione nella relazione primaria: Vincenzo è gettato prematuramente nel mondo da una nascita prematura, viene nutrito prima di poter provare fame o desiderio e preceduto costantemente nelle attività di gioco. La discronia madre-Vincenzo si contrappone all'isocronia madre-Alice, costantemente d'accordo, mentre appare impossibile creare nella famiglia una sincronia o eterocronia che lascino spazio alla soggettività di ognuno. Il lavoro di elaborazione di queste tematiche portò al risultato concreto di una ripresa dell'alimentazione e della

crescita di Vincenzo, dai genitori ritenuta un cambiamento sufficiente per decidere di concludere. Nell'ultima seduta familiare Vincenzo conquistò il proprio spazio differenziato all'interno della famiglia spostandosi dalla sua posizione in braccio ai genitori a una sedia uguale a quelle degli altri.
Dopo dieci anni il disturbo alimentare è passato ad Alice, che ora ha 15 anni, e da oltre un anno ha iniziato a ridurre la propria assunzione di cibo, bloccando l'insorgenza del menarca. L'altro problema portato dai genitori è il rifiuto di Alice di rivolgere la parola al padre, che la ragazza evita costantemente e non guarda nemmeno negli occhi. Alice è da sempre la figlia perfetta, studiosa e condiscendente, contrapposta a Vincenzo, oppositivo e turbolento. La definizione dei figli implica l'immobilizzazione del tempo: "Vincenzo è un *eterno* bambino", Alice "è *sempre* stata adulta". Paola, la madre, sottolinea la sua "alleanza di ferro" con la figlia (*ingranamento*), e rivolge le sue critiche al marito, che "urla o resta muto". In questa difficoltà generalizzata di integrare gli elementi pulsionali, soltanto le contrapposizioni fra opposti sembrano ammesse, a loro volta contrapposte all'indifferenziazione, mentre ciò che va evitato è l'incontro e il riconoscimento dell'altro, diverso e non controllabile.
Il funzionamento familiare anoressico che caratterizza questa famiglia comprende una difficoltà nei processi di separazione-individuazione presente anche nelle famiglie d'origine materna e paterna, o meglio una *non accettazione dell'alterità, eliminata da meccanismi di fusione e cancellazione*; l'assenza di una coppia libidica e di una delimitazione dei confini fra gli individui, i sessi e le generazioni; un edipo mancato e tenuto a bada dai legami fusionali e dall'esclusione del terzo; il diniego e l'uccisione del tempo, che non permette le trasformazioni, la crescita, e in particolare i processi adolescenziali; la difficoltà di pensare e di contenere la sofferenza insita nei processi di crescita, ricorrendo all'uso del corpo e dell'agire. Viene pertanto proposta una psicoanalisi familiare, che permetta l'emergenza delle differenze, la rimessa in moto del tempo, la valorizzazione delle interazioni e l'ascolto del corpo in luogo del vuoto di parola, pensiero e vita che permea il linguaggio dei membri della famiglia. Contemporaneamente, Alice usufruirà di uno spazio terapeutico individuale con un altro terapeuta.
C'è una prima fase di difficoltà dei genitori nell'accettare l'idea che le problematiche coinvolgano tutti, e di Alice che rifiuta il setting familiare temendo il confronto con il padre. Ma dopo un breve periodo di terapia della coppia genitoriale parallela alla terapia individuale di Alice, può avere inizio la cura della famiglia nel suo insieme. Avere accettato che per questo breve periodo l'unico a non partecipare al processo terapeutico sia Vincenzo, sembra a posteriori acquisire il significato di un'azione interpretativa, nel senso di riconoscergli un potenziale di differenziazione rispetto all'immobilità e alla non vitalità degli altri membri della famiglia.

La terapia familiare

È Alice a voler entrare nel gruppo terapeutico familiare, per portarvi il suo desiderio di prendere un cane, mentre Vincenzo vi assumerà la funzione di co-terapeuta attraverso interventi particolarmente sensibili e appropriati. In questa famiglia il corpo parla prima e al posto delle parole e sul corpo si agisce la sfida tra vivere e morire. Il corpo parla anche attraverso le caratteristiche fisiche di ognuno: Paola, la mamma, ha un fisico giunonico che mette in evidenza con vestiti sportivi ma attillati; Tullio, il papà, è alto e sovrappeso e si nasconde dentro vestiti larghi; Alice, 15 anni, alta e magra, ha un aspetto infantile per il modo di pettinarsi e di vestirsi, e nelle sedute in remoto spesso nasconderà il corpo dietro alla madre o sotto una coperta, rendendo difficile seguirne i cambiamenti e lo stato di nutrizione; Vincenzo è piccolo e magro e ha un volto ancora da bambino nonostante i suoi 10 anni.

Nello studio dell'analista i membri familiari si dispongono in un cerchio di cui fa parte la terapeuta, con il padre che sceglie di starle vicino, Alice si siede dal lato opposto con la madre accanto, e questa ingiunge a Vincenzo di occupare il posto fra sé e il marito. Il setting familiare mette al centro dello spazio terapeutico il corpo familiare nella sua articolazione in corpi che assumono posizioni, distanze e atteggiamenti reciproci definiti, indicando alleanze, sottogruppi e spostamenti dei confini che potranno mutare nel tempo come effetto del lavoro terapeutico. Il linguaggio dei corpi evidenzia la ricerca da parte di Alice dello sguardo e del contatto con la madre, il bisogno di Tullio di dare parola al figlio, le reazioni motorie imprevedibili e rumorose di Vincenzo, la difficoltà di Paola di cogliere messaggi diversi dalle sue aspettative, che svaluta ed elimina.

La terapeuta, oscillando nella prima seduta familiare fra sensazioni di risucchiamento o esclusione, ritrova momentaneamente se stessa e il senso del tempo quando avverte la commozione di ritrovare i due fratelli ormai cresciuti e ben diversi da come li aveva conosciuti, in contrasto con la rappresentazione che ne hanno dato i genitori. Vincenzo assume subito una funzione attiva, facendo spontaneamente un disegno di una maschera, con al centro una bocca molto marcata nella forma e nel colore. Questa immagine sembra offrire una rappresentazione dei diversi livelli di funzionamento della famiglia, quello visibile, di superficie, e quello nascosto, cui si può soltanto alludere senza poterlo definire. La maschera sembra anche esprimere il "senso estetico" ostentato da Paola, che l'ha portata a sottoporsi a un intervento chirurgico per adeguarsi alle aspettative dello sguardo materno, e che richiede di annullare le differenze, esigendo un perfetto coordinamento di colori e forme e l'eliminazione di quanto appare estraneo e non conforme alla sua immagine ideale di perfezione. Il disegno della maschera permette anche alla terapeuta di chiarirsi la differenza fra la funzione di *portavoce*, spesso affidata ai figli, e quella della

maschera: nel primo caso, infatti ci sono due soggetti, per quanto confusi, mentre nel secondo l'altro è cancellato, invisibile.
Nella seconda seduta un altro disegno del ragazzo sembra dare una rappresentazione della famiglia come orbite concentriche schiacciate e chiuse in cui sono contenuti dei pianeti. Alice lamenta di non esserci, o di essere dappertutto, come l'aria, ma vi si individua anche lo spazio preso da altri pianeti familiari che alienano la psiche familiare. Saranno numerose le occasioni in cui i ragazzi chiederanno di disegnare in seduta, in quanto abituati a casa ad avere un loro spazio di creatività, che si dimostra un fondamentale elemento di mobilizzazione in questa famiglia, malgrado la rigidità delle difese adottate per proteggersi dalla sofferenza psichica. La possibilità di utilizzare strumenti di espressione creativa allevia la modalità dominante nella famiglia di pensiero concreto, la staticità temporale e l'impossibilità di accogliere rappresentazioni nuove. Questa modalità di funzionamento mentale familiare è condensata dall'espressione "*condito e via"* con cui, nel lessico familiare materno, viene indicata l'ingiunzione di passare oltre quanto si è detto, impedendo il lavoro psichico: nel controtransfert vi corrisponde un blocco del pensiero, un senso di immobilità e buchi della memoria. La ricerca di soluzioni immediate che permettano di eliminare qualsiasi elemento problematico caratterizza anche la storia della coppia, che si è costituita in tempi brevissimi decidendo immediatamente di avere un figlio, quasi un agito controfobico mirato a non differenziarsi dalle famiglie di origine conservando la posizione di figli.

Cambiamento di setting
La pandemia comporta il passaggio al setting in remoto che impone alla famiglia un assetto molto ravvicinato, secondo una disposizione analoga a quella delle sedute in studio: Tullio è tuttavia leggermente più indietro degli altri, e Alice appare contenuta solo parzialmente nei confini dello schermo. Successivamente Vincenzo apparirà in braccio alla madre: sembra costituirsi un corpo unico dal quale sono esclusi il padre e la terapeuta. Il setting in remoto altera radicalmente la situazione terapeutica, imprimendo al tempo, già in sofferenza nella famiglia, un ulteriore appiattimento, con l'esclusione di quel tempo intermedio occupato dall'entrata e dall'uscita dei pazienti, in cui tante cose possono accadere, e anche il tempo e la modalità in cui il gruppo familiare si prepara e reagisce alla seduta durante il percorso verso e dallo studio. A questa mancanza di tempi intermedi sembra corrispondere una riduzione degli spazi di separazione, con il presentarsi della famiglia come un blocco unico. Ne derivano a livello controtransferale sensazioni di eccesso d'intimità non mediata, ma anche di estraneità e violazione. Il setting, che costituisce uno dei dispositivi fondamentali della cura analitica che sta a noi terapeuti definire e proteggere, registrando le modifiche e gli attacchi da parte dei pazienti come indici di

processi e non-processi psichici primitivi, ora dipende prevalentemente dalle decisioni dei pazienti e dalla loro possibilità di proteggerlo. Anche le nostre modalità di percezione sensoriale perdono in complessità e pertinenza, con la scomparsa dell'olfatto e del tatto, mentre l'udito e la vista dipendono dall'elaborazione elettronica degli stimoli originari.
In questa ulteriore accentuazione dell'indifferenziazione, il desiderio di Alice di avere un cane emerge come diverso da quello degli altri membri della famiglia, che vi si oppongono o contropropongono un gatto. Nuovi personaggi entrano così nello spazio terapeutico familiare, e in particolare quello dell'ultimo gatto che adottarono sapendo che era malato, e che morì malgrado le disperate cure di Paola. Tullio non vuole affezionarsi ad animali che si possono ammalare, evocando la nascita travagliata di Vincenzo, e la rappresentazione di un oggetto che non potrà mai gratificare. Se la relazione di cura verso un cucciolo evoca immediatamente la morte, ognuno comincia a definire meglio le proprie aspettative relazionali rispetto a un nuovo membro della famiglia di cui prendersi cura.
Alice esprime il desiderio che sia tutta la famiglia a prendersi cura del cane, che si delinea come rappresentante degli aspetti infantili e bisognosi di ciascuno di loro, evidenziati anche dalla posizione di Vincenzo in braccio alla madre. Inoltre la ragazza fa emergere il desiderio di rivitalizzazione della famiglia, affidando questo compito a un cucciolo piuttosto che ai figli. Paola desidera un altro gatto come espressione del suo investimento narcisistico di un'immagine di sé idealizzata e autosufficiente, contemporaneamente espressione dell'aspetto ripetitivo del trauma e difesa dagli aspetti depressivi legati alla sua malattia: "io preferisco i gatti, sono autonomi come me". Ma per mantenere l'alleanza con la figlia sarebbe disponibile a prendere un cane, "purché sia bello", rispondente al suo senso estetico. Vincenzo accetterebbe la scelta del cane, ma teme l'alleanza fra la madre e Alice: "Voi due avete già deciso, come sempre! Alla fine sarà solo vostro".
La terapeuta sottolinea come il rumore prodotto durante questa seduta dall'agitazione motoria di Vincenzo e dai rimproveri mossigli dai genitori aiuti a coprire i sentimenti angosciosi legati alla morte del gatto. Alice piangendo racconta un sogno, esprimendo quanto senta gravoso dover portare il dolore di tutti: "Siamo tutti in casa. Offi è già morto da alcuni giorni ma ricompare com'era negli ultimi tempi: piccolo, con le gambette che sbucavano dal pannolino, si trascinava in casa". Le associazioni che seguono evocano il corpo piccolo e prematuro di Vincenzo, la morte di uno zio paterno nei primi mesi di vita di Vincenzo e di un nonno molto amato nello stesso periodo del gatto, mentre la terapeuta pensa al corpo di Alice che deve restare piccolo e consunto e alla casa in cui sono tutti insieme, inseparabili. La capacità di sognare il corpo,

sia pure del gatto, segna un passaggio importante verso la possibilità di rappresentare e pensare il corpo aprendo lo spazio fra sensazione e azione.
Ma toccare aree traumatiche e potenzialmente depressive genera reazioni di rabbia e confusione che Vincenzo esprime con agitazione motoria e difficoltà a restare nella stanza, i genitori con litigi e conflitti, mentre Alice manifesta il proprio terrore dell'aggressività: "prima o poi esplodo e non so cosa succede!" La terapeuta è immersa e sopraffatta da quest'ambiente sonoro violento e confondente, fatto di tante voci e rumori sovrapposti e incomprensibili, che la risucchia in uno stato affettivo confuso e indifferenziato. Le difese sono diverse ma si incastrano inestricabilmente fra loro: Vincenzo manifesta oppositività e agitazione motoria, Alice chiude la bocca al cibo e alla parola (mutismo verso il padre), Paola impone il suo pensiero e Tullio si ritira nel mutismo o attacca la moglie: sono tutte difese che utilizzano l'altro e i confini propri e dell'altro, rafforzandoli o attraversandoli, esprimendo un movimento comune verso e dall'indifferenziazione. L'esperienza di una carenza della funzione genitoriale para-eccitatoria, che permette l'afflusso disorientante di un eccesso informe di sensazioni, spinge la terapeuta a proporre una seduta di coppia, che segnerà un punto di svolta importante per il procedere della terapia. In essa si passa dalla negazione e proiezione degli affetti dolorosi al poter finalmente ripensare ai lutti subiti e accogliere la sofferenza e le angosce di morte relative alla nascita di Vincenzo e alla malattia di Paola.
Nelle sedute successive il discorso sul cane porta Alice a esprimere il suo senso di solitudine e il bisogno di essere pensata, e Vincenzo a introdurre il tempo nella trasformazione da bambini piccoli a ragazzi, pronti ad accogliere un animale diverso e con una nuova attitudine di cura. Compare una nuova alleanza tra i fratelli per superare le resistenze dei genitori a vederli cresciuti e a sentirli diversi rispetto al passato. Paola è ancora impigliata nella rappresentazione impossibile del lutto del gatto che preferirebbe sostituire con un altro gatto, mentre Tullio non riconosce alla figlia alcuna possibilità di cambiamento: "se non sa prendersi cura di sé come potrà prendersi cura di un cane?" Qui sono presenti diverse modalità di affrontare la catastrofe della separazione: la ripetizione (Tullio), la sostituzione (Paola) e l'elaborazione (i ragazzi). Un disegno di Alice sembra rappresentare proprio la confusione, la frammentazione e anche la ripetizione, attraverso linee geometriche spezzate che si ripetono. Al centro c'è un figura informe, una specie di insetto, rivolto verso un libro, che sembra esprimere la possibilità di muoversi dall'informe al secondario del linguaggio, senza tuttavia il passaggio per il primario e il fantasma sessuale.
Nella seduta successiva, prima delle vacanze estive, la famiglia porta un conflitto intorno alla possibilità di dare maggior libertà di movimento ai figli. Alice, in particolare, aveva chiesto ai genitori di fare una passeggiata con un'amica alla basilica di S. Tullio (omonima al padre). La terapeuta percepisce l'allusione al

tema edipico, e sottolinea la pericolosità percepita sia nei movimenti di distanziamento che in quelli di avvicinamento, che finora hanno richiesto drastiche difese fra cui il mutismo di Alice nei confronti del padre. A questo punto vengono riferiti due sogni, il primo di Paola:

> *ho sognato che stavamo facendo una passeggiata sulla spiaggia tutti noi, ma a un certo punto Vincenzo andava nella direzione opposta, noi lo perdevamo di vista, non lo vedevamo più, io dicevo a mio marito di chiamarlo sul cellulare, ma non si riusciva a fare il numero. Mi sono svegliata angosciata.*

Alice riferisce un suo incubo della stessa notte:

> *Io e la mia amica eravamo a passeggio, sono arrivati degli uomini che hanno preso lei, io non sapevo cosa fare, ero terrorizzata perché l'hanno portata via. Mi sono svegliata angosciata e ho pensato che mia mamma aveva ragione che era pericoloso andare a San Tullio. Mi ha passato la sua paura.*

L'allontanamento e la relazione con l'altro comportano il pericolo di scomparire ed essere cancellati. Andare in un'altra direzione è vissuto come un attacco fatale al "tutti noi" compatto e indifferenziato, ribadito al contempo dai due sogni su tema analogo. Ma Alice cerca di distinguere quello che prova dai sentimenti materni collocati dentro di lei. Portare questi sogni proprio alla fine dell'ultima seduta prima della pausa estiva impedisce di pensarli ed elaborarli, evitando inoltre di riconoscere i sentimenti suscitati dall'imminente separazione dall'analista.

La famiglia è cresciuta

Alla ripresa dopo le vacanze, ci sono due grandi cambiamenti di setting. La videocamera inquadra la camera da letto dei genitori, o meglio il letto matrimoniale che fa da ambiente/grembo fusionale per l'insieme familiare. È la conseguenza di una ristrutturazione della casa che ha permesso ai figli di avere ognuno la sua stanza. A un accenno di separazione ha risposto subito un ricompattamento della famiglia. Il lettone offre una immagine tridimensionale, su più piani, della scena familiare: i genitori ai piedi del letto, distanti tra loro, Vincenzo e Alice più indietro, verso il centro del letto, con Alice spesso coperta dalla mamma, o con il corpo nascosto da una copertina, mentre Vincenzo è tra la mamma e il papà che spesso si appoggia fisicamente a lui. E al centro del letto c'è un nuovo membro della famiglia, il cane Fuffi, che si muove più liberamente fra loro e parteciperà a tutte le sedute, come membro a tutti gli effetti del gruppo

terapeutico familiare. È una rappresentazione della dimensione strutturale e gerarchica della famiglia: i genitori sono in primo piano ma sostenuti dai figli che sembrano riempire un vuoto della vita intima della coppia. Questo setting così intimo, che allude esplicitamente alla scena primaria, faciliterà nel corso delle sedute successive un minor controllo delle pulsioni, presentate soprattutto dai ragazzi con momenti di intensa agitazione/eccitazione corporea: Vincenzo e Alice cambieranno spesso postura, si rotoleranno nel letto, faranno a botte, spesso seguiti da Fuffi. Quest'ultimo sembra rappresentare, oltre alla dimensione di piccolo bisognoso di cure, la sessualità infantile nei suoi aspetti di eccesso pulsionale incontrollabile e non significabile. La resistenza del gruppo familiare a ritornare in studio esprime il bisogno di proteggersi dalla terapeuta come rappresentante del mondo esterno rimanendo nel loro nido indifferenziato.
Fuffi avrà un ruolo molto importante nello svolgimento della cura analitica, mostrando una grande permeabilità agli affetti e ai movimenti psichici familiari, oltre alla capacità di mostrarli nella loro forma più autentica, ma non più pericolosi come prima: *rêverie* canina?! Segue una fase di oscillazione fra i movimenti di differenziazione dei figli, facilitati dal sollievo di lasciare ufficialmente a Fuffi il posto di piccolo da nutrire e coccolare, e riavvicinamenti per gelosia verso il cane o rassicurazioni di Alice alla madre del loro legame esclusivo. Il lavoro della terapeuta consiste soprattutto nel tenere a mente e restituire il senso delle individualità e confini di ognuno di loro. Fuffi diventa anche il supporto degli aspetti fusionali prima concentrati soprattutto nel legame fra Alice e la mamma, permettendo alla ragazza di esprimere più liberamente i suoi moti infantili e giocosi, all'interno del sottogruppo dei fratelli, anche quest'ultimo sostenuto dalla presenza di Fuffi. Searles (1960) ha parlato del *senso di colleganza* che noi umani sperimentiamo nel rapporto con il mondo non umano, di cui fanno parte gli animali, e dei benefici che possiamo trarne: alleviamento di stati emotivi dolorosi, sostegno alla realizzazione di sé, rafforzamento del senso di realtà e maggiore disponibilità a riconoscere e accettare gli altri esseri umani. Ma in questo caso il cane sembra svolgere una parte molto più attiva, non solo come depositario di aspetti arcaici o distruttivi, ma anche come estensione dell'apparato psichico e affettivo familiare, capace di elaborare e restituire a ognuno emozioni poco articolate e personalizzate.
Si arriva così all'unica seduta in presenza, preceduta da una telefonata in cui Paola attribuisce ai figli la richiesta di portare anche Fuffi per non lasciarlo solo in casa. La terapeuta acconsente, percependo la funzione importante di Fuffi nella famiglia, fra cui anche quella di oggetto transizionale che permetta loro di allontanarsi dal nido indifferenziato del lettone. La seduta si apre con un litigio sul fatto che Alice non butta mai nulla, interrotto da Fuffi che vomita, quasi esprimendo l'intenzione di non prestarsi più alla funzione di depositario di

aspetti indigesti e assumendo invece la funzione di porta-sintomo. Segue l'associazione di Vincenzo con i "versi strani" che fa il padre quando vomita, e che una notte lo hanno spaventato, alludendo a una scena primaria orale espulsiva. Subito dopo Alice ricorda quando in prima media stava da sola a pranzo e mangiava gli avanzi, guardando la televisione per non sentirsi troppo sola e non pensare agli incidenti, terrore della madre: una descrizione che mostra le due alternative percepite dalla ragazza, fra essere abitata dagli affetti materni persecutori e indigeribili, o sperimentare il vuoto abbandonico con la necessità di nutrirsi di avanzi affettivi.
Il sintomo di Fuffi è l'esordio di una forma di anoressia che lo mostrerà debole e immobile sul letto, e che il veterinario attribuisce all'ansia dell'ambiente. Vengono rievocate le storie dei due gatti vissuti con la famiglia, entrambi con gravi difficoltà alimentari e nutriti da Paola con dedizione assoluta. A proposito di Fuffi Paola commenta: "appena vede che mi appresto a preparargli da mangiare se ne va dalla cucina! con tutta la cura che ci metto!" E Vincenzo: "la mamma o ti dà troppo cibo o troppo poco, soprattutto quello che ti piace", rimarcando la cancellazione del piacere legato alla funzione alimentare, che diventa un'introduzione forzata di contenuti cattivi da respingere e una prevaricazione, che depersonalizza, della percezione soggettiva della fame. Per Paola il rifiuto del suo cibo è una dolorosa ferita narcisistica, in cui la ripetizione dell'identico cancella il tempo e le differenze: "sono proprio un fallimento: cinque piccoli su cinque che non mangiano il mio cibo!"
«Anche tra padroni e cani la prevalenza dell'intrapsichico umano, rispetto all'apertura all'interpsichico condiviso, impedisce che si crei nella coppia qualcosa di godibile e di profondamente sensato e produce situazioni infruttuose e frustranti per almeno uno dei due della coppia. La proiezione rivela tutto il suo carattere patologico di sostituzione della realtà dell'altro e di soppressione di una possibile realtà intersoggettiva condivisa» (Bolognini, 2017, p. 1). Ma c'è anche una significativa dimensione transgenerazionale, se nella stessa seduta Paola ricorda come sua madre le tappasse il naso per farla mangiare, confondendo e contrapponendo le funzioni respiratoria e alimentare, e Tullio racconta della regola ferrea che vigeva nella sua famiglia per cui bisognava mangiare tutto ciò che c'era nel piatto "che ti piacesse o no", ribadendo la centralità di un'organizzazione relazionale antilibidica fin dalle generazioni precedenti.
La coppia non riesce più a contenere i fantasmi di morte e di intrusione riattivati dalla ripresentazione del sintomo anoressico e "vuota il sacco" sulla malattia di Paola, suscitando la rabbia di Alice e l'auto-rassicurazione di Vincenzo mirata a evitare il contatto con sentimenti depressivi: un acting evacuativo che produce un temporaneo sollievo in Tullio e un senso di vuoto in Paola, che cerca di colmarlo attraverso il contatto con il cane. Poche parole, come pietre o armi,

hanno interrotto un silenzio di anni. In questa seduta la terapeuta sente di offrire alla famiglia del tempo in più, implicando l'importanza del tempo perché un processo di lutto e di lavoro psichico possa svolgersi.
Dopo alcune sedute caotiche, caratterizzate da un «capovolgimento della relazione contenitore-contenuto» (Polacco, 1997), e in cui l'analista percepisce acutamente il venir meno delle funzioni dei confini psichici all'interno della famiglia, i ragazzi chiedono una seduta solo per loro. In essa lo sconfinamento transgenerazionale si presentifica attraverso le ripetute telefonate della nonna cui sentono di dover rispondere perché soli in casa, proprio mentre i temi in discussione riguardano l'apertura o chiusura delle porte delle loro stanze, per far fronte al mancato contenimento di una pulsione eccedente e incontrollabile. Segue una seduta molto commovente della coppia genitoriale, in cui dietro all'immagine della madre che organizzava ricche e festose tavolate per amici e parenti, Paola ne rivela la grave depressione di cui, data l'assenza e il silenzio paterni, e il successivo crollo depressivo del fratello, resterà l'unica a prendersi cura: un periodo dominato dall'ansia costante che la madre si lasciasse morire di fame e che il fratello si suicidasse, e dal mutismo del padre. Nel riconoscimento del proprio dolore la coppia si riavvicina, l'idealizzazione massiccia e apparentemente inattaccabile della famiglia di Paola dà segni di cedimento, mentre anche Tullio rivela esperienze analoghe di una grave condizione depressiva di sua madre e di un rapporto inconsistente con un padre "muto" (poi rivelatosi un nonno affettuoso e molto presente per i nipoti).
Paola è dovuta diventare la madre ipernutriente in costante lotta con la morte, intrappolata in un legame indissolubile con la propria madre, che a sua volta rappresenta una madre che odia e affama se stessa e i propri figli, e che si sente consumata e divorata dalla relazione con il figlio maschio. Questa storia ha pesato sull'organizzazione di un funzionamento familiare in cui i piccoli di casa, siano essi figli o animali domestici, dovevano essere l'incarnazione della propria madre da tenere in vita: «il corpo e il cibo sono controinvestiti per sostituire una o più persone della realtà esterna, operando una repressione dei legami e degli affetti» (Nicolò, 2010, p. 31). L'immagine inerme di Fuffi, che ingombrava la mente dell'analista, condensa altre immagini: la nonna materna che giace a letto immobile, Paola che la sua malattia porterà alla perdita del movimento e alla morte, l'anoressia di Alice che consuma il suo corpo: corpi femminili rattrappiti, immobilizzati. A queste immagini si intrecciano quelle del corpo intubato di Vincenzo in neonatologia e dei corpi malati del nonno e dello zio paterno. Sono tutti corpi sull'orlo della morte che bloccano il movimento e le emozioni di questa famiglia. L'immobilità corrisponde al mito familiare, radicato nelle storie familiari, per cui separarsi equivale a morire, o meglio a scomparire dalla mente dell'altro. Se Paola ricorda come suo padre non mostrasse alcun interesse per quello che lei pensava, Tullio aggiunge: "anche nella famiglia d'origine di mio

padre non si diceva mai nulla, dominava il silenzio. Quando è morto mio nonno, mio padre ha scoperto che lui e le due sorelle che erano andate via dal paese non erano stati compresi nell'eredità". I depositari e i portavoce si sono succeduti nelle generazioni, ma il mito familiare e il ripudio della dimensione libidica sono rimasti.
Dopo questo momento drammatico del processo terapeutico, i figli immettono nella famiglia un clima nuovo di eccitazione e di vitalità pulsionale. Il corpo di Alice riprende il suo percorso evolutivo con il menarca, ma anche Vincenzo, dopo un piccolo intervento chirurgico agli organi genitali, sembra cominciare ad appropriarsi della propria pubertà. La nuova realtà del corpo sessuato dei ragazzi obbliga la famiglia a confrontarsi con la separatezza, la differenza e l'alterità, aprendo la strada ai fantasmi incestuosi ed edipici, dunque alla piena attività del processo primario. Episodi in cui Alice bambina era rimasta sola con il padre, contrassegnati da un benessere inammissibile o da un contatto percepito violento e spaventoso anche perché incomprensibile, vengono accostati all'immagine di una madre arrabbiata che rivendica il potere di vita e di morte sui figli, ma anche al terremoto emozionale seguito alla rivelazione della malattia di Paola. Forse l'aggressività, la sessualità e la nutrizione, che cominciano a definirsi dal magma indifferenziato in cui erano bloccati, possono prendere strade diverse in ognuno dei membri della famiglia. Anche il transfert si differenzia in transfert familiare e transfert individuali, lasciando emergere, accanto alla compiacenza e alla ricerca di complicità, ansia d'intrusione, competizione, insofferenza, svalutazione, che possono favorire i movimenti di superamento dei legami fusionali e il lutto evolutivo. Questo processo è ben rappresentato dal momento in cui Alice lascia il lettone e si sposta su una sedia (che difenderà: "questa è la mia sedia"), voltando alle spalle alternativamente alla madre o all'analista. C'è voluto l'appoggio del padre al suo difficile lavoro di riconoscimento dell'autonomia del proprio desiderio da quello materno. Dopo che Alice ha liberato il lettone, Vincenzo se ne impossessa recuperando la propria posizione di bambino sfrenato e giocherellone, precedentemente soffocata dall'assunzione del ruolo di co-terapeuta, che lo obbligava a pensare per gli altri; ora che non ha più bisogno di dormire con i genitori, può occuparsi del proprio aspetto fisico di pre-adolescente, trovando anche lui appoggio nel padre.

Qualche considerazione finale

Vorrei concludere questo resoconto della terapia familiare con una famiglia anoressica con la descrizione dell'emergenza, dopo un anno e mezzo di lavoro analitico, di un episodio del passato, traumatico per l'intera famiglia, che forse ha costituito il precipitato *après coup* dei lasciti familiari patogeni che già pesavano sul nucleo. Alice ricorda una notte di Natale in cui dormiva con

Vincenzo nel lettone e, alzatasi, ha visto la madre e il padre in un rapporto sessuale sul divano del salotto. La reazione condivisa da genitori e figlia è stata il silenzio: ognuno sapeva che gli altri sapevano ma nulla è stato mai detto. La difesa sviluppata da Alice è stata il tentativo di tenere distanti i genitori e, contemporaneamente, la costruzione di un ricordo di copertura rispetto all'episodio in cui era stata bene da sola con il padre, mentre la madre era in ospedale, in pericolo di vita per la gravidanza problematica di Vincenzo: un legame indissolubile e confuso fra sessualità, morte e desideri inaccettabili che ha minato il potenziale edipico dell'esperienza ed è stato affidato prima a Vincenzo e poi ad Alice che sono stati i porta-sintomo per tutta la famiglia.
Il ruolo della sessualità infantile con i suoi caratteri perversi, polimorfi, anti-oggettuali e indifferenziati è stato fondamentale nel contribuire all'articolazione della depressività familiare e transgenerazionale con l'erotismo orale nella sua forma negativa (Green) svalutata, congelata, scissa. In questa famiglia i partner della coppia genitoriale sembravano due naufraghi riparati su un'isola deserta e costretti a condividere lo spazio, ad affrontare insieme i problemi e a difendersi dalle minacce esterne (e interne), tenendo a distanza gli aspetti vitali ed eccitanti del mondo interno ed esterno.
Altre difese, sempre nell'orbita del lavoro del negativo, hanno svolto una funzione importante nel disincarnare i corpi in un rapporto perverso con la morte, come l'idealizzazione, il diniego e la scissione, ma anche la confusione, l'indifferenziazione, l'annullamento dei confini e la cancellazione dell'altro. La scelta di un partner che condivideva aree segrete dominate dalla pulsione di morte e dall'operare dello slegamento ha permesso per un po' ai due naufraghi di salvarsi dai flutti impetuosi della vita galleggiando faticosamente sul loro mondo interno negato, mentre la relazione di accudimento dei figli è stata permeata dall'angoscia di mantenerne in vita i corpi come contenitori privi di vita da riempire. Il mito della pericolosità della separazione come portatrice di morte ha determinato un'alleanza fra i coniugi, successivamente condivisa dai figli, sulla necessità di restare uniti evitando il lavoro del lutto evolutivo e la possibilità che il disingranamento (Racamier) lasciasse spazio all'emergenza del desiderio e del piacere.
Il mito familiare del pericolo mortale insito nelle separazioni e nell'incontro con l'altro ha bloccato lo sviluppo della famiglia culminando in un blocco evolutivo nelle due fasi della vita di maggiore crescita e trasformazione: la prima infanzia per Vincenzo e l'adolescenza per Alice. I miti sono degli organizzatori fondamentali della famiglia: essi forniscono uno strumento per interpretare la realtà e sono costruiti attraverso un lavoro gruppale inconscio, sia familiare che sociale, che ha bisogno di uno spazio aperto e transizionale. Secondo Ruffiot (1989), i miti familiari sono il risultato di un'attività di interfantasmatizzazione prodotta dalla comunicazione inconscia fra i membri della famiglia, ma possono

anche avere origine dalla realtà sociale o dalla trasmissione transgenerazionale, cosa che spiega il loro maggiore o minore potenziale trasformativo. Il mito che ha caratterizzato il funzionamento di questa famiglia ha implicato l'adozione di difese antievolutive che la cura psicoanalitica familiare svolta fino a questo punto sembra aver cominciato a modificare, alleggerendo il peso delle eredità transgenerazionali.
Rimane enigmatico come una famiglia caratterizzata da una sofferenza così grave e antica, che ha cercato di sopravvivere elaborando meccanismi difensivi rigidi e arcaici, abbia potuto percorrere tanta strada in così poco tempo. Sicuramente la partecipazione dei figli al processo terapeutico, che la Fraiberg avrebbe definito *funzione enzimatica*, unita alla possibilità offerta dal setting familiare di lavorare sui legami e sui fantasmi e i miti condivisi, ha avuto un ruolo significativo nel mettere in moto un processo di cura che continua tuttora e speriamo possa portare altri risultati positivi per tutti i membri della famiglia.
Non sottovaluterei il ruolo della presenza di Fuffi nel dare espressione agli aspetti fragili, bisognosi e deprivati dei membri della famiglia e al tempo stesso rappresentare l'*infantile* ripudiato, con le sue qualità perverse, polimorfe e anti-oggettuali, conglomerato somatopsichico di elementi irrappresentabili, pulsionali e slegati. Un'altra importante risorsa di questa famiglia è il canale creativo, condiviso dai genitori per le professioni che svolgono e dai figli che volentieri utilizzano anche in terapia il disegno come elaborazione creativa di elementi non secondarizzati. Attraverso i disegni dei ragazzi l'infantile e il pulsionale familiare hanno trovato una possibilità di espressione di qualcosa ancora informe ma arricchito di una potenzialità processuale che altrimenti avrebbe difficilmente trovato.

Bibliografia

Bolognini S. (2017), *Il mio cane non conosce Cartesio*. www.psychiatryonline.it
Freud S. (1912-13), *Totem e tabù*. OSF 7.
Freud S. (1921), *Psicologia delle masse e analisi dell'Io*. OSF 9.
Kaës R. (2016), *L'estensione della psicoanalisi. Per una metapsicologia di terzo tipo*. Milano: Mimesis, 2017.
Pichon Rivière (1978), *Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia gruppale*. Trad it. Loreto: Libreria Editrice Lauretana, 1985.
Polacco Williams G.(1997), *Paesaggi interni e corpi estranei* Milano: Mondadori, 1999.
Racamier P. C. (1992), A proposito dell'ingranamento. *Interazioni*, 0/1992: 61-70.
Ruffiot A., Eiguer A. D.Litovsky, E.Liendo, M.C.Gear, J.Perrot (1983), *La terapia familiare psicoanalitica*. Roma: Borla.

Ruffiot A. (1989), Mythe familial. *Gruppo,* N. 5.
Searles H. (1960), *L'ambiente non umano nello sviluppo normale e nella schizofrenia*. Torino: Einaudi, 2004.
Winnicott D.W. (1945), Lo sviluppo emozionale primario. In Winnicott D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975.

Ludovica Grassi è medico, neuropsichiatra infantile, membro ordinario SPI e IPA, con la qualifica di esperto in psicoanalisi dei bambini e adolescenti, psicoanalista della coppia e della famiglia, membro della EFPP. È redattrice della rivista *Interazioni* e docente del Corso Post-Specialistico di Perfezionamento e Ricerca Clinica in Psicoterapia Psicoanalitica della Coppia e della Famiglia.
Email: ludovica.grassi@outlook.it

Daniela Lenzi è psicologa psicoterapeuta ad orientamento analitico. Ha frequentato il Corso Post-specialistico di Perfezionamento e Ricerca Clinica in Psicoterapia Psicoanalitica della Coppia e della Famiglia (PCF). Svolge privatamente attività clinica a Bologna, prevalentemente con coppie, famiglie e gruppi per adolescenti, genitori e personale educativo. È stata referente clinica di Girorotondo, associazione di professionisti medici e sanitari operante nel sostegno alla genitorialità nei primi anni di vita.
Email: daniela.lenzi24@libero.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Funzioni del luogo di cura specializzata e assetto mentale dell'analista

Anna Bovet

Abstract
L'articolo intende approfondire alcune particolarità dell'avvio e della costituzione del processo di cura implicate nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare. Vengono prese in esame le principali caratteristiche di funzionamento psichico che concorrono alla costituzione del sintomo alimentare e - in ragione di queste - viene data rilevanza alla primaria funzione di rispecchiamento identitario svolta da una struttura specializzata in DCA. Proprio in quanto alla base dell'organizzazione sintomatologica vi è una precaria strutturazione di un senso di Sé e la prevalenza di meccanismi dissociativi e di identificazione proiettiva, di particolare importanza risulta essere la funzione di un setting allargato di cura che fornisce una cornice entro la quale trovano spazio di elaborazione le comunicazioni del paziente e della famiglia depositate in modi scissi, caotici e contrastanti nei diversi Setting paralleli. In questo contesto, l'assetto mentale dell'Analista al lavoro è una dimensione che acquista una specificità complessa a cui è necessario prestare particolare attenzione ai fini di un buon esito del processo terapeutico.

Parole chiave: dissociazione mente/corpo, funzione di autocura, équipe terapeutica, assetto mentale dell'Analista

Abstract
This article's aim is to analyze in detail certain particularities belonging to the beginning and the development of the treatment of Eating Disorders. There will be an analysis of the main properties of psychic functioning that contribute to the development of the ED symptom, placing an emphasis on the significance of identity mirroring as performed by a specialized structure in ED. Since EDs belong to the most foundational aspects of the symptomatological organization, the patients demonstrate a precarious sense of Self, a prevalence of dissociative mechanisms, and projective identifications. It is of particular relevance the role of a broadened setting of care, which could provide a framework where the

patient's and their family's communication finds its space of elaboration in a fragmented, chaotic, and conflicting way in the parallel Settings. Under these circumstances, the mental attitude of the Analyst during the treatment acquires a complex specificity which deserves a special focus in order to terminate successfully the therapeutic process.

Key words: body/mind dissociation, function of self-healing, therapeutic team, attitude of the Analyst

Negli ultimi 30 anni di ricerca e lavoro clinico nel campo dei disturbi del comportamento alimentare si è progressivamente consolidata una linea di intervento terapeutico che trova nel modello multidisciplinare integrato una via elettiva di risposta clinica in grado di corrispondere alla complessità della struttura di personalità, del funzionamento e dei bisogni di tali forme sintomatologiche.
In Italia, in accordo con le linee guida Nazionali, si sono perfezionate nel tempo équipe multidisciplinari che portano avanti trattamenti integrati psicologici, medico-nutrizionali e psichiatrici sia nei servizi pubblici che in strutture private.
Faccio parte da più di 10 anni di un'équipe multidisciplinare di colleghe psicoanaliste, nutrizioniste, psichiatre ed endocrinologhe che si sono scelte nel tempo e hanno fondato l'associazione DAI, centro specializzato nella cura e prevenzione dei DCA. Le riflessioni che seguiranno sono il frutto di questa lunga e condivisa esperienza maturata nel tempo.
Come è noto, la miscela di fattori insiti nella sintomatologia anoressica-bulimica e nei quadri di obesità entro i quali si inseriscono le conseguenti problematiche organiche ad alto rischio di mortalità, richiede una particolare strategia di intervento che necessita appunto di un intervento integrato tra le varie discipline.
Ma cosa si intende veramente con integrazione multidisciplinare e in che modo possono dialogare competenze specialistiche medico-psicologiche storicamente poco inclini alla possibilità di un confronto?
Sappiamo quanto non sia sufficiente il solo procedere in parallelo dei diversi interventi, anche coordinati tra loro, per promuovere un cambiamento terapeutico.
Ci vengono in aiuto i molteplici contributi di autori psicoanalisti italiani che nel tempo hanno lavorato sul concetto di Campo Istituzionale e sul ruolo specifico delle possibili qualità funzionali di accoglimento e di risposte bonificanti che si attivano all'interno delle dinamiche attive tra l'équipe dei curanti e i pazienti in un setting istituzionale (Tagliacozzo, Neri, Correale, 1995).

Un setting di cura multidisciplinare, quando maneggiato attraverso un vertice psicoanalitico, prevede non un intervento centrato sulla soppressione del sintomo, ma si pone come garante del dispiegarsi "in sicurezza" di un processo psichico irrigiditosi nelle sue manifestazioni sintomatiche ed in cerca di una mobilitazione evolutiva che riporti al centro il processo di soggettivazione interrotto o mai del tutto avviato.
L'attenzione è rivolta alle potenzialità psichiche ed emotive criptate nel sintomo somatico che hanno necessità di essere esplorate e consolidate all'interno di un'esperienza terapeutica.
Tali potenzialità di ripresa e di trasformazione devono avvenire senza che la condotta sintomatica sia di per sé contrastata attraverso interventi correttivi o di confrontazione con una presunta normalità da riconquistare ma attenuando il malessere con strategie di cura più adeguate e coerenti con la lettura della complessità dei processi psichici implicati nella formazione di tali quadri sintomatici.
Alla base di questa linea di pensiero, come evidenziato da Cosenza (2018), vi è l'inquadramento della dipendenza patologica come un tentativo di auto-trattamento, come una soluzione che il soggetto incontra sulla sua strada per far fronte a qualcosa di insopportabile che attraversa la sua esistenza.
Siamo nel campo delle teorie che leggono le varie declinazioni dei disturbi di dipendenza come esito di un fallimento più o meno marcato nell'area dei livelli primitivi della mente, un fallimento a livello dell'integrazione somatopsichica dove i sintomi assumono lo statuto di precursori della rappresentazione.
Per questo tipo di fenomeni, "lo statuto inconscio dell'affetto è specificamente quello di un ammontare somatico nello psichico, la cui realtà psichica è dunque solo potenziale. Atti psichici intrasformati, incompiuti" (Riolo, 2009) che non trovano possibilità di ritrascrizione e sono confinati in un'area sensoriale dissociata che separa ed estranea il soggetto dalla realtà condivisa in maniera via via sempre più marcata.
Lo stato sintomatico, in quanto organizzatore psichico rigido di un precario sentimento di Sé, non permette dunque di muovere dei passi verso la riformulazione e la ritrascrizione delle proprie esperienze emozionali. Per dirla con le parole di una paziente in consultazione: "*io non sono interessata alle cose che mi succedono. Voglio solo non avere più desiderio di cibo*".
Proprio in ragione della funzione inconscia di autocura che il sintomo svolge, e della presenza di meccanismi di dissociazione corpo/mente finalizzati alla disconnessione dal sentimento di precarietà esistenziale, la formulazione di una richiesta di aiuto nella maggioranza delle situazioni è spesso indefinita, molto ambivalente e richiede particolare cautela nell'avvio della presa in carico.
La realtà di un centro specializzato tuttavia si offre come elemento facilitatore che può corrispondere alla ricerca di una sorta di carta di identità e che permette

di avere diagnosi e dare una prima forma di esistenza a qualcosa di ignoto, non altrimenti esprimibile e riconosciuto.
La necessità di coincidere con una forma di identità epidemica che si può riscontrare per esempio nelle frequenti situazioni di "contagio sintomatico" tra ragazze prime adolescenti che frequentano uno stesso gruppo, sembra poter motivare anche per la formulazione della domanda di cura.
Quest'ultima diventa ricerca di un luogo di cura che garantisca questa identità, un luogo che possa essere non troppo estraneo e che a partire dal livello di inclusione e appartenenza, assicuri come per osmosi, una prima forma di riconoscimento e possa far emergere i primi elementi di individualità.
È una necessità che si coglie nella ricerca di centri specializzati sui DCA che conoscano il fenomeno, che accomunino persone che soffrano dello stesso disturbo, la fantasia sottostante è quella che si possa trovare "soluzione" senza l'attraversamento di aree troppo differenzianti che comportino la mediazione del pensiero secondario e della rappresentazione.
La paziente compie dunque i suoi primi movimenti esplorativi relazionali all'interno di un campo sconosciuto ma supposto dotato di caratteristiche rispondenti, movimenti che hanno lo scopo di saggiare la competenza dell'oggetto: se sia cioè sufficientemente animato e non soccomba al vuoto di parola, al senso di vergogna e indegnità della condotta bulimica, se possa "tollerare" richieste impossibili, se riconosca e rispecchi lo sforzo esistenziale "speciale" messo in atto dalla condotta restrittiva, se corrisponda quindi istantaneamente al desiderio inconscio contraddittorio di non cambiare nulla del proprio peso e del proprio corpo, ossia di ciò che è stato realizzato, ma di sanare l'angoscia di non esistenza che la spinge ad andare oltre ogni limite di realtà.
I primi movimenti della costituzione di un dispositivo di cura necessitano di conseguenza che i curanti muovano passi allineati che tengano insieme e riconoscano attraverso negoziazioni e modulazioni interpsichiche continue, la presenza simultanea di realtà multiple e contraddittorie presenti nel paziente e che si riverberano e rimbalzano in forma di fenomeni sempre imprevedibili nel campo psichico esteso composto da paziente, terapeuta, équipe medica, spazio genitoriale.
Proprio in quanto la caratteristica di questi pazienti è una forte permeabilità dei confini soggettivi per la precaria strutturazione di un senso di Sé organizzato dalla rigidità del funzionamento psichico prevalgono in modo massiccio meccanismi di scissione e identificazione proiettiva.
Di particolare importanza risulta essere dunque la funzione di un setting allargato di cura all'interno del quale l'analista si trova ad operare, che possa fornire una cornice, un terzo regolatore entro cui trovare spazio di elaborazione delle comunicazioni del paziente e dalla famiglia depositate in modi scissi,

caotici e contrastanti nei diversi Setting paralleli (nutrizionista, terapeuta dei genitori, internista, psichiatra).
Uno spazio terzo che possa farsi carico del fatto che, ciò che ancora non può essere integrato all'interno del paziente, sia tenuto assieme nell'ambiente istituzionale. Una funzione del campo allargato che possa arginare e risignificare le forme di collusione che si creano tra i bisogni dei pazienti i desideri delle famiglie di ipotetiche soluzioni ideali e le fantasie oscillanti tra impotenza e onnipotenza dei terapeuti, trovando di volta in volta la possibilità di mettere in rapporto la disconnessione sempre operante tra il pensare e l'agire.
Viene registrata la difficoltà di questo lavoro nelle forme di incomprensione o conflittualità transitoria che possono a periodi circolare tra analista e medico internista o tra analista del paziente e analista dei genitori. L'aggravarsi dei parametri nelle analisi cliniche, per il precipitare del corpo registrato dal medico, o all'interno dello spazio genitoriale, "informa" di un altro livello che deve essere integrato con ciò che accade all'interno della stanza di analisi: può essere segnale di un funzionamento della coppia analitica in cosiddetta "luna di miele" dove gli elementi di adesività e compiacenza del paziente non sono stati colti a sufficienza e quindi necessitano un rimaneggiamento proprio alla luce di quanto sta accadendo nella "stanza accanto". Oppure può essere attribuibile ad una quota di angoscia troppo intensa depositata nello spazio medico o genitoriale che segnala un passaggio clinico evolutivo nel quale, a fronte di una presa di contatto maggiore con un livello emozionale troppo intenso, corrisponde una risposta su un altro livello legato ad una riorganizzazione provvisoria più rigida delle difese.
Occorre un lungo tempo di lavoro congiunto tra i vari componenti dell'équipe terapeutica per promuovere e consolidare un sufficiente livello di fiducia reciproca e la conoscenza profonda delle modalità di pensiero elaborativo di ciascuno, antidoto mai del tutto sufficiente a sanare gli inevitabili periodi di disallineamento dei punti di vista.
Il campo gruppale dell'équipe dei curanti è dunque un elemento fondamentale che contribuisce a regolare e articolare attraverso un continuo lavoro elaborativo ciò che il paziente affida e dissemina attraverso i livelli multipli di funzionamento non integrato del Sé nello scambio relazionale con le differenti figure che compongono l'équipe terapeutica.
In questa cornice di funzionamento, l'assetto mentale dell'analista individuale è un elemento particolarmente delicato e complesso: deve esserci una assunzione di responsabilità e di autodecifrazione del proprio stato mentale che permetta di allinearsi e registrare i vari livelli di funzionamento psichico del paziente e di integrarli tenendo a mente tutti gli elementi in campo che compongono il setting esteso di cura.

Uno stato mentale sufficientemente asimmetrico e differenziato nella sua funzione autoanalitica ma capace di oscillare e modulare la comunicazione tra il proprio ascolto interno e il rendersi permeabile ai diversi registri di comunicazione inconscia del paziente che attingono e contattano il livello d'indistinzione psicosensoriale, i contenuti indifferenziati e non mentalizzati nei quali il paziente si trova prevalentemente immerso.
La stessa qualità di oscillazione è presente nel modo di rapportarsi con gli altri membri dell'équipe: si forma una capacità immaginativa capace di cogliere la realtà del modo diverso di essere e di funzionare del paziente negli altri dispositivi terapeutici, senza disconoscerla, ma integrandola nell'osservazione complessiva dei vissuti circolanti nel campo terapeutico.
Questa posizione permette gradualmente di formare uno scambio di comunicazioni nell'area del riconoscimento e dell'immedesimazione profonda con i vari livelli di funzionamento e raggiungere uno stato in cui l'esperienza emotiva del paziente possa essere sperimentata e riconosciuta dall'analista, dove alla massima vulnerabilità dell'esperienza psichica del paziente (espressa nelle forme dell'isolamento mentale autosensoriale dell'anoressia o nella disorganizzazione dell'alternanza del riempimento e dello svuotamento bulimico) corrisponda la massima plasticità dell'esperienza mentale dell'analista.
Gradualmente questa attitudine recettivo-trasformativa, che viene a consolidarsi attraverso oscillazioni continue su diversi registri di comunicazione contribuisce alla solidificazione dell'esperienza soggettiva del paziente e si formano i primi abbozzi di un riconoscimento dei vissuti emozionali rappresentabili in un'area di condivisione e di scambio in cui diventa possibile una maggiore individuazione intersoggettiva.
Se, al contrario, la vulnerabilità narcisistica dell'analista (la sua prevalenza interpretativa, il suo dogmatismo, la sua identificazione con teorie troppo sature) si oppone al "gesto spontaneo" del paziente presentato come dicevamo sotto la forma di un'organizzazione provvisoria di autocura, la mente del paziente tende ad andare verso la fusione/confusione con l'oggetto e corre il rischio di trapianti estranei di letture del proprio funzionamento interno che non fanno altro che ripetere e perpetuare la sua esperienza traumatica.
Mi riferisco in particolare alle situazioni nelle quali si presentano per lunghi periodi livelli di forte coartazione emozionale, di appiattimento nella logica ossessiva e riempitiva del pensiero oppure di permanenza in una situazione al limite del rischio di scompenso organico nei quali lo stato d'isolamento e di impermeabilità dei confini in cui il paziente permane, fa sentire l'analista specularmente isolato, senza appigli, alienato, in un'assenza apparente di qualunque forma di comunicabilità.

Il senso di impotenza legato a questo livello di pervasività delle identificazioni proiettive paralizza lo stato mentale ricevente dell'analista che rischia di rimanere "incastrato" all'interno di un vissuto di colpa e d'incapacità e riproduce una logica di simmetrizzazione con lo stato psichico del paziente.
Ancora una volta, la presenza del gruppo équipe si offre come funzione di drenaggio fondamentale al ristagno di tali stati mentali, diventa antidoto alla permanenza in eccesso dei vissuti di isolamento e solitudine dell'analista, fornendo, attraverso un attento e sistematico lavoro di intervisione, un valido contributo nella riattivazione di un processo elaborativo che favorisca la ripresa di senso e consistenza emotiva del percorso terapeutico.

Un esempio clinico di équipe multidisciplinare al lavoro
"*I miei problemi non dipendono da nulla. Io non ho nulla, solo noia. Non ho voglia di fare nulla*".
Queste le prime parole di una ragazza di 19 anni, quando viene portata in consultazione dai genitori, preoccupati per il suo operare da qualche mese una quasi assoluta restrizione alimentare.
Maria sembra non avere più tracce di ciò che costituiva la sua vita da diciannovenne fino a tre mesi prima.
Non può più disegnare, leggere, ascoltare musica, studiare, fare sport, parlare con la sua voce, ora divenuta sottile, monotona e lamentosa.
L'eco della parola "*Nulla*" sembra prefigurare con forza lo scenario entro cui si struttureranno nel campo terapeutico, i primi complessi movimenti interpsichici preliminari alla costituzione di una possibile alleanza di lavoro.
Maria parla in modo impersonale e distaccato di "qualcosa" che non la fa mangiare.
Ora è tutto fermo, c'è solo il pensiero del cibo, vuole spegnersi, per fermare i pensieri ossessivi che hanno come unico oggetto l'escogitare maniere sempre più estreme volte alla sottrazione di cibo. Mastica il ghiaccio a tutte le ore del giorno per non sentire la fame e perdere calorie, riempie il piatto di peperoncino e sgranocchia insieme chicchi di caffè, per rendere indigesti i pochi grammi di cibo concordati con la nutrizionista.
Si scarnifica le ferite, si deve punire perché in alcuni momenti sembra riaffiorare il desiderio di caramelle.
Non c'è apertura a nessuna forma di associazione o ricordo legato alla sua storia o agli avvenimenti precedenti al suo crollo.
Devo "dosare" con molta cura i miei interventi che sono invariabilmente sentiti come intrusivi, sembra sentirsi fastidiosamente scrutata, anche solo una sottolineatura di qualche sua osservazione viene lasciata cadere come se non fosse possibile neanche trattenerla per qualche secondo nelle orecchie.

Maria è inaccessibile, impermeabile a qualunque forma di contatto e al tempo stesso dirompente nell'esercitare una forma di terrore misto a impotenza nel clima della seduta.
Cerco di dare voce all'esperienza interna trasmessa, percependo l'opacità del suo volto, che sembra rimandare all'impossibilità di decifrare la propria mente. Trattengo le immagini del suo corpo martoriato che tornano nei giorni successivi alla seduta, facendomi svegliare la notte di soprassalto.
Il ritmo di tre sedute a settimana concordato inizialmente sull'onda dell'urgenza sintomatica, sembra tuttavia essere utilizzato come un iniziale "organizzatore" di senso.
Arriva sempre con molto anticipo, rimane in sala di attesa ricercando in alcuni momenti l'attenzione delle persone che incontra, altri pazienti o tirocinanti.
Apprendo parallelamente, dalla stanza di terapia dei genitori, alcune importanti notizie relative alla sua storia evolutiva.
E' la primogenita di una coppia di professionisti affermati, che sono da subito concordi nel descrivere la figlia come una "*bambina che faceva i capricci*". Anche il suo sintomo è etichettato nella stessa maniera: un ostinato e fastidioso "capriccio" da cui Maria dovrebbe uscirne in tempi rapidissimi.
La descrivono come una ragazza tendenzialmente autonoma e isolata, che andava "stimolata", ma anche "esagerata" nel drammatizzare i suoi stati fisici, Fin da neonata aveva avuto un importante disturbo nella regolazione del ritmo sonno/veglia, passavano intere notti insonni fatte di pianti "capricciosi" fino alla nascita del fratello, momento in cui si era alla fine "rassegnata" a prendere sonno.
La immagino crollare in quel sonno come in uno stato di "resa" passiva ai fallimenti di modulazioni e regolazioni progressive all'interno del rapporto primario con la madre.
Esperienze stratificate nel tempo di percezioni emotive sistematicamente disconosciute e non convalidate sembrerebbero essere state alla base della strutturazione del suo sintomo anoressico.
Nel corso dei primi mesi di terapia, muta leggermente il modo di rapportarsi alle sue sensazioni e l'uso dello spazio transferale.
Riporto un frammento di seduta, dove si respira un clima emotivo diverso.
M: *Oggi mi sento come in attesa... forse aspettavo di venire... perché a casa ero di nuovo molto angosciata... (Sta qualche minuto in silenzio e vedo il suo sguardo assorto sull'arazzo che ho appeso al muro di fronte alla sua poltrona). E' bello quel tessuto... è africano? Mi piacerebbe tanto andare in Africa perché lo immagino un paese un po' speciale... i primi uomini venivano da lì...*
A: Anche a me piace per lo stesso motivo... Il fatto che li ci sia un qualcosa che riguarda così profondamente le nostre origini.

M: *Si, qualcosa proprio di originario... i segni dell'arazzo e del tappeto sono geometrici ed essenziali. Sono le cose che mi piacciono di più dell'arte... forse perché ricordano le cose primitive. Mi stavo venendo un serial sui mostri.*
A: Che mostri erano?
M: *Più che altro era una cosa che mi faceva pensare alla parte animale che abbiamo... Io non riesco a capire se le cose istintive sono buone o cattive... Forse sono solo cattive e poi c'è la parte razionale che serve a controllare. Anche i teschi degli animali mi piacciono tantissimo. No so perché, mi piace la forma...*
A: Chissà se questo pensiero è vicino a quello che senti. Che ci sarebbe qualcosa di molto forte che andrebbe marcato stretto per gli effetti che potrebbe avere se fosse lasciato più libero di esprimersi...
M: *Quando penso al cibo questo pensiero è costante... mi rendo conto di controllarmi sempre, tutto il giorno. Sono stanca. Vorrei svegliarmi che tutto è passato.*
Tuttavia, aumenta con il passare delle settimane lo stato di allarme medico. La collega endocrinologa segnala il progressivo peggioramento delle sue condizioni fisiche, l'ulteriore calo ponderale, l'aumento allarmante del livello delle transaminasi, la brachicardia, il rischio di un collasso per lo sbilanciamento degli elettroliti.
Esprime le sue riserve circa la possibilità che ci siano le condizioni idonee ad una presa in carico per una paziente così danneggiata ed esposta ad un rischio di vita, chiede che i genitori possano essere informati meglio dalla loro terapeuta sulle possibili strutture ospedaliere a cui fare riferimento.
Il corpo di Maria, attraverso le lenti diagnostiche della collega diventa killer, minaccioso, qualcosa da cui bisogna tutelarsi da un punto di vista della responsabilità medico-legale, scisso dalla pensabilità integrata dei movimenti emozionali connessi allo stato del suo decadimento psico-organico.
Si crea inoltre un'atmosfera particolare tra le persone che in sala d'attesa incontrano Maria quando arriva in seduta. Si sente guardata come se fosse una creatura mostruosa, una sorta di fantasma vivente, oppure scrutata con interesse morboso, come se fosse un essere corporeo senza più sembianze umane. Maria "provoca" con frasi ad "effetto", in uno stato di impermeabilità apparentemente disconnesso.
Ad ogni suo passaggio "esterno" alla stanza di terapia, dissemina nel campo allargato del setting di cura frammenti di una sensorialità non-integrata, espressione di vissuti originari legati ad una primaria dispercezione dei suoi stati somato-psichici.
Riflettersi negli occhi degli altri e vedersi mostro, essere così potentemente "altro" (mostro deriva da monstrare, avvertire, esteriorizzare qualcosa che si ha bisogno di segnare come "diverso", "altro"), sembrerebbe garantire

illusoriamente il controllo di tali esperienze ego-aliene, e al tempo stesso di cominciare ad essere esperienze riconosciute all'interno del suo spazio analitico.
In équipe comincia a circolare un clima di diffidenza reciproca tra l'operare negli spazi terapeutici e in quelli di cure mediche/nutrizionistiche.
Sembra saltare il principio di base che condividiamo nel lavorare in gruppo: il metodo integrato dovrebbe garantire che ciò che ancora non può essere e non deve essere integrato all'interno del paziente è tenuto assieme nell'ambiente esterno istituzionale.
Ma in questo scenario l'équipe va in crisi, non c'è modo di riuscire a ritrovare uno spazio di pensabilità ed elaborazione di quanto accade nel campo del lavoro clinico condiviso.
Comincio a sentirmi contagiata da un senso di pressione che mi porta a dubitare delle mie stesse percezioni sulle micro-esperienze di presa di contatto emozionale che all'interno della stanza di analisi riusciamo a sperimentare con la paziente.
Oscillo internamente tra il timore di "non vedere", disconoscendo il limite corporeo, la realtà della soglia di morte a cui Maria si starebbe esponendo e la fiducia nella necessità di resistere alla pressione del campo attraverso una elaborazione condivisa con i colleghi, tollerando i tempi necessari ad una appropriazione da parte di Maria di ciò che fino ad ora non aveva avuto spazio per emergere, anche se tale emergenza diventa destrutturante ed esplosiva.
L'aggravamento sintomatico che sembra andare di pari passo con la costituzione del legame terapeutico é l'espressione di un collasso dello psichico nel corporeo, nel momento in cui viene esperita dalla paziente nello spazio transferale l'assunzione di una certa responsabilità per ciò a cui non è ancora possibile dare nome, ma di cui viviamo profondamente gli effetti.
A distanza di tempo, riconosco i segni di una particolare azione trasformativa messa in moto all'interno della complessità di interazioni del campo di cura.
Le identificazioni proiettive circolanti sembrano aver agito ripetendo una particolare azione emozionale espulsiva incarnata in particolare nel ruolo medico, certamente più esposto alla ripetizione potenzialmente traumatogena di "azioni terapeutiche" di "buon senso" volte ad intervenire sullo stato corporeo, riattivando così l'esperienza di una assenza di convalida interna.
Nella scissione prodottasi tra psicoterapeuti da un lato e medici dall'altro, sembra essere avvenuta una riproposizione della dissociazione materna che vedeva "da fuori", senza riuscire a guardare "da dentro" il rapporto emozionale con la figlia.
L'attrazione corporea per un limite oltrepassato, la persecutorietà della minaccia di morte e il vissuto di non esistenza sotteso a questi stati mentali, travasano dallo spazio medico contiguo alla stanza di analisi, permeandone il

clima emozionale attraverso la "minaccia tangibile" di un eccesso di "sensorialità" non trasformabile.
Riusciamo a condividere maggiormente all'interno dell'équipe una lettura delle dinamiche in corso e riprendere un processo di pensabilità all'interno del campo terapeutico allargato che rinforza notevolmente il lavoro terapeutico individuale.
Si rende comunque necessario a distanza di circa 2 mesi dall'inizio dei nostri incontri, il ricovero in un reparto di endocrinologia della durata di dieci giorni, durante i quali la paziente ricerca attivamente con me un contatto telefonico quotidiano. I genitori conservano parallelamente il loro spazio terapeutico.
In gioco è stata la sopravvivenza. La sopravvivenza del corpo di Maria è stata connessa alla sopravvivenza della funzione analitica nei termini della ricettività necessaria ad implicarsi profondamente in quegli stati mentali dissociati e nei fenomeni del campo di cura ad essi sottesi, per poi riemergerne "integra" e "viva".
Dopo le dimissioni, la situazione organica è pressoché invariata, tuttavia qualcosa comincia a cambiare.
Maria è più in contatto con i vissuti dell'esperienza del ricovero, il dolore psichico ha acquisito il carattere di una emozione più rappresentabile e reale.
Racconta per la prima volta un sogno in seduta: "H*o fatto un incubo questa notte: ho sognato che avevo tra le mani come se lo avessi appena raccolto un oggetto...era una specie di fungo luminescente (prende una penna e un blocchetto sul tavolino davanti a lei e comincia a disegnare) ... un fungo come quelli del cartone "Fantasia"... ero felice di averlo trovato. Poi arrivava una entità, sentivo la voce a cui si univano altre voci... e mi diceva che quello non era mio, che era suo... me lo strappava dalle mani. Mi vergognavo: tutte le voci sembravano concordare sul fatto che quel fungo non era proprio il mio..."*
L'effetto del racconto è sorprendente, Maria è sorpresa di aver sognato una "cosa così forte" parla con una particolare vivezza, è immersa in una esperienza emotiva di ampliamento di senso che la porta a ricercare il foglio e tracciare i contorni di un disegno.
Penso al ritrovamento del fungo e alla possibilità di ridefinirne i contorni (traccia la forma di un piccolo embrione luminoso) come ad un primo sogno che apre la strada sull'immaginario e sul corpo.
Parliamo della forza di sottrazione rappresentata nel sogno nei termini di un'esperienza molto attiva dentro di lei che ora potevamo vedere, ma anche del sentimento di perdita legato a quel prezioso ritrovamento che l'aveva portata a sentire una "cosa sua".
Associa a questo sogno la sua realizzazione di essersi sentita tanto "forte" per essere diventata "mostruosa".
"*Credo che è per questo che sono attratta da tutte quelle persone che fanno paura".*

Da quando il suo corpo è così, ha smesso di avere paura dei fantasmi che di notte fin da quando era piccola sembravano invadere la sua stanza.
Aggiunge:*" I mostri anche se mi affascinano sono molto soli... in questi giorni ho scoperto che qualcuno può guardarmi oltre... può riconoscermi per quello che veramente sono".*

Bibliografia

Camassa P. (2010), Anoressia: un'epidemia del corpo come oggetto superiore, *Rivista di Psicoanalisi* 2010/3.
Correale A., Neri C., Contorni S. (2005), *Fattori terapeutici nei gruppi e nelle Istituzioni*. Roma: Borla, 1995.
Cosenza D. (2018), *Il cibo e l'inconscio*. Franco Angeli.
Jeammet P. (2006), *Curare l'anoressia e la bulimia*. Roma: Borla 2009.
Niccolò A.M., Russo L. (2010), *Una o più anoressie*. Roma: Borla 2010.
Riolo F. (2010), Trasformazioni in allucinosi, *Rivista di Psicoanalisi* 2010/3.

Anna Bovet è psicologa clinica, psicoanalista, membro associato della Società di Psicoanalisi Italiana, membro fondatore della Associazione DAI (Disturbi alimentari in istituzione).

Email: anna.bovet@gmail.com

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

La disregolazione alimentare nei transiti evolutivi come minaccia alla coesione del sé e ai processi di soggettivazione: due casi di ortoressia nervosa maschile

Mariaclotilde Colucci

"*mens sana in corpore sano.*"
Giovenale

Abstract
Attualmente, l'ortoressia nervosa rappresenta una delle nuove forme di fanatismo di tipo alimentare e più in generale salutistico, che hanno come oggetto prevalente il genere maschile piuttosto che il genere femminile rispetto ai tradizionali disturbi alimentari. La principale sintomatologia risiede nel rapporto che si ha con gli alimenti e con la salubrità di cui essi si fanno portatori. Nel caso di questa disregolazione alimentare, l'importanza dei sensi, e in particolare del gusto, nella scelta del cibo sembrerebbe passare in secondo piano rispetto all'idea di purezza e genuinità che il cibo può avere. Il focus salutare è relativo alla selezione di alimenti ritenuti sani. L'ortoressia nervosa è un ottima illustrazione di come esperienze di vitalizzazione patologica, e residui mnestici di pattern patologici, possano coesistere in una fantasia in grado di fornire regolazione affettiva e vigore, ed essere organizzatori di senso di sé, laddove precoci disregolazioni nella relazione bambino-caregiver non hanno permesso un adeguato svolgersi dei processi di soggettivazione.

Parole chiave: ortoressia, disregolazione, soggettivazione, regolazione affettiva, organizzatore di senso, coesione del sé

Abstract
Currently, orthorexia nervosa represents one of the new forms of food-type fanaticism and more generally health-related, which have as their main object the male gender rather than the female gender with respect to traditional eating disorders. The main symptomatology lies in the relationship that one has with

food and with the healthiness of which they are carriers. In the case of this food dysregulation, the importance of the senses, and in particular of taste, in the choice of food would seem to take second place compared to the idea of purity and genuineness that food can have. The health focus relates to the selection of foods deemed healthy. Orthorexia nervosa is an excellent illustration of how experiences of pathological vitalization, and memory residues of pathological patterns, can coexist in a fantasy capable of providing affective regulation and vigor, and being organizers of sense of self, where precocious dysregulations in the child relationship. -caregiver did not allow an adequate development of the subjectification processes.

Key words: orthorexia, dysregulation, subjectivation, affective regulation, organizer of meaning, cohesion of the self

Presentazione del costrutto ortoressico

L'ortoressia nervosa è una tendenza alimentare diffusasi nella società contemporanea dall'inizio degli anni '90 caratterizzata da una radicale ed estrema attenzione alla scelta di cibi incontaminati, alla loro preparazione, congiunta a una persistente preoccupazione di mantenere il regime alimentare autoimposto per migliorare la propria salute, perseguendo un rigido ideale di benessere. Il termine ortoressia dal greco *orthos,* sano, e *oreksis*, appetito, fu utilizzato per la prima volta nel 1997 dal dietologo americano Steven Bratman per descrivere l'ossessione patologica riguardo al consumo di cibi sani e naturali. Nell'ortoressia le preoccupazioni legate all'alimentazione spesso si mascherano dietro contesti culturali e ambientali che rinforzano l'importanza del mangiar sano, dove gli alimenti vengono scelti per le loro presunte proprietà curative, investite di potere taumaturgico. Bratman e Knight (2000), definiscono gli ortoressici "*drogati di cibo sano"* per l'adozione di un regime dietetico che li porta a controllare, selezionare e mangiare solo alimenti ritenuti puri. Poiché questo comporta inevitabilmente un cambiamento radicale nelle proprie abitudini alimentari, il soggetto è sottoposto a continui stress e frustrazioni legati alle restrizioni, portandolo a sviluppare sempre più l'auto-disciplina, il rigore e la severità verso se stesso per poter mantenere in vita quel regime. Ecco come, a lungo andare, l'intensificarsi di tale atteggiamento diventa una vera e propria ossessione, alimentata dalla forte autostima e senso di auto-efficacia che deriva dal riuscire a perseverare nella dieta prescelta, come una sorta di sfida quotidiana contro se stessi. Il pensiero ossessivo su cosa mangiare diventa tale, da avere il timore per le conseguenze che possono derivare da eventuali trasgressioni dietetiche, alimentando ancora una volta la fissazione e la rigidità nei criteri di scelta e consumo.

Nella nuova edizione del DSM-5, l'ortoressia nervosa viene collocata insieme all'anoressia inversa all'interno dell'area del Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, categoria che indica un'anomalia della nutrizione e dell'alimentazione che si esprime attraverso una persistente incapacità di assumere un giusto apporto nutrizionale e energetico. Per la diagnosi di ortoressia nervosa i criteri diagnostici principali proposti sono due:

- criterio a. Attenzione ossessiva per il cibo ritenuto sano, caratterizzata da disagio emotivo eccessivo in relazione allo scegliere cibo considerato come non sano;
- criterio b. Il comportamento compulsivo e la preoccupazione diventano clinicamente disfunzionali a causa di uno o più dei seguenti elementi: 1) malnutrizione, perdita di peso o altre complicazioni mediche dovute alla dieta restrittiva; 2) disagio intrapersonale o anche sociale, accademico o professionale dovuto alle credenze o al comportamento relativo alla dieta salutare; 3) immagine corporea positiva, autostima e identità eccessivamente subordinate al rispetto del comportamento alimentare autodefinito sano (Rossi Monti, D'Agostino, 2016).

Tuttavia, ancora non è chiaro che tipo di disturbo sia l'ortoressia nervosa, ancora oggetto di studio da parte di molti autori. Alcuni (MacEvilly, 2001) puntano il focus sulla perdita di peso comunque implicata, ritenendo che non sia altro che un disturbo del comportamento alimentare. Altri invece, evidenziano principalmente il meccanismo ossessivo del pensiero e la considerano alla stregua di un disturbo ossessivo-compulsivo (Arusoĝlu, 2008). Altri ancora, la considerano come un disturbo a carattere misto, comprendente sia un comportamento alimentare anomalo sia sintomi di carattere ossessivo-compulsivo (Brytek-Matera, 2012). Altri, infine, suggeriscono di vedere l'ortoressia nervosa come un disturbo a sé stante, definito da specifici criteri diagnostici (Dunn, Bratman, 2016).

Barnes nel 2016 ha identificato alcuni aspetti comuni dell'ortoressia con l'anoressia e la bulimia: un alto livello di perfezionismo, un'attenzione forte verso l'immagine del corpo e lo stile di attaccamento. Il perfezionismo, costrutto caratterizzante l'anoressia e la bulimia, accomuna anche le persone ortoressiche, il cui scopo è quello di avere un'alimentazione perfetta e per questo seguono regole alimentari rigorose. L'aderenza a regole alimentari molto rigide può costituire anche il legame tra perfezionismo e disturbi alimentari e rendere sovrapponibili i sintomi ortoressici con quelli bulimici e anoressici. Vi sono elementi comuni anche per quanto riguarda l'immagine corporea. Ideale di magrezza e disturbo negativo dell'immagine corporea sono presenti anche nell'ortoressia anche se con minore gravità. Sono presenti una maggiore preoccupazione per come appare il proprio corpo agli occhi degli altri, e una paura di diventare persone in sovrappeso. Lo stile di attaccamento inoltre

sembra essere anche nell'ortoressia, di tipo ansioso, evitante e disorganizzato (Strange Situation, *Ainsworth).*
Esistono, tuttavia, anche delle forti differenze che inducono a ritenere che l'ortoressia sia un'entità nosografica a sé stante. Bratman (2017) afferma che esistono delle differenze fondamentali tra l'ortoressia e gli altri disturbi alimentari, che rendono la prima un disturbo alimentare a sé. L'attenzione dell'anoressica o della bulimica è rivolta alla quantità del cibo ingerita. Nell' ortoressia l'interesse è sulla qualità dei cibi che si scelgono di ingerire. Secondo la teorizzazione di Bratman l'ortoressia nervosa in alcuni casi consisterebbe nell'attenzione ossessiva sulla scelta di cibi salutari al solo scopo di curare una patologia cronica o di mantenersi in salute. La scelta, in questo caso, sarebbe dettata da oggettive esigenze fisiche e fisiologiche di rispettare un regime alimentare piuttosto che un altro in modo *"innocente"* e *"meritevole"*. Tuttavia non ci si ritrova di fronte ad un comportamento "*virtuoso"* che porta a scegliere con cura cosa mangiare, ma ad un vero e proprio disturbo del comportamento alimentare, che si manifesta, nella ossessione nei riguardi delle qualità dei cibi e nella conseguente modalità compulsiva che impone determinati comportamenti da seguire.
Donini et al. (2004), hanno evidenziato che questo particolare disturbo alimentare si riscontra prevalentemente negli uomini, e secondo gli autori, il motivo sarebbe da rintracciare nel fatto che rispetto al passato il maschio, sia più coinvolto nella cura di sé attraverso l'adozione di stili di vita più salutari. Tale prevalenza è spiegata dagli autori con il proliferare di stereotipi culturali legati alla forma fisica maschile.
L'ortoressia nervosa resta, a tutt'oggi, un fenomeno alimentare, sociale e clinico ancora tutto da scoprire. Come sottolineano Rossi Monti e D'Agostino (2016) i dati epidemiologici sono scarsi, così come sono ancora poco conosciute le motivazioni psicologiche che spingerebbero a questo tipo di comportamento alimentare. Gli autori propongono un'ipotesi interessante ovvero il corpo come convitato di pietra. Un corpo che mostrerebbe un sé vissuto come sporco, sbagliato, debole e imperfetto e che per questo motivo va purificato, migliorato, rinforzato e reso ideale. Il cibo pulito diventa allora la soluzione ideale da cui tutto dipende. Tutto il resto perde via via d'importanza e la qualità del cibo da consumare arriva in certi casi a diventare più importante dei valori personali, delle relazioni interpersonali, dei progetti di carriera e delle relazioni sociali.
Gli ortoressici trascorrono molto del loro tempo nell'ispezionare la fonte del cibo, nel processo di preparazione, nel valutare il confezionamento e le etichette per verificare se forniscono sufficienti informazioni sulla qualità di specifici ingredienti di cibi venduti al supermercato. In questo modo inizialmente si vuole migliorare la propria salute, ma tuttavia divenendo l'alimentazione la parte più importante della loro esistenza, l'estrema attenzione al cibo sano, puro, li può

condurre a malnutrizione, ad un progressivo peggioramento della qualità di vita rischiando complicazioni mediche, scompensi nutrizionali, spesso molto pericolosi. Oltre a compromettere severamente i propri rapporti sociali e lavorativi, non potendo gli ortoressici consumare i cibi in ambienti esterni non cucinati da loro stessi. Gli individui che presentano questo problema hanno una specifica attitudine a preparare i cibi da soli ed evitano cibi o gruppi di cibi che considerano pericolosi per la loro salute. Sembrerebbe che la convinzione ossessiva di fondo sia quella che il cibo non debba essere collegato in alcun modo a fonti di piacere. L'aspetto gustativo ed esperienziale del mangiare è parte integrante di una relazione sana con il cibo. In questo caso, la qualità e genuinità del cibo è comunemente condivisa, in assenza di tratti ossessivo-compulsivi e aree di funzionamento compromesse (Depa, Barrada, Roncero, 2019). Nei casi più gravi sarebbe presente una condizione delirante secondo cui il soggetto, avrebbe paura di essere avvelenato attraverso il cibo, con la conseguenza di arrivare alla morte.

Casi clinici

Primo caso: (v)Igor(toressico).
Igor, 25 anni, il cui nome e personalità nella mia mente si sono strutturati con un gioco di parole relativo al *vigore ortoressico,* manifesta una profonda sofferenza collegata al blocco nella attività agonistica per un incidente avvenuto durante una gara. Pratica lo sport di cui è appassionato in modo agonistico dall'età di 15 anni. A fronte di una presenza fisica imponente Igor tradisce una rappresentazione di sé come piccolo e fragile che fa capolino durante le sedute. È molto demoralizzato per l'infortunio accadutogli e teme, a ragione, di dover rinunciare alla carriera agonistica. Porta in seduta un gran senso di solitudine e di smarrimento. Tutta la sua vita ha sempre ruotato intorno all'agonismo, gli manca il rigore degli allenamenti in vista di una competizione sportiva. L'unica cosa che lo appassiona e gli da vitalità è lo sport, che continua a praticare andando tutti i giorni in palestra per allenarsi. In questo modo Igor sente di poter governare e tenere sotto controllo una pesantezza e un dolore nel corpo mai avvertiti. Allenarsi lo aiuta a sostenerli entrambi. Sentire un dolore nel corpo che prima non sentiva lo allarma molto. A questo si aggiunge la paura di sperimentare il vuoto: "*mi manca fare agonismo perché è la cosa che ho sempre fatto e a cui mi sono dedicato tanto. Gareggiare è la cosa che mi piace di più in assoluto. È come se hai un lavoro che ti piace e lo fai tutti i giorni. Se te lo tolgono c'è il vuoto."*
Igor mi parla nelle sedute del suo piacere per lo *"sport puro"* qualcosa di perfetto, che è venuto meno, ed è collegato ad un ideale di sé perfetto, un *"maschio completo",* un *"atleta valido",* un *"esperto nel mio sport"*. Per Igor è

importante essere intelligente e frequenta l'Università, ma anche essere forte e vigoroso: *"Per me è importante sentire di essere intelligente, ma forse mi piacerebbe avere queste cose associate. In questo momento lo studio è importante ma devo fare anche dei movimenti fisici. Avendo lo spirito sportivo mi serve muovermi."*
Un dolore cervicale al collo lo blocca in via definitiva. Si sente "*uno schifo",* sta molto male e non riesce ad alzarsi dal letto. Si è ripreso piano piano, ma a questa ulteriore esperienza di *"malattia"* associa una immagine negativa di sé e del proprio corpo. Si sente debole, vulnerabile, l'esperienza di fragilità del corpo lo angoscia molto perché lo fa sentire minacciato da attacchi da cui deve difendersi. Sentirsi vulnerabile contraddice un ideale di sé forte e potente. La debolezza è registrata come qualcosa di negativo che non è tollerabile. L'ispirazione ad essere *"completo"*, *"valido"*, *"forte"*, *"vigoroso"* e *"puro"* non è più raggiungibile.
Per difendersi dagli attacchi che lo minacciano Igor comincia a sviluppare un interesse quasi ossessivo per il contenuto dei cibi, per le proprietà nutrizionali e organolettiche e per la loro provenienza. Dal "*piacere per lo sport puro"* Igor passa al "*piacere del cibo puro"*. In breve tempo la ricerca del cibo sano, unito a un sempre maggiore esercizio fisico, inizia a dominare la sua vita. Il desiderio di controllo e perfezione sembra essere nuovamente lo sfondo psichico per un'ulteriore esperienza che coinvolge il corpo.
Consulta vari nutrizionisti per informarsi e essere istruito sulla qualità e il giusto apporto nutrizionale dei cibi e anche su come abbinarli. Non tutte le combinazioni possono essere sane. Afferma che per lui è importante restituire in questo modo forza, vigore e vitalità al suo corpo dall'interno, nello stesso tempo fare la spesa e scegliere i cibi adeguati riescono a dargli un'organizzazione nel tempo della sua giornata che con la battuta di arresto della attività agonistica sentiva perduta. Riesce a studiare, ma non gli va più di uscire con gli amici. Lo appesantisce passare i fine settimana a *"sfasciarsi"* (bere e mangiare) nei locali. Ad un certo punto ha detto no basta, ha pensato che non sarebbe stato facile dirlo ai suoi amici, ma ha cominciato a farlo e a dire di no quando lo invitano ad uscire. Preferisce rimanere a casa per fare tutto il programma di studio nutrizione e allenamento della settimana. Igor afferma che fare questo lo solleva molto perché gli dà uno scopo per svegliarsi la mattina, non potendosi più dedicare così intensamente allo sport.
Nel tempo proseguendo la terapia emerge che si sta riattualizzando qualcosa che è già accaduto nel passato in altre fasi della vita. Mi parla di un *"remake"* di quello che lui chiama *"momento di latenza"*.
Da bambino alla fine delle scuole elementari (latenza) i genitori divorziano e Igor viene ospedalizzato per problemi legati ad una disregolazione alimentare. La madre perennemente ossessionata dal peso e dal cibo era del tutto incapace di strutturare un minimo di orari e di pasti. Igor era molto legato al padre; la

distanza fisica che seguì il divorzio diminuì la loro vicinanza e Igor divenne molto suscettibile all'umore e al sarcasmo del padre che lo screditava verbalmente in modo violento. Nel tempo Igor si allontanò dal padre pensando di essere odiato da lui. Per dominare i sentimenti di rabbia nei confronti del padre per il suo affetto ferito, Igor si dedicò totalmente all'attività sportiva, da qui l'inizio dell'attività agonistica in adolescenza in modo da non doversi occupare della sua "fame" emotiva di esperienza di intimità interrotta con l'elevata conflittualità tra i genitori culminata nel divorzio e nel suo ricovero. Le sue disregolazioni alimentari esprimevano i contorni delle sue difficoltà relazionali. Il suo controllo del cibo puro e dello sport puro concretizzava i tentativi di Igor di controllare i suoi desideri che avrebbero potuto danneggiare nella sua fantasia i genitori, ma nello stesso tempo lo isolava in una immagine negativa di sé da rendere il più possibile perfetta e pura.
Quelli che Igor chiama momenti di latenza, sono per lui momenti di cambiamento. Ogni passaggio evolutivo viene accompagnato da questo momento di latenza come per mettere a tacere il conflitto che lui fa fatica a gestire. Collega questa fatica a gestire i suoi conflitti alla sua grande depressione manifestatasi apertamente ma che forse di fondo ha sempre avuto anche quando praticava agonismo. Afferma di non volere più "*suicidarsi*" in attività che prendono totalmente la sua vita, come è successo con lo sport e con il cibo. Usa un'espressione molto forte, ma che rende bene l'idea dei tentativi di annientamento di sé che certe pratiche molto diffuse nella società contemporanea possono nascondere al di là di quello che propongono come contributo al raggiungimento del benessere psicofisico individuale e sociale.

Secondo caso: la Sant'Ortoressia.
Santo, 28 anni, è uno studente fuori sede che ottiene ottimi risultati nella rinomata Università privata dove studia. Quando lo conosco è altrettanto coinvolto nella sua effervescente vita sociale di cui parla molto nelle sedute, in modo entusiasmante. Benché non sia né depresso né ansioso, Santo chiede di intraprendere un percorso terapeutico per fare esperienza di una relazione di intimità con una figura di riferimento con cui condividere il suo percorso di maturazione e in particolare le sue nuove esperienze sociali e sessuali a Roma. Santo è consapevole di essere un ragazzo molto attraente e dei benefici che questo comporta, *"rimorchia"* molto facilmente, parla del piacere di flirtare e di sentirsi *"il miglior fico"*. Per non disattendere questa aspettativa Santo cura molto la sua immagine dedicando molta parte della sua giornata a questo aspetto e spendendo anche cifre elevate per prodotti specifici nella cura del corpo oltre che per il cibo sano di provenienza solo da agriturismi dove si coltiva a km zero. Studia molto attentamente i siti internet prima di comprare o si reca direttamente sul posto, a volte dedicando intere giornate a questa attività. Nel

corso della terapia emerge quanto dinamiche profondamente narcisistiche sono implicate in questo comportamento di *"sana perfezione"*.
L'incontro con una ragazza molto attraente, che irritata dalle sue *avances*, si difende in modo dispregiativo etichettando come *"immaturo"* il suo approccio, lo getta in un profondo sconforto, all'idea di non sembrare *"grande abbastanza"* agli occhi di questa ragazza per essere preso in considerazione. Nello strenuo tentativo di ritrovare la corrispondenza perfetta perduta, si intensificano i sintomi di forte preoccupazione al pensiero di cosa mangiare, con conseguente pianificazione dei pasti con diversi giorni di anticipo nel tentativo di evitare i cibi ritenuti dannosi; aumenta in modo ossessivo la quantità di tempo impiegata nella ricerca e nell'acquisto degli alimenti a scapito di altri aspetti della vita che per lui sono stati sempre rilevanti come lo studio o la sua effervescente vita sociale che si estingue improvvisamente, a volte salta anche le sedute; prepara il cibo secondo procedure particolari ritenute esenti da rischi per la salute aumenta e apprende una cottura particolare dei cibi per i quali compra solo un certo tipo di stoviglie.
Sentimenti di soddisfazione e autostima oppure senso di colpa e forte disagio a seconda dell'avere o meno rispettato le regole che si auto-impone, sono accompagnati da attacchi di panico e insonnia per i quali vi è stato bisogno di un supporto farmacologico in fase acuta.
Nel corso della terapia emerge che Santo durante l'adolescenza ha sofferto di una seria forma di anoressia comparsa quando si è manifestata in lui un'incertezza sulla sua identità di genere sessuale e la paura di essere omosessuale con quello che significava per lui dirlo ai sui genitori, i quali, a suo dire, per lungo tempo non si sarebbero accorti di nulla, anzi pare che i genitori incoraggiassero il suo dimagrimento. Ancora oggi la madre gli ricorda quanto fosse bello quando era così magro da adolescente. Disprezza molto i genitori, nonostante gli permettano di vivere a Roma più che dignitosamente, non facendogli mancare nulla sul piano economico. La madre è descritta come una donna convenzionale molto legata alle apparenze, distante emotivamente e succube del marito. Il padre è descritto come un uomo dominante, manipolativo e controllante che ha sempre cercato di pilotare la vita e le scelte della moglie e del figlio, mostrando un'apparente possibilità di libertà di scelta.
La fissazione per il cibo sano e pulito divenne anche un modo nel transfert di controllare la relazione terapeutica indagando sulle mie abitudini alimentari e fornendomi indicazioni verso un tipo di alimento piuttosto che un altro.
In una seduta porta due frammenti di un sogno: 1) l'immagine di un corpo femminile ricoperto di oro lucente; 2) una vagina ostrica che contiene una perla. Le associazioni convergono sul corpo femminile idolatrato. L'identificazione con aspetti dissociati e idealizzati del corpo, e affetto materno distante e irraggiungibile. Da qui l'espressione coniata di *Santa Ortoressia* per indicare il

legame tra la dedizione al cibo sano e puro e la dedizione al suo copro identificato con il corpo materno idealizzato. L'incontro con il rifiuto da parte di una ragazza molto attraente e molto idealizzata ha rimesso in gioco la sua crisi adolescenziale e conflitti irrisolti nel processo di soggettivazione dalla infanzia pura alla pubertà impura, perché sessualizzata, creando in lui una confusione sulla sua identità sessuale.

Conclusione

Le qualità delle esperienza affettiva, presente nell'infanzia e nell'adolescenza, che sono ricercata per costruire, mantenere e reintegrare la coesione di sé, si può riattualizzare in transiti evolutivi successivi nel corso della vita. I legami interiorizzati e la loro qualità sono prodotti unici e specifici di ciascuno e la loro natura può variare a seconda delle caratteristiche di personalità e dei diversi contesti. Il ruolo che essi giocano nello sviluppo varia a seconda della sicurezza dei legami stessi e dell'ambiente intersoggettivo disponibile, compreso quello tra analista e analizzando.

I processi di soggettivazione si sviluppano lungo tutto l'arco della vita e non sono unicamente determinati da strutture psichiche interne, ma sono co-determinati dalla soggettività di coloro che interagiscono con il soggetto stesso, man mano che l'organizzazione psichica del soggetto si delinea, si stabilizza e si trasforma all'interno di precisi contesti intersoggettivi.

Igor e Santo, hanno entrambi vissuto la perdita e l'abbandono fisico ed emotivo dei rispettivi *caregivers* durante l'infanzia. I contesti intersoggettivi entro i quali si verifica ognuna di queste perdite, sono diversi ma molto simili. In entrambi i casi contesti poco responsivi complicano e ritardano i processi di soggettivazione dando luogo a una rappresentazione di sé disorganizzata. I processi di soggettivazione possono essere facilitati o al contrario ostacolati da specifiche condizioni. L'anoressia infantile e adolescenziale e l'ortoressia adulta sperimentate incapsulano un'esperienza soggettiva collegata al conflitto fondamentale fra il mantenimento di un senso di sé, così come è, e il bisogno di mantenere esperienze indispensabili per la crescita e lo sviluppo psicologico nel legame con l'oggetto.

Il controllo emotivo limita, frena e penalizza il lavoro di rappresentazione proprio dei processi di soggettivazione che consiste nel potenziare il senso di sé, deliberare il senso dell'altro e esplorare tutte le sfumature possibili del senso di sé con l'altro (Stern, 1984; 1985; Emde, 1991). Nei casi illustrati la rigidità riscontrata delle strutture psichiche ha sovente rappresentato una scommessa nel processo terapeutico e nella costruzione di un legame riconosciuto come tale e nei tentativi di farlo funzionare e procedere in modo adeguato. Le esperienze positive e la speranza di un cambiamento attivate dal processo terapeutico hanno permesso di rimaneggiare *pattern* relazionali inconsci e collegati con la

disregolazione alimentare precoce. Tutte le attività intorno allo sviluppo dell'ortoressia, anche se a discapito di altre fondamentali, hanno la funzione di creare uno stato affettivo di coesione e vigore che altrimenti potrebbe venire meno. In quest'ottica, come ben descritto da Rossi Monti e D'Agostino (2016), un tentativo di comprensione dell'ortoressia come estrema ossessione per il cibo pulito è proporre una possibile chiave di lettura nei termini di un *organizzatore di senso*.
Gli Autori hanno individuato sei organizzatori di senso originariamente pensati per le condotte autolesionistiche, estesi successivamente ad un uso più ampio delle multiple esperienze del corpo così tanto vissute e ricercate nella società contemporanea. I sei organizzatori sono: 1) concretizzare, 2) punire/estirpare/purificare, 3) regolare la disforia, 4) comunicare senza parole, 5) costruire una memoria di sé, 6) volgere in attivo, cambiare pelle. Ognuno di questi organizzatori racconta una storia diversa. Ma tutti mostrano in definitiva che l'esperienza corporea, per quanto disturbante essa sia, svolge una precisa funzione all'interno dell'economia psichica della persona, una funzione vitale per la salvaguardia della propria identità, (Rossi Monti, D'Agostino, 2009). Nel caso specifico dell'ortoressia l'ipotesi degli autori è che l'organizzatore di senso potrebbe essere *punire-estirpare-purificare,* dove il corpo è vissuto come un mezzo per *punire-estirpare* la parte cattiva di sé al fine di *disintossicarsi/purificarsi* e attaccare pensieri, sentimenti, ricordi, o anche per ripetere inconsciamente una sequenza emotiva antica, oppure per liberarsi della rabbia e provare a riorganizzare un senso di sé *frammentato e/o disorganizzato*.
L'esperienza vissuta per quanto disorganizzata possa essere svolge una precisa funzione all'interno dell'economia psichica della persona, una funzione vitale per la salvaguardia della propria identità. Memorie procedurali collegate a esperienze di vitalizzazione patologica e a *pattern* precoci patologici della nutrizione possono indurre inconsciamente nella persona una fantasia curativa col potere di fornire la sensazione di essere vivi e coesi: *"quando la mancanza di vitalizzazione affettiva lascia la persona con una costante sensazione di svuotamento e perdita di valore di sé si possono cercare vitalità e coesione da fonti maladattive, perverse e patogene. La ripetizione di esperienze traumatiche può avere un forte effetto organizzante creando un'esperienza più coesa di quella sperimentata da un relativo benessere. La ricerca di esperienze di coesione da comportamenti patologici possono fornire un senso di sé organizzato e regolatore del sé per quanto illusorio, brevi e vulnerabili ma facilmente riproducibili e riconoscibili seppur disfunzionali"* (Lichtenberg, Lachmann, Fosshage, 1999).
La mente al fine di creare una realtà psichica interna utilizza significati collegati all'esperienza passata e presente all'interno di relazioni intersoggettive investite di qualità emotiva e di significato. I significati emotivi rendono pensabile

l'esperienza di sé. La qualità dell'esperienza affettiva viene rappresentata ed elaborata simbolicamente. In questa direzione il Vigor Ortoressico e la Santa Ortoressia che hanno via via preso forma nella stanza di analisi hanno permesso di designare la mancanza di quelle funzioni psicologiche che hanno a che fare con il mantenimento, la reintegrazione e la trasformazione della esperienza di sé, facilitando il passaggio da stati mentali non rappresentati a stati mentali rappresentati associati a significati connessi a ricordi, pensieri sentimenti e desideri.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*, American Psychiatric Pub, Arlington. Tr. it. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali DSM-5*, Raffaello Cortina, Milano 2014.

Arusoĝlu, Gulcan et al. (2008). Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish. Turk Psikiyatri Dergisi, 19 (3), 283-291.

Barnes Marta A., Caltabiano Marie L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*. 2017 Mar; 22(1):177-184.

Bratman S (1997). Health food junkies. *Yoga Journal (September/October)* 42-50.

Bratman S, Knight D (2000). *Health food junkies. Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. *Broadway Books, New York.*

Bratman S. (2017) Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Disord*; 22: 381-5.

Brytek-Matera, Anne (2012). Orthorexia nervosa an eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 4 (1), 55-60.

Depa J, Barrada JR, Roncero M (2019) Are the Motives for Food Choices Different in Orthorexia Nervosa and Healthy Orthorexia? *Nutrients 2019*, 11, 697; doi:10.3390/nu11030697.

Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for a diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*er 9, 2, 151-157.

Dunn, Thomas & Bratman, Steven (2016). On orthorexia nervosa. A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11-17.

Joseph, D. Lichtenberg, Frank M. Lachmann, James Fosshage, (1992), *Il sé e i sistemi motivazionali*. Casa Editrice Astrolabio, 2000.

Rossi Monti, Mario, D'Agostino, Alessandra, (2009). *L'autolesionismo*. Roma. Carocci.
Rossi Monti Mario, D'Agostino Alessandra (2016), Clinica del corporeo ovvero psicopatologia della contemporaneità. *La camera blu,* n°14. *Ferite*.
Stern, D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
Stern, D. (1991). La rappresentazione dei modelli di relazione: considerazioni evolutive. In Shameroff A. J., e Emde R. N., (a cura di). *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*. Bollati Boringhieri, Torino.
Stolorow, R. (1986) Critical reflections on the theory of the self psychology: An inside view*, Psychoanalitic Inquiry,* 6,pp. 387-402.

Mariaclotilde Colucci è psicologo, psicoterapeuta, socio de Lo Spazio Psicoanalitico di Roma; candidata, Società Psicoanalitica Italiana, Prima Sezione Romana dell'INT.
E-mail: mariaclotildecolucci@gmail.com

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Anoressie maschili: spostamento sintomatico e Sé corporeo

Stefania Marinelli

Abstract
Dopo un breve cenno storico, l'idea sostenuta è che la sindrome anoressica, e il suo simmetrico bulimico, compaiano, nei pazienti maschi, per lo più mascherate da quadri sintomatologici e psicopatologici diversi, come l'attacco di panico, la paura ipocondriaca e la tendenza ossessiva e fobica, restando apparentemente segreti pur mantenendone il funzionamento specifico. Un caso clinico è riportato per esemplificare l'affermazione.

Parole chiave: anoressia, anoressizzazione, adolescenza, fame, identità, corpo

Abstract
After a brief historical mention, the idea supported in the contribution is that the anorexic syndrome, and thatone symmetrical bulimic, appear, in male patients, mostly masked by different symptomatological and psychopathological configurations, such as panic attack, fear hypochondriac and obsessive and phobic tendency, remain apparently secret while maintaining their specific functioning. A clinical example is reported to exemplify the statement.

Key words: anorexia, anorexization, adolescence, hunger, identity, body

Anoressie

Dai tempi più lontani l'inedia, il digiuno e il rifiuto di nutrirsi sono stati oggetto di studio diretto e indiretto. Dall'epoca antica pagana, interessata alla medicina dell'inedia, fino a quella cristiana che mise in campo le idee di rinuncia per santità e estasi mistica da un lato, e di punizione dall'altro, con la liberazione dalla possessione demoniaca e i roghi medievali per le streghe, l'oggetto nutrizione ha sempre attirato domande e fornito risposte secondo le tendenze delle culture prevalenti.

Anche nella tradizione letteraria, mitologica e popolare, l'elemento della fame è molto presente. Ad esempio nel rito sacrificale di ogni cultura e tempo, da antropologico, a antico, a recente, l'idea della partecipazione al convito mediante ingestione e banchetto delle carni offerte in segno di celebrazione ospitale, contiene l'idea che l'oggetto sacrificato esprima il dono gioioso della vita, per partecipare all'incontro e contribuire ai suoi frutti (valga anche l'esempio di Freud in *Totem e Tabu* dell'Orda primitiva).
In particolare nella fiaba italiana e europea il fantasma della fame e del divoramento è assai presente, con particolare riferimento ai terrori infantili dell'Orco, il lupo ecc, che fanno sparire i bambini inghiottendoli e/o li trasformano all'interno della pancia dando loro altre vite (vedi in particolare Pinocchio di Collodi; o le molte avventure metamorfosiche degli eroi in lotta contri vari destini avversi, accanto a maghi, streghe e fate schierati con loro). Nelle fiabe russe, ad esempio quelle raccolte da Afanasiev, il tema eroico principale delle paure e del riscatto dalle paure è spostato sulla figura centrale del Gigante, dotato di poteri immensi, mediante i quali egli risolleva dalla povertà con la straordinaria capacità di arare e rendere fertili i campi, la sua famiglia e il suo villaggio. In fondo anche in questa declinazione il tema connesso alla produttività della terra e la miseria della fame è pur sempre quello della possibilità di vivere data dal cibo. Il cibo come simbolo della vita stessa, e la contrapposizione con il morire, coinvolge d'alto canto l'idea del rifiuto come attacco alla vita e ritorno al nulla.
La rinuncia al cibo come atto patologico e anoressico, diventa poi con l'avvento della psichiatria, ricerca della individuazione categoriale e classificazione. Con l'affermazione successiva delle scienze positivistiche e le ricerche umane e sociali (antropologiche, sociologiche e psicologiche) il profilo anoressico riceverà infine prospettive e articolazioni multiple e l'inizio dello studio scientifico e "oggettivante": la malattia non è più parte di un insieme sociale (o tribale, che lo contiene) ma piuttosto un oggetto isolato a sé stante su cui si deve intervenire per ripristinarne l'ordine. E' infine anche possibile annotare che in tutti i casi considerati, dall'epoca cristiana in poi, il caso anoressico è stato trattato sempre come un profilo esclusivamente femminile.
Con la nscita della psicoanalisi e con Freud, che non ha incluso la sindrome fra le nevrosi attuali e ne ha riferito quasi esclusivamente nel quadro degli *Studi sull'isteria*, in qualche modo viene ribadita la forma psicopatologica alimentare come tendenza specifica dello sviluppo femminile. Gli studi psicoanalitici successivi però, dopo tempo, individuando e classificando i disturbi narcisistici, tenderanno a includere le cosiddette condotte alimentari piuttosto nei disturbi di personalità e borderline: in questo ambito ricadrebbero infatti psichismi misti che lavorano in sinergia – come versanti ossessivi, fobici e controfobici, e più in generale livelli di vulnerabilità del sé.

Direi che è a partire da questi ultimi studi che possiamo avvicinarci a concepire la concomitanza maschile e femminile nelle patologie anoressiche e bulimiche. Al di là degli aspetti di 'moda sociale' (Corrao) e di *epidemia del corpo come 'oggetto superiore'* (Camassa, 2010); al di là degli ideali di magrezza odierni come fattori determinanti e scatenanti ampiamente considerati dalla sociologia; e al di là dell'analisi differenziale dello sviluppo della sessualità femminile e maschile (v. la tradizione di studi espressa da Chasseguet-Smirgel, con molte altre autrici); e la psicoanalisi delle identificazioni pre-edipiche e edipiche nel bambino e nella bambina; e al di là anche di quella prospettiva della relazionalità winnicottiana, molto interessante nel nostro caso, degli scambi precoci della bambina, futura anoressica, con una madre che non contiene ma chiede di essere contenuta (cfr. gli studi di G.Polacco): ora, con gli studi sui disturbi narcisistici e pre-narcisistici (vedi la vulnerabilità del sé e il paradigma della *fusionalità*, in Lombardozzi, Meterangelis, 2020) il problema diventa un altro: quello dello sviluppo diacronico degli impasti psichici all'interno della personalità. Diviene importante cioè la considerazione dei differenti gradi di sviluppo di nuclei e livelli psichici più e meno maturati, che possono restare paralleli e intrecciati fra loro, e interagiscono come sistemi dotati di diversa consistenza e grado evolutivo all'interno del funzionamento psichico generale (Soavi, 1993). Dunque si apre un campo di studio di nuclei psichici, sistemi e segmenti che interagiscono nella dinamica intrapsichica e interpsichica di un soggetto – un po' come in un "campo" gruppale) – plasmando diverse configurazioni di personalità e diverse prevalenze.

La configurazione definita generalmente anoressica prevale meglio sicuramente, nel suo formato "conclamato", in ambito femminile; tende invece a presentarsi sotto altre forme in quello maschile, nel quale ha anche assunto una categoria specifica – visnoressia. Si tratta soprattutto di forme centrate sul problema del potenziamento e riempimento muscolare, sostitutivo della magrezza nell'ideale della perfezione corporea – vedi la "anoressia atletica" non ancora categorizzata dal DSM 5, e i casi di ortoressia, vigoressia e altri disturbi qualificati dalla restrizione alimentare e dall'estetica della preformance sportiva (cfr. Griffiths, 2013; 2016).

Ma l'alternanza fasica o simultanea di tendenze restrittive e bulimiche può anche e più spesso presentarsi come forma-limite, in cui, come risulta durante l'analisi, l'attività "anoressizzante" e/o "bulimicizzante" del funzionamento psichico è fondamentalmente prevalente, ed è sottesa al funzionamento ossessivo, fobico, ipocondriaco, o all'attacco di panico e anche alla fobia sociale. In tutti questi casi, si assiste ad un attacco al corpo, mediante la nutrizione, la sessualizzazione o de- o contro-sessualizzazione, la rinuncia alla vita dei sensi, degli impulsi, delle emozioni: come se il maltrattamento della corporeità diventasse, in una fantasia a carattere onnipotente e negante, la sede privilegiata del rifiuto, o come ebbe a

esprimere un autore esperto dei disturbi psichici al "tempo della globalizzazione" (Comelli, 2005-07), il "rifiuto di essere rifiutati".
Antonio Ciocca, un autore che per anni ha condotto e riportato studi psicoanalitici in questo campo anche sulla base di ricerche empiriche oltre cliniche e teoriche, esprimeva una differenza nel modo maschile e femminile di approcciare il corpo: "la donna usa il corpo per arrivare alla mente; l'uomo fa viceversa, usa la mente per accedere al corpo" e alla sessualità (2013). In uno dei suoi numerosi scritti indicava (2014) inoltre nell'azione autolesiva che spesso si ritrova in queste abitudini patologiche, come quella di tagliare parti del corpo, si possa individuare la ricerca di "sentire" e vedere (con i sensi) il corpo vivente, nel quale scorre il sangue vivo, che il soggetto non "sentiva", a cui non credeva, avendo annullato la vita delle sensazioni e avendo relegato nel corpo i "bisogni" sentiti vergognosi e "bassi", rispetto all'altezza dell' "oggetto superiore" (Camassa, 2010). Attacco al corpo, rifiuto, maltrattamento; potenziamento e depotenziamento mediante riempimenti, svuotamenti e rinforzo della corazza muscolare; sessualizzazione estensiva e desessualizzazione ascetica. Ma anche, accanto al segreto anoressico il segreto dell'uscita dal labirinto agonico: la disperata e più compassionevole ricerca di riabilitare il corpo e scoprire se è tuttora vivo nonostante la sporcizia dei suoi bisogni. Questo avviene nei casi in cui l'orientamento di fondo per una possibile domanda di aiuto lascia aperta la possibilità di far prevalere le due sponde del conflitto, senza renderlo invece nullo in termini del troppo assoluti e monopolari, tendenti cioè all'omeostasi mortifera dello svuotamento non appenna si presenta il riempimento appagante, che calma l'appetito finalmente percepito (Marinelli, 2004; 2019).

Una o più anoressie e bulimìe

Prima ancora di chiedersi perché la sindrome anoressica sia generalmente ritenuta una affezione prevalentemente femminile, dovremmo porre un'altra domanda preliminare. Perché i casi di anoressia maschile si presentano prevalentemente oscurati da altre componenti psicopatologiche? O anche sono casi più frequentemente che nel campo femminile, risolti o compensati, e tali da non produrre domanda di aiuto, nonostante la sofferenza? Quali caratteristiche sociali tenderebbero a contenere e "compensare" più facilmente l'anoressia maschile rispetto a quella femminile?
Nella mia esperienza ho visto che il nucleo profondo e per lo più segreto corrispondente alla configurazione femminile, si presenta su versanti concomitanti, o derivati, quasi mai "alimentari". Ad esempio la richiesta di aiuto concerne la posizione ossessiva, o fobica; o rientra in un quadro ipocondriaco; o tendente al panico; o ha qualità bipolari; o investe la sfera del disturbo affettivo; e dell'identità di genere. Mediamente vediamo "angosce identitarie" (così indicate da S.Bolognini in un seminario di presentazione del suo recente libro,

Flussi vitali fra Sé e non Sé), specie nella fase adolescenziale. Poi emerge però, apparentemente non centrale, un aspetto più specifico, che contiene sia l'attività anoressica dello svuotamento sia la passività masochistica. Si rivela infine la personalità profonda, quella che è stata o si è sentita cancellata, "anoressizzata" fin dall'origine. Come se si trattasse di uno psichismo specifico, che consiste in un'unica azione, monopolare, di affermazione di sé come principio e fine, come preferenza assoluta, a gestione autarchica. Il tempo psichico dello svolgimento, del pensiero, della rappresentazione e della parola, risulta abolito, a favore di un accanimento maniacale perché sia ribadita sempre l'omeostasi psichica e la sua gestione organizzativa dettagliatamente esclusiva. Spazio, tempo, coordinate del contenitore che la personalità usa per svilupparsi, sono forclusi o aboliti: il soggetto vive in un assoluto proprio, comunicando con l'altro mediante tale presa in ostaggio del bisogno di relazionarsi con lui (con l'oggetto, che è incluso a priori come facente parte del soggetto, o come una propria estensione annessa).

Il paziente segretamente anoressico che si trova da adolescente in cura perché ha sofferto di ipocondria o attacchi di panico, può anche evolvere con tratti di terapia e/o di analisi che è riuscito ad accettare (di solito per necessità estreme e in casi di sofferenza invalidante). Ma il nucleo profondo continua ad essere per lungo tempo maltrattato dal se stesso che deve uscire illeso dalla cura e che pretende la gestione totale della regolazione economica – entrate e uscite: il bilancio. L'omeostasi deve essere sempre, o ciclicamente o periodicamente, ristabilita, o il soggetto rischierebbe di non avere elementi identitari in cui riconoscersi. L'identità è sentita come mai nata, o annientata e presto esclusa dal funzionamento dello sviluppo biologico. Dai suoi bisogni profondi, che possono comparire per reclamare verità occasionalmente, il soggetto riceve giusto quel tanto di segnale che gli consente la sopravvivenza. L'identità profonda è odiata per essere stata distrutta, per avere fallito i suoi compiti: così come la madre/nutrice ha fallito i propri – e anche la cura fallirà il suo nutrimento. L'identità profonda è diventata un ostaggio dell'identità più disponibile e compiacente, che ora regola il sistema di scambi, interno e esterno. Si tratta di una icona iscritta nel sé come una fotografia che ha fotografato il vuoto, l'assenza. Le sensazioni di mancanza non sono tollerate perché alludono a quell'epoca in cui era stato compiuto il sacrificio principale: la vita fu rubata, la mente fu rapita, l'affetto negativo legato alla loro sparizione fu esautorato a sua volta, senza lasciare tracce. Il soggetto può addirittura essere sereno, perfino sicuro e fiducioso, a tratti. Ma non dimentica mail la cerimonia funebre alla quale ha partecipato all'origine: il sé che non aveva avuto la sua occasione di vita, il nutrimento per essere e sentirsi vivo. Si sente ripugnante e indegno, come un vampiro, uno zombie. Odiato. Torturato. Nell'analisi non riesce a elaborare il

sentimento della vergogna (Pallier-Soavi, 2012) e si rappresenta come un "bambino 'mostruoso' come minaccia all'integrità del sé" (Pallier, 1990). Eppure questi pazienti guariscono a modo loro molto più facilmente dei pazienti opposti a loro per carica "alimentare": quelli che hanno preso la via bulimica o dell'obesità (vedi il ragionamento clinico di Ciocca, 2014, basato sull'analisi della letteratura e delle evidenze di ampie ricerche empiriche). Sembra che l'odio anoressico in qualche modo riesca a evolvere e possa diventare più compassionevole nell'esperienza successiva (al lutto) dello sviluppo. E' meno radicato rispetto a quello bulimico nella reazione prepotente, maniacale, per lo più cinica, che è sempre foriera di sviluppo della distruttività auto e eterodiretta. I colpi menati alla cieca (contro sé e contro l'altro, che non è distinto del resto) dalle personalità bulimiche, spesso rese opache e cieche dalla memoria del fallimento e dalla reazione potente che deve oscurare l'esperienza di vuoto e fragilità, hanno impedito ogni transazione con le propaggini del vero sé. Il vero sé è odiato più intensamente e con minore pietà. La rigidità che si sviluppa nella ricerca inclusiva della bulimìa ha meno margine di trattativa con il sé umiliato, accetta meno compromessi. La grande bocca affamata anoressica qui diventa il trionfo dell'ingestione totale, garante di potenza. E sarà più difficile abbandonare un'esperienza basata sul piacere rispetto a quella radicata nel sacrificio anoressico. Il sacrificio è premio a se stesso (Corrao): qualche nutriente è accettabile. Il nutrimento bulimico invece è consumato prima di essere riconosciuto, è incorporato o annesso con violenza e disprezzo. Manca del tutto la pietà, che nella situazione anoressica ha spesso un posto. L'acme del paradosso anoressico/bulimico sta nel rischio che questi due versanti si sposino fra loro e siano giocati, come una coppia, uno contro l'altro. Allora carestia e abbondanza della parola analitica dovranno inventare soluzioni altrettanto creative: lo spazio nel quale è seduto il curante è di sicuro esiguo e a rischio.

Ciononostante, in molti casi anche maschili vale l'atteggiamento di fedeltà al lavoro della cura, che tendenzialmente ha maggiore sviluppo nel legame femminile. Se il disprezzo e la paura di perdere virilità e posizione attiva, non sono sovrabbondanti, il paziente resta legato al compito di, se non nutrire meglio se stesso, almeno forgiare meglio la sua rappresentazione di sé e virile. Questa solitamente è spostata e appoggiata su aspetti lavorativi, o anche sociali e artistici. I pazienti segretamente anoressici, e ancor più bulimici, non riempiranno mai quanto desiderano l'appetito maltrattato. Però potranno lavorare sul senso e sulla rappresentazione di sé, da usare e da esibire per sviluppare sentimenti di forza, sicurezza e talvolta nei casi più fortunati, fiducia. Il lavoro di costruzione comunque, se c'è e se procede, versa un periodico contributo alla malattia : il bilancio a valore zero marcia in parallelo, la richiesta di svuotamento e di rendicontazione a peso zero continua a bilanciare l'aumento

di peso e consistenza. Il sé può nutrirsi a condizione che il sé negativo possa anche nutrirsi dell'attacco al nutrimento. La cura, responsabile del nutrimento sarà attaccata fintanto che il sistema di fiducia nel cambiamento non cambi il sistema. Sarà un duello dettagliato e testardo, anche quando è ormai riconoscibile il suo funzionamento all'interno dell'analisi. L'aritmetica degli apporti, poi, se viaggia alla giusta velocità, si trasformerà in una matematica, un'algebra meno puntigliosa e concreta.
Questo quadro che, spero di essere perdonata per questo, si presenta un po' pessimistico, a volte può essere sinceramente condiviso con i pazienti che lo portano. Spesso a tutta prima si tratta di percezioni di sé cognitive, ma prive del correlato emozionale, quando la tempesta dei sentimenti distruttivi è stata almeno in pate elaborata. Però appresso alla percezione cognitiva può comparire un riconoscimento genuino, non necessariamente orientato al masochismo. A volte la "passione" conoscitiva (indagativa, o produttiva o creativa ecc.) può divenire un alleato prezioso, un veicolante per continuare a esplorare e, se possibile, riempire la personalità affamata.
Su quest'ultimo punto esemplificherò mediante un resoconto di una terapia analitica con un paziente adolescente, l'idea di un processo di cura molto lungo e difficile, che ebbe un esito misto (fra riconoscimento del vero sé e misconoscimento, usato per non soffrire troppo, ma anche per non faticare troppo a dover reperire la fiducia). Molto spesso l'ambiente è determinante a seconda che sostenga le ragioni del nuovo sé che il paziente propone durante il processo di cura, o lo contrasti apertamente o meno. E' difficile dire quanta tradizione familiare collusiva giochi il suo ruolo per mantenere l'equilibrio generale dell'economia familiare.

L'anoressia di Gianluca si palesò solo quando scelse una ragazza anoressica, a distanza di due anni dall'inizio della terapia. Prima si pensava a tutt'altro (non io).
Farò un passo indietro: Gianluca si presentò da me portato dai genitori per una urgenza: temeva in modalità panica di morire per attacco cardiaco. Aveva 18 anni e avrebbe affrontato nei prossimi mesi l'esame di maturità.
Risolta la gravità tentò immediatamente di svincolarsi e ridusse il numero delle sedute settimanali, per motivi di ordine apparentemente pragmatico.
Quando fece l'iscrizione alla facoltà di economia trasformò tutte le incertezze, dubbi, sfiducie e periodici collassi dell'energia, sulle difficoltà a organizzarsi nello studio e sul conflitto con le ambizioni presenti (i massimi voti e riconoscimenti; la via formatva più "alta"; lo spazio del divertimento sociale e sesuale) e su quelle rivolte al futuro (accademiche, politiche e altre).

Quando fu di fronte all'esame di laurea l'ansia ridivenne quasi panica e si riaffacciarono pigrizia, obnubilamento, confusione, lentezza e ambivalenza e il ciclico collasso delle capacità.
Ciononostante l'incoraggiamento severo ma costante dell'analista e la conduzione tonica da parte sua delle gravità gli consentirono di trovare o costruire un se stesso che potesse far fronte alle richieste. Un sé non proprio vero ma anche non proprio compiacente; non proprio antifamiliare e desideroso di contrapporsi schierandosi dalla parte dei suoi diritti analitici alla salute e al sostegno familiare (i genitori non gli riconoscevano la spesa per la terapia) – ma più tollerante verso utilità e compromesso. Trovò un compromesso fra la prospettiva dei diritti, e quella dei doveri; quella delle entrate e degli incassi, e quella delle perdite e della tendenza masochista da controllare. Questo ragazzo giocava le parti in campo una contro l'altra per sentirsi esistere; manteneva i suoi sintomi per riempirsi di qualcosa; detestava il cambiamento perché si sentiva sopraffatto dal desiderio di eclissarsi per sempre e il timore di perdere il suo sogno onnipotente e omeostatico. Nel sogno lui era un astro fulgidissimo ricco di straordinari talenti (che in parte aveva realmente, sul versante cognitivo, emotivo, e affettivo; ma che non poteva usare se non parzialmente e in contesti favorevoli, a causa della tendenza ad assentarsi dalla scena e a negare il potere dell'altro, del quale altro la sua infinita competizione contestava la presenza stessa.
Ma ci vuole un altro passo indietro.
Questo paziente portava in sé un visibile e esposto neonato disperato, al quale tutto è stato improvvisamente sottratto, e che si addormenta per non provare terrore. Non mangia, non dorme, si assenta. I genitori lo avevano concepito da molto giovani, inesperti e presi dall'ambizione cogente di una costruzione disciplinata e totalizzante che lo status sociale delle loro famiglie esigeva. La ricerca di una riscossa economica che sostituisse una sfiducia di fondo, li impegnava del tutto. La signora dopo un anno dal parto rimase nuovamente incinta. Il fratellino che nacque era quel bambino più facile, adeguato e salutare che lui non aveva avuto spazio e tempo di diventare, e da cui si sentì del tutto soppiantato. Si consegnò all'inseparabilità per mancanza di esperienza, alla competizione anche invidiosa, e al terrore che tutto gli venisse rapito, che la mente soprattutto gli fosse rapita. Il corpo era già stato respinto e tolto. Smise di alimentarsi se non quanto fosse sufficiente a crescere biologicamente e coltivò, negandoli, sentimenti di sfiducia, paura, gelosia, e soprattutto la tendenza alla sparizione.
Quando arrivò da me aveva solo quello: il sintomo ipocondriaco. Era vergine, non aveva affrontato alcuna sfida dell'adolescenza, o solo poche incursioni nella trasgressività. La sua adolescenza era stata modellata dalle paure religiose del peccato e della colpa (era stato inscritto a una scuola confessionale cattolica).

Non amava lo studio e il suo rendimento era solo sufficiente. Le sue relazioni con il gruppo dei pari sostanzialmente ripetevano l'annientamento primario. Viveva false e insoddisfacenti socialità e attività sportive, tutte derivate dalla cerchia familiare.
Affermare un senso di sé nuovo e diverso da così lo faceva sentire in bilico su un abisso (e aveva ragione).
Era dotato di molta intelligenza e l'analisi suscitò in lui il desiderio di usare la competizione (con l'altro ma soprattutto con se stesso) per salvare se stesso e desiderare di vivere. Si aggrappò a questa possibilità, affamato com'era, e presto si rese conto di tutti gli ostacoli interni e esterni che quel nutrimento gli costava. Così, facendo lo slalom fra famiglia, analista, compiti scolastici e di sviluppo, un po' a tentoni e sentendo indefinita la propria identità, riuscì a fare della sua assenza, una scena di conflitto. E il conflitto, nel bene o nel male, era meno impossibile trattarlo.
In particolare fu l'epoca coronavirus, così claustrofilica e con sedute solo telefoniche, che lo riabiltò e gli restituì coesione e energia. Aveva ritrovato l'analista in casa. La madre "oca" e cinica divenne per lui solidale e apprezzata. Il padre amicone e suo alleato contro di lei, divenne il rivale. Dall'anoressia claustrofobica e agorafobica (Marinelli, 2019) al virus claustrofilico, gli espedienti per appoggiare i suoi fantasmi terrifici non mancarono. E' probabile che il rientro claustrofilico nel cuore della famiglia, che in quell'occasione fu riabilitata e rappresentata diversamente, fosse dovuto a due fattori. Il primo fu sicuramente la possibilità offerta dalla cura di vomitare per un tempo lunghissimo tutti i cibi avvelenati che il paziente aveva forzatamente ingerito nella sua vita debole e angosciata, riuscendo a sopravvivere loro. Il secondo fu dato da qualche colloquio dell'analista stessa con la coppa dei genitori. Poche parole e nozioni scambiate sulla condizione del figlio, non del tutto veritiere per condivisa cautela e perché non sarebbero state accolte dai genitori per non mettere in discussione il valore dell'assetto coniugale e la conduzione dell'intero gruppo familiare, servirono a creare da un lato il mantenimento della loro fiducia e la capacità di resistere all'attacco del figlio. E dall'altro lato servirono a creare una prima distanza differenziante fra loro e il figlio, il quale divenne in tal modo il depositario esclusivo della verità analitica e custode della famiglia. Questo rese il cibo analitico meno pericoloso per il paziente e per la sua famiglia. I genitori non riconobbero al figlio di dover pagare le sedute. Il figlio poté vivere una profonda rabbia per questo, che forniva un primo contenuto utilizzabile all'analisi. Al tempo stesso il giovane poté sentire per la prima volta il proprio diritto e sentire come proprio il bisogno di ricevere l'aiuto analitico. Fece un minor numero di sedute, ma quelle che riusciva a pagare con soldi indirettamente ottenuti erano finalmente sue soltanto e riusciva a non « vomitarle ». Una volta si definì « cannibalico » e tendente all'ascesi dto zero

alla fatuità. Insomma poté adottare una tendenza alla crudeltà come sistema d'indagine invece che azione aggressiva contro i propri e altrui contenuti e cominciò a tollerare la costruzione di oggetti che potessero almeno in parte appagarlo, magari liberandosi di quelli che gli ricordavano il passato, o relegandoli ai margini per tornarci poi. La tempesta, incredibilmente, ci aveva tenuti vivi e attenti, una tempesta distruttiva che ora poteva trasformarsi in generosa e feconda. E rafforzare il legame, o meglio la cognizione della sua esistenza, finora così volatile.

Bibliografia

Bolognini S. (2019), *Flussi vitali fra Sé e Non Sé*. Raffaello Cortina, Milano.
Camassa P. (2010), Anoressia: un'epidemia del corpo come "oggetto superiore", *Rivista di Psicoanalisi,* 3, 549-559.
Ciocca A.(2013), Comunicazione personale.
Ciocca A. (2014), *Anoressie: patologie del sé corporeo*, a cura di, con F.Dazzi e S.Marinelli. FrancoAngeli, Roma.
Comelli F. (2005-07), Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico-bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista, "Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici" *Funzione Gamma*, 14, www.funzionegamma.it
Comelli F. (2015), *Disturbi psichici nella globalizzazione*. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze, anoressie e distruttività. FrancoAngeli, Milano.
Corrao F.(1992), Comunicazione personale.
Griffiths S., Murray S.B., Touzy S. (2013), Disordered eating and the muscolar ideal. *Journal of Eating Desorders*, 1, (1), 15.
Griffith S., Murray, S.B., Mond J.M. (2016), Evolving eating desorder psychopathology: conceptualising muscolarity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry*, (208(5).
Lombardozzi A., Meterangelis GF. (2020), *Forme della fusionalità. Attualità del concetto*. Roma: FrancoAngeli.
Marinelli S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina.
Marinelli S. (2019), *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Roma: Borla.
Pallier L. (1990-2020), in *Fusionalità*; *Forme della fusionalità. Attualità del concetto*. Roma: Borla; FrancoAngeli.
Pallier L.-Soavi GC.(2012), La vergogna, Difficoltà nella sua analisi. Presentato al Centro di Psicoanalisi Romano.
Soavi GC. (1993), Rigidezza delle aspettative e angosce di dissintegrazione. Presentato al Centro Romano di Psicoanalisi. PEP - Web Copyright Material. For use only by.

Stefania Marinelli, psicologa clinica, psicoanalista di gruppo (IIPG), (già) Professore Associato di Psicologia Clinica, Sapienza di Roma, Facoltà di Medicina e Psicologia. E' presidente di Argo e direttore della sua Rivista con Silvia Corbella.
Email: stefaniamarinelli2014@gmail.com

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Il carro davanti ai buoi

Angelo Mario Campora

Abstract
L'autore in questo lavoro, nel ripensare intorno agli aspetti metodologici e tecnici che hanno favorito il cambiamento e le trasformazioni di assetti consolidati in due giovani pazienti con tratti psicotici, esitati in un prevalente disturbo DCA, ha privilegiato il vertice di osservazione winnicottiano isolando, all'interno della patologia, l'aspetto comune in entrambi di una consistente angoscia di imminente crollo psichico.
In particolare, si è avvalso di una attenta e circostanziata lettura commentata del lavoro di Winnicott relativo alla individuazione precoce del crollo e della sua posticipazione nel futuro. Altrettanto preziosa è stata la rilettura fatta da T. Ogden delle intuizioni winnicottiane relative al crollo, che ha permesso all'Autore di seguire la traccia originaria ed arricchirla di collegamenti clinici ai due casi trattati all'interno di un Servizio per giovani adulti di una ASL di Roma.

Parole chiave: carenzialità, deprivazione sensoriale ed affettiva, svalutazione, legame, eclissi dell'oggetto

Abstract
The author in this work, in rethinking around the methodological and technical aspects that favored the change and transformations of established arrangements in two young patients with psychotic traits, hesitated in a prevalent Eating Disorder, privileged the Winnicottian observation summit by isolating, within the pathology, the common aspect in both of a consistent anguish of imminent psychic collapse.
In particular, he made use of a careful and detailed reading commented on the work of Winnicott on the early detection of the collapse and its postponement in the future. Equally precious was the reinterpretation made by T. Ogden of Winnicottian insights related to the collapse, that allowed him to follow the original track and enrich it with clinical links to the two cases treated within a Service for young adults of a Local Health Department in Rome.

Key Words: lack, sensory and affective deprivation, devaluation, bond, object eclipse

Premessa

Sono molte le situazioni cliniche nelle quali ho avuto la sensazione che con alcuni pazienti, in alcuni momenti specifici della loro vita e in relazione anche alle loro difficoltà emozionali del momento, fosse necessario immettere aspetti di creatività nel trattamento, anche con specifiche modifiche del setting, che consentisse il costruirsi di una sorta di traino fantasmatico, potente, intenso, quasi trascendentale, che permettesse di contrastare la concretezza schiacciante della situazione presente ed il senso di morte immanente con qualcosa che restituisse la sperimentazione di un senso di autentica appartenenza e di legame. Mi riferisco in particolare a quelle situazioni nelle quali e per le quali la schiacciante supremazia della coazione a ripetere tende a prefigurare tragitti obbligati dai quali non è in alcun modo possibile discostarsi, non solo nei comportamenti, ma anche nei modi per pensarli, per l'assenza di vita immaginativa e di capacità di sognare nel quotidiano le vicende che rendono la vita così desertificata. Tali dimensioni cliniche appiattiscono su un presente sentito come, il più delle volte, esattamente rappresentativo delle condizioni di trascuratezza infantile e di un vissuto in cui predominano gli aspetti carenziali, più che quelli conflittuali, e che costringe a rappresentazioni di sé e del mondo inequivocabilmente contrassegnate dalla stessa svalutata matrice primordiale.

Una possibile declinazione di queste situazioni cliniche capita spesso di vederla in quei pazienti nei quali il disturbo alimentare sembra avere una prevalenza nella loro sintomatologia, accompagnato il più delle volte da aspetti depressivi di fondo, forti oscillazioni dell'umore uniti ad un immanente stato di insoddisfazione e di infelicità, poiché è da questa matrice, quella del nutrimento, dell'apporto affettivo primario, che sembra discendere quella coercizione che ci appare come una devastante menomazione del Sé. L'esito immancabile di tali situazioni è quella di una eclissi persistente dell'oggetto, nel periodo in cui la luce ed il calore che dovevano costituire l'indiscutibile fondo naturale, così determinante per lo sbocciare della vita psichica, è venuto tragicamente a mancare o nei casi migliori ad apparire con imprevedibile intermittenza. La specifica linguistica di questa problematica sembra iscriversi nello scenario delineato inizialmente da Freud ben descritto nel famoso "gioco del rocchetto", nel quale la posta in palio era costituita dal tentativo di realizzare un'impossibile e sempre sfuggente sensazione di poter controllare in proprio la perdita, la mancanza di nutrimento affettivo, e di poter contare su di esso (Freud 1920).

Inoltre, trovo che considerare la dimensione del cibo all'interno di quella che è la storia ancestrale dell'uomo, i cui connotati si sovrappongono con l'inizio stesso della vita, permetta di coglierne gli aspetti che si confondono con la Creazione stessa. Non a caso, le storie dell'uomo nel mondo iniziano con il mangiare-non mangiare il frutto proibito da Dio, connotando l'atto stesso del mangiare o meno di una profonda carica pulsionale che attiene all'invenzione stessa del desiderio,

alla sua repressione e, perciò, alla genesi stessa del conflitto come moto psichico primario, nella direzione della conoscenza e del piacere. Aspetti tipicamente umani che prima del morso al frutto (1) non esistevano, poiché l'uomo era ad immagine e somiglianza di Dio (Antico Testamento, *Genesi* 2,16).

Il contesto del Trattamento

Beatrice è una giovane studentessa con un passato di lancinanti abbandoni materni, afflitta da sintomi bulimici da molti anni che, dopo un passato di anoressia e uso di sostanze, trovava sollievo nell'espressione di questa modalità, verso tutte le sue continue esperienze di insoddisfazione, frustrazione e perdita della sua efficacia nel mondo. Abbuffarsi di cibo e dolci le restituiva una quiete e un senso di pienezza esistenziale che si confondeva con il senso di sazietà corporea, che in genere durava soltanto poche ore, per scoprire subito dopo la tragica differenza tra le due sensazioni, la cui scoperta la gettava ripetutamente in uno stato di prostrazione e di perdurante autosvalutazione.
Carla, proveniente da analoghe condizioni di vita primaria, aveva trasformato la sua vita in un atroce teatro tragico di mortificazione del proprio corpo, riducendosi a pesare poco più della soglia vitale, perdere mestruazioni e femminilità, in nome di una inconscia santa crociata nei confronti della madre che, a suo dire, aveva colonizzato la sua vita psichica, determinandone la totale espropriazione da sé. Per questo, affamando il proprio corpo, desertificandolo e, con esso, le sue relazioni con il mondo, avrebbe inconsciamente avuto la tetra, mortifera e silente rivincita su di lei.
Il *continuum* che va da una patologia all'altra, in alcune pazienti, non sembra avere particolari aspetti di demarcazione che ne contraddistinguano la prevalenza di una sull'altra; anzi, sembrano due facce della stessa medaglia e spesso si presentano l'una come l'estensione dall'altra, alternandosi nel tempo come espressione prevalente. La presa in carico istituzionale e non deve fare i conti con le modalità con le quali tali pazienti si presentano, a volte con un'ostinata riluttanza, altre con attese salvifiche e messianiche, rivolgendosi ad una dimensione di cura alla quale viene attribuito l'ingrato compito di decodificare la genesi del disturbo e la richiesta di uscire dall'inferno della ripetizione, quando, in realtà, poi fanno di tutto per ostacolare entrambi tali "nobili scopi".

L'angoscia del crollo

Ripensare le due pazienti indicate e la traiettoria esistenziale comune a molti casi che rappresentativamente identificano condizioni simili mi ha portato a privilegiare un unico vertice di osservazione e cioè l'intensa angoscia di

imminente crollo della loro organizzazione psichica, che così costantemente aveva contrassegnato lo svolgersi della loro vita psichica, e che successivamente coinvolgerà anche lo stesso trattamento psicoterapeutico e l'intero progetto terapeutico, formulato per loro dal gruppo di lavoro.
Ripensando i due casi, in relazione a questa occasione di scrittura, ho trovato particolarmente utile, da un lato, una ulteriore rilettura dello straordinario saggio di Winnicott *La paura del crollo* (1971), e dall'altro, lo stimolante commento ad esso, fatto da Ogden, dal cui invito sono rimasto piacevolmente intrigato: «il lettore deve lavorare parecchio qui: non deve soltanto leggere l'articolo, deve anche scriverlo. Io vedo la paura del crollo, come una specie di lavoro incompiuto. Nella lettura di questo articolo non provo ad immaginare cosa Winnicott intendesse realmente, al contrario, prendo le idee che propone esplicitamente o implicitamente come punto di partenza per sviluppare il mio pensiero» (Ogden, 2016, pp. 58-59).
Cercherò pertanto di comunicare a mia volta le riflessioni e le suggestioni evocate da entrambe le letture, sia sul versante di una più accurata comprensione di questa "angoscia del crollo" che su quello dei riflessi che induce nella nella teoria della tecnica.
Ogden scrive che «leggendo le prime righe dell'articolo ci si rende conto che Winnicott era convinto di aver compreso qualcosa di nuovo, e di quanto fosse importante per lui comunicarlo prima di morire» (*ibidem*, p. 54) (2).
L'articolo comincia così:

«Le mie esperienze cliniche mi hanno portato recentemente a una nuova comprensione del significato della paura del crollo. Il mio scopo è ora quello di enunciare, nel modo più semplice possibile, ciò che è nuovo per me e forse anche per altri che lavorano nel campo della psicoterapia. Naturalmente, se in questo che dico c'è un barlume di verità, i poeti di tutto il mondo se ne saranno già occupati, grazie alla loro comprensione istintiva: ma i lampi di intuizione della poesia non ci possono esimere dal penoso compito di uscire passo dopo passo dall'ignoranza, per andare verso il nostro scopo. È mia opinione che uno studio di quest'area limitata conduca a un nuovo modo di vedere molti altri problemi che ci preoccupano quando non riusciamo a far bene come vorremmo il nostro lavoro di clinici» (Winnicott, 1971, p. 105).

Ogden sostiene che l'ignoranza alla quale Winnicott si riferiva fosse l'ignoranza emotiva di noi stessi come terapeuti. Questo è un punto saliente, perché è come se spostasse il campo dell'indagine del nostro investigare clinico dall'esterno di noi al nostro interno, immaginando che noi potessimo diventare capaci di sperimentare ciò che è più doloroso della nostra vita, prima di tutto. Tale spostamento diventerebbe in questo modo la via maestra per comprendere le

dimensioni mentali che presumibilmente si possono costituire in questi pazienti, ma a partire dalle nostre esperienze. Secondo lui, Winnicott dice che quel che ha imparato in "quest'area limitata", e cioè il significato della paura del crollo, può aiutarci nell'inoltrarci in quelle difficili situazioni nelle quali la condizione di stagnazione è sempre dietro l'angolo e che ci avvicinano pericolosamente al terrore di star fallendo come terapeuti: «Ci sta mostrando in realtà che cosa significa vivere, cioè essere vivi nelle proprie esperienze, mostrando che si tratta di fenomeni universali anche se sono più evidenti in alcuni dei nostri pazienti» (*idem*).
Quindi, secondo Ogden, Winnicott non avrebbe potuto esprimere tale aspetto in modo più chiaro ed incisivo, poiché sembra sottolineare alla nostra comprensione almeno due punti:

- Il primo è che, affinché si possa immaginare la costituzione di un "ambiente terapeutico" - personale e gruppale - per far fronte ad una quantità di angoscia così accentuata e perdurante nel tempo, non sia possibile prescindere dal far ricorso ad aspetti che abbiano a che vedere con una personale esperienza del crollo, cioè di avere almeno una qualche idea di come ci siamo sentiti noi quando abbiamo avvicinato esperienze simili, come "fa sentire" il timore, l'angoscia del crollo, "anche quando non afferriamo completamente quel particolare aspetto di quella particolare condizione del momento".
- Il secondo punto è quello di cercare di chiarire che cosa intenda Winnicott per crollo, dal momento che ha voluto utilizzare un termine "sufficientemente vago da significare cose diverse": è il fallimento di un'organizzazione di difesa che bisogna intendere? Ma difesa contro che cosa, si chiede? "Dall'impensabile stato di cose" che sottostà all'organizzazione difensiva, aggiunge subito dopo.

Le temporalità sovrapposte
Ogden qui coglie appieno la natura volutamente non troppo definita, delineata da Winnicott nella sua discussione sul crollo, forse proprio perché rappresentativa della confusione che è propria "di uno stato mentale in cui il passato non è ancora un presente e il presente non è ancora un passato", che probabilmente ha che vedere con la sovrapposizione di queste due temporalità, che però ancora non possano essere pensabili, come un prima e come un dopo, il che consentirebbe il primo abbozzo di quella importante funzione della mente umana che è la storicizzazione della propria esistenza. Ma forse tale confusione e sovrapposizione delle temporalità ha a che vedere proprio con l'oggetto al quale sono associate e, cioè, a "quell'impensabile stato di cose".
Per ragionare meglio su questo secondo punto passa a chiedersi che cosa precisamente debba intendersi con il termine "agonia", concordando con Winnicott circa la loro natura dolorosa ed estensiva del termine angoscia, poiché

verificandosi essa, durante le prime esperienze neonatali, siamo in un tempo in cui la madre fornisce la funzione integratrice dell'Io, un'epoca in cui il bambino non è ancora separato dallo psiche-soma della madre. Qui Ogden, fa una prima affermazione importante nello stabilire che i modi in cui l'infante si difende da essa favoriscono e rendono realizzabile il ritorno ad uno stato di non integrazione originario. Inoltre chiarisce, dal suo punto di vista, che il bambino si trovi a sperimentare una reale condizione di agonia primitiva:

«*soltanto* perché essa si verifica in assenza di un precedente legame madre bambino sufficientemente buono, quello stato di cose che Winnicott definisce il fallimento dell'ambiente facilitante, poiché il bambino che si venga a trovare in uno stato di non integrazione, da solo, fuori dal legame madre bambino, è in uno stato di terrore» (*idem*, p. 59, corsivo mio).

Il punto centrale della rilettura di Ogden è che quelle sensazioni che potrebbero essere tollerabili nel contesto del legame madre bambino, diventano invece agonie, *soltanto* quando il bambino si trovi in una condizione di solitudine che lo costringe a farne una dolorosa esperienza solitaria non trovando nella madre, il necessario ambiente di contenimento. È precisamente in questa situazione che l'agonia sperimentata innesca un meccanismo di salvaguardia emotiva, una sorta di "salvavita", che gli consente di distanziarsi dall'esperienza negativa, sostituendola con un'organizzazione difensiva, come la disintegrazione, che innesca stati e dimensioni mentali "come se fosse in una condizione di psicosi". Il bambino si difende cioè dal "cadere per sempre" attraverso tale funzione autonoma ed innata che la psiche fornirebbe, in direzione di un auto-contenimento, un tentativo disperato di salvaguardare la propria integrità, in assenza della madre. Ma poiché questa osservazione di Ogden sembra piuttosto convincente, se seguiamo il suo punto di vista, essa ci permette di comprendere meglio l'ipotesi di Winnicott che pensava al crollo non come ad un precipitare improvviso in un marasma psicotico, ma più comprensibilmente, come l'immediato allestimento di un'organizzazione difensiva relativa ad un'agonia primitiva, gestita in una assoluta solitudine, come precisa Ogden.
Allora capiamo meglio anche la proposta di Ogden, se intendiamo il presentificarsi di una agonia primitiva come qualcosa che si produce solo in seguito ad esperienze traumatiche di mancate risposte ai bisogni del Sé, e capiamo anche gli effetti sul processo temporale che agisce posticipando il crollo in una dimensione futura. Ma quella "dimensione futura" è esattamente quella dimensione che produce quella confusione temporale che osserviamo in pazienti come Carla e Beatrice, quando ci mostrano la loro disperazione, percepita ma non pensata, ma così densamente respirabile nel campo relazionale, come una presenza-non presente, o come alle "soglie del presente". Metaforicamente

richiama, nelle mie associazioni, ad una realtà cosmologica, come se fosse posizionata su quell'"orizzonte degli eventi", descritto dai fisici che studiano il comportamento di Sagittarius A. e degli altri enormi buchi neri supermassicci presenti nella nostra galassia (G. Tonelli, 2021 e C. Rovelli, 2020), eventi sempre pronti ad invadere la casa del Sé o ad esplodere come un "sole abbagliante" (Bollas, 2015) distruggendo le sue ultime strenue forme di resistenza.

Beatrice non riusciva a ricordare un solo evento nel quale la madre le avesse dato la sensazione o anche l'illusione di contare qualcosa per lei, lasciandola sola con i nonni per lunghi periodi, totalmente incapace di comprendere il perché di quelle assenze. Quando la portava con sé, era per "avere una compagnia" nelle sue mille relazioni, per difendersi dalla solitudine e per avere un alibi con il marito, affinché non lo tradisse con altri uomini.
Carla, in maniera analoga, raccontava con disperazione di avere sempre avuto la convinzione che se non ci fosse stata per la madre sarebbe stata una liberazione, permettendole di arrivare a quel successo che non è mai arrivato nel suo lavoro di cantante lirica, poiché doveva occuparsi di lei, unica figlia, dopo la separazione dal marito.

L'esperienza clinica nel Tranfert
Lo specifico transfert attivato da queste due giovani donne era molto simile, improntato ad una proiezione costante sul terapeuta di tutte le valenze negative e abbandoniche delle reciproche condizioni ambientali primarie ma, al tempo stesso, con la speranza di far fallire la relazione e dimostrare così a sé stesse che non ci fosse ragione di coltivare alcuna forma di speranza.
Nella storia mitica dell'uomo, c'è un punto a proposito della coltivazione della speranza che ne descrive a mio parere la sottostante identificazione con gli aggressori che ho potuto cogliere nel fondo di entrambi le giovani donne, quando, in uno dei suoi più toccanti racconti, Tucidide scrive:

«La vostra ostilità non ci danneggia più di quanto non ci danneggi la vostra amicizia: la quale apparirebbe come un segno delle nostre debolezze mentre il vostro Odio, sarebbe per i sudditi, la prova della nostra forza» (Tucidide, 1996, p. 89-106).

Il testo è tratto a proposito della trattativa tra ateniesi e il piccolo regno di Melo, all'inizio della guerra del Peloponneso. I rappresentanti di Melo, assediati dagli ateniesi, presentano una proposta risultata irricevibile, di poter restare neutrali e di non allearsi con loro, affidandosi alla speranza che essa potesse essere ascoltata, ma ricevendo sprezzantemente questa risposta:

«Speranza! La speranza, abituale lenimento del pericolo, danneggia ma non travolge chi le si affida, come ad un di più. Ma chi le si appoggia *completamente* (considerando che essa è per sua natura dissipatrice), nel momento stesso in cui ne conosce, ormai travolto, la sua natura, comprende anche che contro di lei, ormai svelata, non ha risorse. E allora voi, cercate di non fare questa fine, deboli come siete e appesi ad un filo. Cercate di non rassomigliare ai più, i quali, pur avendo l'opportunità di salvarsi con mezzi umani, quando, ormai fiaccati, li abbandonano le speranze in ciò che è visibile, si volgono a quelle nell'occulto: la mantica, gli oracoli e tutto quanto, *insieme con le speranze, porta la gente alla rovina*» (*ibidem*, corsivo mio).

Rintraccio nella memoria molti passaggi nei quali, sia con l'una che con l'altra, avvertivo che dolorosamente la speranza fosse interamente proiettata su di me, come se fossi io un rappresentante dei Meli, ma proiettata per essere mortificata dal loro spietato cinismo dei forti che mi facevano vedere quanto vano ed ingenuo fosse il mio sforzo, cosicché la disperazione di "colui che si riduce a sperare" diventava tutta mia; loro erano invece tutte dalla parte dei forti, del potente esercito degli oppressori ateniesi che avrebbero fatto "ciò che c'era da fare".
J.B. Pontalis (1981) a mio parere, ha molto ben colto punti del genere, per cercare di capire come comprendere le strenue difese messe in atto da alcune pazienti, nelle quali vedeva operante la ferrea volontà di distruggere il lavoro analitico e come, soprattutto, comprendere perché si ostinassero a restare, quando scriveva:

«A meno però di sottometterci o dimetterci, facendo nostro il sistema del paziente e subendo, con l'obbedire a ciò che detta legge in lui, l'influenza che egli stesso subisce, conviene porsi l'interrogativo: in questa difesa in cui prevale la coppia azione-reazione, qual è il fantasma che agisce? Qual è l'illusione, o meglio la convinzione, nascosta? Quali sono gli affetti mobilitati?» (p.16).

Egli vedeva in tutto ciò l'espressione di un tentativo inconscio di curare la propria madre malata proiettata nell'analista.

«Riguardo il problema di cui mi sto occupando, affermerei volentieri che ciò che è proprio della reazione terapeutica negativa è una folle passione di cambiare, di guarire la madre folle dentro di sé. Questo è un punto centrale. È anche il paradosso che pone la Rivière quando dice: «Io non guarisco finchè non ho guarito gli oggetti interni primari dentro di me. Ma è talmente intrecciato l'amore e l'odio per questi oggetti che è un compito infinito. Non posso finire quindi l'analisi, finchè non ho guarito gli oggetti o la madre folle

dentro di sé, non la posso abbandonare, non la posso lasciare indietro. Si è infatti colpiti dal loro imperioso bisogno di far cambiare l'altro o meglio di farlo cedere e *questo altro*, all'orizzonte è sempre la madre, la madre inflessibile nel suo no, nel suo: "Non sei mai stato e non sarai mai il motivo del mio desiderio. Forse sei stato l'oggetto del mio amore e delle mie aggressioni, delle mie esigenze e dei miei rigetti, delle mie cure e della mia negligenza, anzi forse ci apparteniamo l'un l'altro, per sempre. Ho presa su di te e tu hai presa su di me, *ma non c'è in te di che smarrirmi*"» (p. 18, corsivo mio).

Del resto, a completamento del riferimento alla speranza e se essa realmente possa dotare chi la coltiva di un reale ruolo di "effettore di moto psichico", basterebbe ricordare che essa è tutto ciò che resta, per gli umani, della rottura del vaso da parte di Pandora e che Zeus non potè fare altro che condannare Prometeo alla orribile esposizione al rapace divoratore del suo fegato, poiché alla domanda del coro di che cosa avesse lui promesso agli uomini nel donargli il fuoco e l'uso stesso della tecnica, rispose "...Sì... io ho promesso loro cieche speranze" (Eschilo, 1996).

Ci sono madri, che per ragioni sempre diverse, legate alle loro infelici vicende esistenziali, interpretano il loro rapporto con la propria figlia come se si realizzasse da un punto di forza, di potere su di essa, di precedenza dei propri bisogni di espansione, alla stessa stregua dei rappresentanti dell'esercito degli Ateniesi con i Meli.

È come se le loro esigenze e ragioni di vita venissero prima, come se fossero prese dalla eterna necessità di dare soddisfazione ai propri bisogni psichici e materiali e che poi verrà il momento di pensare a quelli delle figlie e che, se non accettano le loro condizioni, possono anche essere "fatte fuori" o nelle migliori delle ipotesi, abbandonate al proprio destino.

Come non pensare che questa configurazione della relazione non venga percepita anche in modo decisamente precoce dalla bambina e che non si comincerà a strutturare quella devastante percezione (l'"appercezione primaria", descritta da Winnicott) per la quale quella negazione che proviene dalla madre venga fatta propria, ed inizi a profilare quell'ombra sul Sè, "non più, o non mai" illuminato dalla necessaria luce di investimento illusionale materno? Tali pazienti sentono in maniera drammatica e devastante quel sentire che ci sono state madri che non si sono smarrite nelle figlie, che non si sono "perdutamente innamorate di loro", e con ciò stesso non facendole avvertire tutta la bellezza di esser vive e di esserlo primariamente per loro... per lo sguardo della mamma, quel primo paesaggio con il quale il bambino entra in una irripetibile risonanza primaria (Winnicott, 1950; Lingiardi, 2017).

Tale bisogno primario lo vediamo comunemente riapparire nello specifico transfert che tali pazienti attivano, in varie forme e modi, con diverse tonalità

e virulenze, con lo specifico obiettivo di riportare costantemente in scena il disperato bisogno di un terapeuta che si innamori di loro, che le consideri esseri indimenticabili e speciali, che le riconosca nel loro idioma (Bollas, 1987) e che le consideri le pazienti predilette con le quali si sia disposti a dimenticare e lasciare dietro le spalle tutto ciò che caratterizzi la dimensione di cura: la natura professionale della relazione, il naturale distacco che essa comporta e gli obiettivi di salute, ma che diventi invece la sede delle realizzazioni più originarie e che "restituisca il maltolto", promettendo amore, trasporto, affidabilità e protezione incondizionata.

Ma non è proprio l'impossibilità di corrispondere loro quanto chiedono, che determina la altrettanta impossibilità di procedere nella loro cura? Naturalmente, in questa tipologia della casistica, sempre sotto il ricatto continuo di corpi che avvizziscono pericolosamente o che lievitino in una espansione indefinita, oscillando verso estreme condizioni di vivibilità biochimica.

Controtranfert v/s Enactment

Con Beatrice capitò che un giorno mi lasciai andare ad una esternazione, conseguente alla costante esacerbazione di cui era capace, per contrastare non ricordo bene quale di qualcuna di queste "pretese" da parte sua e mi trovai a pronunciare difensivamente questa frase…

"*Ma insomma Beatrice, si vuole rendere conto che se davvero realizzassimo quanto lei chiede è…. come se mettessimo il carro davanti ai buoi…*"

Sul momento lei non rispose, ma subito poi replicò che non io avessi il diritto ad esprimermi con toni così autoritari dai quali si sentì profondamente ferita. La sua reazione mi permise di rendermi conto non solo di aver ecceduto, ma soprattutto, nel lasciarmi andare in quel modo, di essermi identificato con la madre inconscia che proiettivamente mi faceva conoscere in molti modi e con la quale, mi sembrava, anche di "aver preso una certa familiarità". Insomma, di aver reso reale qualcosa che invece chiedeva di essere filtrato attraverso la comunicazione proiettiva di controtransfert.

La possibilità di ripensare quel frammento nelle volte successive mi portò a rivedere la mia affermazione e la mia posizione al riguardo, soltanto riconoscendo come avessero agito su di me delle questioni che riguardavano molto più me e la mia storia, piuttosto che la sua, e mi aveva impedito di cogliere la valenza comunicativa delle questioni di cui mi stava investendo, come se realmente andassero trattate come delle pretese reali e producendo in me quella reazione.

Oggi, mi è più facile pensare che invece sia proprio in quelle fasi del tragitto terapeutico che entri in ballo la necessità "di metterlo davvero il carro davanti ai buoi", se i "buoi" non sembrano essere più disposti a trainare un carro che odiano profondamente e di cui non hanno alcun interesse, ma anzi, la posta in gioco sembra diventare proprio la realizzazione del disfacimento del carro, poiché quanto più esso sarà mortificato e lasciato a se stesso, tanto più si sentiranno realizzate le proprie necessità inconsce.

Il problema è precisamente quello di elaborare le forme e i modi per realizzare tale spostamento di ordine di marcia, occupandosi per un certo periodo dei buoi, non dimenticando certo il carro, il cui carico è stato devitalizzato e reso privo di alcun investimento. I buoi, cioè l'elemento di traino verso la cura, la realizzazione dell'alleanza terapeutica, la motivazione alla cura stessa, non sembrano più essere operanti ed il processo si blocca.

Quella esplicita forma verbale, che così casualmente affiorò, fu particolarmente significativa, poiché mi permise di consapevolizzare quanta "verità psichica" fosse contenuta in essa, poiché non atteneva soltanto alla metaforizzazione del corpo e della mente, del processo e della cornice, ma anche e soprattutto l'espressione della necessità di Beatrice di un terapeuta capace di adattarsi a lei, di accogliere le sue ragioni come prioritarie e porre l'accento su di esse, e non sul fatto che fossero giuste o sbagliate per me, come aveva fatto la madre con lei, per tutta la vita.

Per loro natura sono situazioni, che se non comprese, possono inavvertitamente procedere verso una stagnazione annunciata di cui si iniziano ad intravedere gli aspetti di immodificabilità e di evoluzione fallimentare soltanto dopo un certo lasso di tempo, variabile per sua natura, ma inesorabilmente capace di instaurare quella specifica assenza di temporalità mortifera e straziante per entrambi (Campora, 2015).

I due casi ai quali sto facendo riferimento, sono stati trattati all'interno di un ambulatorio per gli specifici disturbi di Giovani Adulti all'interno di un DSM di una ASL romana, nel quale ho avuto la possibilità di avvalermi di tutta la strutturazione multiprofessionale che il Servizio aveva a disposizione, sostenuta da una ampia filosofia della cura orientata secondo una visione gruppale della mente e conseguentemente l'orientamento degli specifici progetti terapeutici. Tralascerò per comodità di esposizione, perciò, tutto ciò che mi è provenuto da tale impostazione, che è stato lo sfondo determinante per collocare lo specifico lavoro psicoterapeutico nel suo contesto fondante, e mi limiterò ad illustrare unicamente due aspetti: quelli di metodo da un lato e quello concettuale e clinico, proseguendo nel solco dell'incitazione di Ogden all'approfondimento del testo di Winnicott.

Cambiamenti nella tecnica

La vasta letteratura che da molti anni si sta producendo nel mondo psicoanalitico a proposito del cambiamento della tecnica sta diventando un *common ground* ormai prezioso ed incoraggiante, che permette in alcuni casi di introdurre, con un senso di "maggiore condivisione e compagnia" alcune modifiche nel setting, sconfiggendo la sensazione di uno sprovveduto sperimentalismo autoreferenziale.

Un buon compendio di tale area di ricerca può essere fornito dal convincente articolo di A. Nicolò (2019) a proposito di cosa produca il cambiamento nella relazione terapeutica, soprattutto per quei pazienti nei quali, «il problema non è tanto quello di ricordare, risolvendo il sintomo, quanto al contrario di non avere sufficiente spazio di pensiero… cioè il campo che Bion definiva degli stati mentali inaccessibili e che non fanno parte né del conscio né dell'inconscio» (p. 818).

Segnalerei inizialmente proprio il cambiamento che si sia andato affermando sul diverso modo di considerare il concetto di inconscio e al quale ci stiamo riferendo, a secondo della intensità della traumaticità intervenuta e in quale fase della vita precoce.

Allora il mondo delle mancate inscrizioni simboliche in un registro rappresentazionale, non ancora pronto per accogliere tali registrazioni, sembra essere lo spazio di lavoro e di ricerca nella quale si inseriscono le vicende psicologiche delle due pazienti citate. Di grande interesse per questo è l'accenno che fa Winnicott ai "ricordi impensabili" (Winnicott, 1949), cioè ricordi che il bambino non è ancora nella condizione per riprodurre, ma che restano come un fondo psichico inespresso. Ipotizzare l'esistenza di tale stratificazione di inconscio apre immediatamente il problema alla tecnica, ovvero se lo strumento cardine, costituito dalla interpretazione, sia ancora quello più adatto per accedere a tali strati.

La funzione curante perciò, più che ad un apparato "funzionale al ricordare", sembra evolvere verso la possibilità di attivare una dimensione di risonanze multiple, capace di avviare una sorta di "chimica emozionale", che consenta a quei fluidi vaganti nel fondo della psiche di ricombinarsi e di addensarsi, come se fosse la prima volta di una tale solidificazione e di "poterla esperienzialmente toccare".

Solo dopo e mediante tale addensamento si possono intravedere i segnali per una prima e grezza rappresentazione mentale, gettando le basi per una sua elaborazione simbolica. Il modo di intendere i danni precoci intervenuti nelle due pazienti mi sembra in sintonia con tutto questo filone di ricerca, che ritiene che esperienze non riconosciute e che non hanno mai potuto essere pensate, ma che restano potenzialmente attive, possano però, a seconda del corso degli eventi della vita, trovare vie di manifestazione, sia sul versante

psichico che somatico, mi pare dia conto di come si sia andato strutturando la loro evoluzione psicopatologica.

Credo, per questo, che tutta la recente letteratura che si è prodotta sui temi dell'*Enactment*, sulle varie formulazioni di Campo analitico, sull'importanza riconosciuta alla persona dell'analista e alla sua soggettività, spieghino l'interesse che tali modi di avvicinarsi al "conosciuto non pensato" sia giustificata ampiamente dai molti ambiti di ricerca che si sono aperti nel mondo psicoanalitico, soprattutto di derivazione anglosassone. Per questo, l'importanza da dare all'interpretazione nel lavoro analitico sembra non essere più la stessa, se molta possibilità di avvicinare tali stati della mente passa attraverso la minor o maggiore attitudine dell'analista a percepire e mettere in collegamento, con il qui ed ora, le sue sensazioni corporee, psicosomatiche, la sua attività onirica nella notte e della veglia, cioè come direbbe Ferro, "la sua capacità di sognare il sogno che il paziente non è ancora in grado di sognare" (Ferro, 2017).

Ascolto "verbo-sensoriale"

Da questo punto di vista, il percepire con il nostro corpo la comunicazione corporea dell'altro in una sorta di immedesimazione istintiva, piuttosto che quello del linguaggio verbale, rappresenta attualmente uno delle direzioni della ricerca più promettenti ed interessanti, unitamente a tutta l'eredità winnicottiana sull'uso dell'oggetto, poiché sposta l'attenzione più sul versante di cosa si produce nell'interazione. È nella possibilità di poter comunicare sul quel particolare legame, che si crea tra i due partecipanti alla relazione, all'interno di quello che Ogden chiama il "terzo intersoggettivo", la parte principale del lavoro analitico, unito a poche e significativi commenti interpretativi, prodotti solo quando molto lavoro di questo tipo sia già stato messo in campo dalla coppia.

Potremmo dire che molta acqua sia passata sotto i ponti della teoria della tecnica, da quando Eissler propose l'introduzione del suo "Parametro", esemplificativo di quelle modificazioni dell'impostazione e del setting, - specificando il tipo di cambiamento e per quanto tempo fosse introdotto - fino al lavoro del Boston Group e dello spostamento dell'attenzione sul quel "qualcosa in più di una interpretazione". Non a caso, uno dei punti principali della trasformazione metodologica avvenuta negli ultimi anni nel mondo psicoanalitico è stata proprio quella di una ridefinizione del concetto di neutralità e del coinvolgimento dell'analista. Si tende a dare maggior spazio, potrei dire, alla reciproca libertà di essere ciò che si è, da parte di entrambi, con rinnovato interesse per la propria autenticità e a privilegiare l'espressione di quegli degli stati mentali nei quali i nostri atti sono più… «frutto più di disattenzione, distrazione, o forse quasi uno stato di sogno piuttosto che

comportamenti pensati e siamo attraversati da emozioni intense, sensoriali somatiche e sembra di agire di sorpresa, non volendo, come se un evento improvviso ed imprevedibile si precipitasse all'interno della seduta e dentro il campo dell'analisi cambiandone il solito clima. In quei momenti la coppia analitica ha davanti la possibilità di fare una nuova esperienza trasformativa» (Nicolò, *idem*).

Il setting non più inteso come insieme di regole rigide precostituite, ma visto piuttosto come un'area esperenziale che stimola la creazione di uno spazio potenziale e di creazione di senso, in cui le altre funzioni vengano continuamente ricodificate. Attualmente mi sembra più convincente la tendenza a far riferimento ad una funzione "continuamente interpretante" (Nicolò, *idem*) o quella particolare scelta tecnica di "operare ai bordi", ai "confini dell'esperienza e al margine dei contenuti", che P. Marion suggeriva in suo lavoro di molti anni fa (Marion, 2003) per facilitare la costruzione di una base minima di esperienza e favorire la capacità di mantenere un setting internalizzato che consenta, a sua volta, di governare quello esterno e gli scossoni, che gli provengono da ambo le parti della relazione, senza lasciarsene disarcionare. L'interpretazione diventa allora una delle possibilità, con la quale l'analista può dar voce a quanto emerge dalla complessa azione di un inconscio sull'altro e quanto quello dell'analista sia in grado di produrre a livello verbale, in alcune precise situazioni, ciò che viene avvertito sul versante sensoriale e somatico.

Questo modo di vedere le cose ci consente di definire la distanza che c'è tra l'idea di interpretazione come atto di decodifica di contenuti o di traduzione di essi da quella che invece si riferisce maggiormente al suo aspetto comunicativo, tendente a "migliorare la qualità del dialogo con il paziente" (Bordi, 1996). Per questo a maggior ragione l'oggetto del colloquio è unicamente la realtà psichica del paziente, la presentazione che fa di sé il suo particolare modo di essere. La realtà psichica è una realtà altrettanto reale di qualsiasi altro livello di realtà e su di essa non è possibile mentire, mentre sulla realtà materiale s*ì* (Semi, 1982).

Ci fu un momento nella terapia di Carla, nel quale toccai con mano la disperazione di non saper più cosa fare, poiché qualunque cosa io facessi si rivelava inutile o a anche dannosa. Ma forse fu proprio in quei momenti di più intensa disperazione che trovai la forza di comunicare in forma accettabile per lei, tutta la mia disperazione per l'avvertire la mia completa insignificanza per lei, al punto da vanificare tutti i miei sforzi.

Accompagnai questa esternazione con una comunicazione relativa alla potente identificazione proiettiva su di me della sua mortifera esperienza con sua

madre che l'aveva fatta sempre sentire in questo modo fino a privarla di qualunque sensazione di esistenza.

Arrivai a questo momento quando sentii che l'angoscia che stava travasando in me stava oltrepassando la mia disponibilità a lasciarmi usare da lei e a tollerare che si potesse spingere oltre un certo grado di nullificazione del suo corpo e della sua vita.

Evidentemente il grado di autenticità, che in qualche modo riuscii a mettere in campo, seppe trasmettere l'insopportabilità da parte mia ad avere a che fare con lei in quel modo, oltre un certo livello. Quello fu anche il momento di un forte ripensamento suo e mio del tipo di relazione che stavamo avendo fino a quel momento e permise il realizzarsi di un inizio che poi portò ad una progressiva uscita dalla sua anoressia e a riacciuffare con più consapevolezza i contenuti depressivi e rabbiosi che erano alla base di quella scelta inconscia, e con ciò stesso, a rideterminare le basi per un loro trattamento ed avviare nei due anni successivi una conclusione.

Con Beatrice avvenne qualcosa di simile e le crisi bulimiche più intense, frequenti, strazianti nella loro distruttività, diventarono pian piano un ricordo lontano, e sostituite da alcuni "eccessi tollerabili", come furono ridefiniti all'interno di un diverso rapporto con il cibo, che iniziò a non essere più visto come l'espressione del suo rapporto rabbioso e caotico con la madre, alla quale iniziò a perdonare molte cose.

Relativamente al setting esterno, in entrambi le situazioni, mi sono richiamato ad una idea di "luogo di processamento reale e non fittizio ed illusorio", che permettesse il possibile accordarsi su alcune istanze, una volta che fossero state esplorate nei loro contorni reali e transferali, come il cambiamento di giorni ed orari, intensificazione o riduzione del numero delle sedute settimanali, tolleranza dei ritardi e delle assenze, tono dell'illuminazione nella stanza, apertura o chiusura della finestra, possibilità di circolare nella stanza o restare in piedi, sedersi per terra, vedersi fuori dell'ambulatorio, valutazioni su altri operatori, richieste di diminuire o aumentare i farmaci, invocare spesso il ricovero ecc.

Ho notato che il costante lavoro intorno ad eventuali modifiche del setting messe in atto attraverso questa procedura o molto piu spesso non introdurre alcuna modifica, ma lavorare sul senso di quel limite da non superare, abbia permesso di costruire e di corroborare quella particolare forma di fiducia epistemica (Lingiardi, 2021). Tale lavoro rappresentava la prefigurazione di un mondo esterno che possa iniziare ad essere avvertito come un mondo che in qualche aspetto ed in certe condizioni fosse in grado di piegarsi a rinunciare a parte delle proprie prerogative in favore di quelle del paziente, e che ne riconosca i diritti, l'esistenza e la rilevanza, senza ridicolizzarle, minimizzarle o reprimerle in virtù di un ordine superiore al suo.

Da questo punto di vista, sia Carla che Beatrice, hanno fatto continue richieste di modificare il nostro assetto clinico, trovando nel setting e nella sua relativa fissità continui riferimenti, vissuti come mortificanti e spersonalizzanti che, nel fare esperienza nella relazione, riproponevano aspetti traumatici del passato nella situazione presente, riproducendo le antiche infelicità (Campora, 2014).

Tali situazioni e l'attenzione che vi è dovuta si sono rivelate, tutte le volte che emergevano, non solo delle utili e vivificanti "compagne di viaggio" che hanno avuto il merito di proporre scene attualizzate di vita psichica, contrapposte alla rassegnazione cupa e alla falsa accettazione di norme anonime ed impersonali che in nessun modo riscuotevano la minima comprensione, e che a volte alimentavano inutili ed infruttuosi bracci di ferro, sul nulla. Anzi, iniziai a capire che la loro espressione rappresentasse il livello più alto, di maggior autenticità, da parte di entrambi, ad affermare un diritto alla vita, contraddittoriamente con il piano inconscio che spingeva invece verso la stagnazione e la resa definitiva, un inno alla vita che poteva prender forma solo se accolto nel suo anelito all'esistenza e non come insopportabili espressioni di odio e di ingratitudine.

L'intervento di uno dei più attenti studiosi dell'opera di Winnicott, in un recente convegno, diceva:

«Per Winnicott "essere vivo" significava qualcosa di più che avere solo una mente funzionante e ciò appare evidente dalla sua affermazione che lavorare con i pazienti borderline lo portava al principio della condizione umana, intendo dire alla vita precoce dell'individuo e non ai meccanismi mentali della prima infanzia, e così per essere vivo, non basta avere una mente che funziona in modo sano e non a caso, in un suo articolo, lui scriveva che l'assenza di patologie nevrotiche, sarà anche salute, ma non è vita» (Parsons, 2016, p. 1).

Il corpo come baluardo contro il Crollo Psichico

Nel lavoro con queste due pazienti, mi sono accorto che uno degli aspetti comuni è stato rappresentato dall'enorme carico di odio che entrambe, in misura e modi diversi, esprimevano per il loro corpo, e conseguentemente verso la vita, la relazione con l'altro, distruggendo ogni prefigurazione di tragitto individuale, di scopo, di senso del vivere. Erano bloccate in quella antica battaglia, non scritta, mai raccontata da nessuno storico, perché forse, ancora non erano stati acquisiti i mezzi per scriverla, cioè il mondo dei segni, del linguaggio e della possibilità con tali mezzi di porsi in una condizione di elaborare nel tempo una "plausibile riscrittura" della propria storia, e sentirla

sufficientemente propria, condividendola con chi la si stava costruendo. Tutto era relegato in quella porzione di inconscio dove le cose sono avvenute, ma anche "non avvenute". E le possibilità di potervi accedere, per molto tempo, non erano a nostra disposizione.
Uno dei momenti creativamente più felici del lavoro di Winnicott, credo sia stato quello che lo ha portato a scrivere il suo mirabile *Odio nel controtranfert* (Winnicott, 1947), nel quale:

«in realtà non si limita all'esame del lavoro con i pazienti psicotici, poiché si snoda intorno a tre evidenze: l'analisi con una paziente psicotica, la relazione con un bambino con tendenze antisociali, il rapporto tra madre e bambino nei primi tre mesi di vita» (Fabozzi, 2019, p. 19).

Esso ha permesso l'entrata nella cultura degli anni successivi dell'idea, che così…

«…come il neonato ha bisogno di un ambiente capace di tollerare l'odio, per poter odiare e per poter giungere ad un'integrazione di odio e amore, cosi anche il paziente ha bisogno di un analista altrettanto in grado di tollerare l'odio che il paziente suscita in lui e che se accolto e reso operante, diventa l'asse ordinario delle transazioni cliniche reciproche, che se sviluppate adeguatamente permettono di praticare un lavoro clinico che fondi una teoria della tecnica, coerente con l'idea che ciò che ha bisogno di essere modificato non è soltanto la mente del paziente, ma la mente stessa dell'analista» (Fabozzi, *idem*).

Tale acquisizione mi è stata particolarmente utile, sia con Carla che con Beatrice, per sopravvive a quegli che un tempo avrei considerato degli attacchi al legame e alla cura, ed avvalermi appieno dell'apparato istituzionale, che ha permesso il realizzarsi di questi due trattamenti, quali il continuo confronto con il gruppo dei colleghi, le supervisioni cliniche di servizio e la costante attenzione ad aspetti di soggettività messe in risonanza da tali tensioni. Noi, come terapeuti, non dobbiamo aver paura di eventuali manifestazioni di ostilità da parte dei pazienti, loro fanno il loro lavoro e così altrettanto noi dobbiamo fare il nostro. Fare il nostro lavoro, prevede in primo luogo l'accettazione di tali manifestazioni e subito dopo la possibilità di dargli un senso, possibilmente con il paziente stesso, se le condizioni lo permettono (Campora, 2013).

A questo proposito Winnicott, scrive:
«Credo che il compito del terapeuta che lavori con uno psicotico, sia primariamente quello di riconoscere il proprio odio nei confronti del paziente e di averne la più completa consapevolezza… Qualunque sia il suo amore per i pazienti, egli non può impedirci di odiarli e di temerli e più se ne rende conto e meno lascerà che odio e timore determinino ciò che fa con tali pazienti» (Winnicott*, idem*).

Proseguendo nel suo lavoro, indicherà, come molta parte della psicoanalisi contemporanea ha poi seguito, in particolare dopo il fondamentale lavoro di di P. Heimann (1950), nelle vicissitudini del controntranfert la strada maestra per orientarsi, per spostare l'attenzione sulla coppia terapeutica.

"*Comunicare o non comunicare*"

Ma tornando alla rilettura di Ogden sulla paura del crollo, essa ci ha senz'altro aiutato a progredire nell'estensione di significati che si era proposto, ma nuove complicazioni sembrano arrivare da Winnicott stesso (e che Ogden non riprende) quando dopo aver brillantemente intuito la sorprendente verità della temporalità falsata dal già avvenuto, sembra, dal punto di vista della teoria della tecnica, "tagliare" la questione in modo repentino quando dice:
«Arriva un momento, secondo la mia esperienza, in cui *bisogna dire al paziente* che il crollo che continua a temere e che gli distrugge la vita è già avvenuto: è un fatto che si è mantenuto nascosto nell'inconscio» (Winnicott, 1971, corsivo mio).

Questa affermazione di Winnicott, e che Ogden non riprende, lascia nella mente di noi lettori più di una perplessità e così, seguendo l'invito dello stesso Ogden a pensare questo lavoro di Winnicott come un inizio per altre riflessioni e di essere spunto di nuovi interrogativi, verrebbe da chiedersi come mai si sia data così scarsa attenzione a questo passaggio, poiché ha proprio a che vedere con tutte le questioni che citavo prima a proposito della posizione dell'analista, della natura dell'atto interpretativo e, per finire, con quello della verità storica e di quella narrativa.
Perché un paziente dovrebbe accettare una simile comunicazione e compartecipare con noi a una fideistica convinzione di un inconscio dentro di sé, di cui sa poco, e attribuirci il potere, il compito, la funzione di rivelarglielo? Ed inoltre che genere di beneficio ne trarrebbe da una tale comunicazione, ammesso che ne capisca il senso e l'intenzionalità da parte di chi si sta occupando così faticosamente della sua cura, attirando su di sé una gamma

molto variegata di materiale transferale? Come se il nostro compito con pazienti così difficili fosse quello di dire o non dire, di svelare una verità a loro sconosciuta, e porsi come Tiresia di fronte ad Edipo.
Sono certo del fatto che sia in Winnicott che in Ogden fosse operante, nel momento della scrittura, la assoluta consapevolezza che invece il nostro lavoro inizi proprio lì, in quella acquisizione di fatti già accaduti, ma con l'altrettanta consapevolezza che non è di questo che si tratti, ma di come rendere possibile l'emergere di questi fatti nel vivo della relazione terapeutica, in direzione della costruzione di stralci sempre più compatti di sincronicità temporale e consapevolezza.
Questo spiegherebbe perché alcuni pazienti, come quelli che spostano il "ricordo non ricordato" delle agonie precoci, sul teatro del corpo, piuttosto che della mente, il fronte della loro battaglia continua tra la vita e la morte, tra l'esserci e non esserci. La posta in gioco è naturalmente la vita stessa per una idea di futuro, che possa appartenere anche alla propria storia personale, e guardare alla vita con altri occhi e lasciare libertà al corpo di essere ciò che è ed altrettanto alla mente.
A proposito poi di disvelamento di ciò che si ritiene essere vero e che dovrebbe pertanto essere comunicato, verrebbe naturale ripensare alla delicatezza dei versi di Emily Dickinson, a tal proposito:

«Dì tutta la verità ma dilla obliqua, il successo sta in un circuito troppo brillante per la nostra malferma delizia. La superba sorpresa della verità, come un fulmine, ai bambini chiarito, con tenere spiegazioni. La verità deve abbagliare gradualmente o tutti sarebbero ciechi» (Dickinson, p. 1129).

Ma nel nostro ambito, sappiamo quanto la verità di fatto si trasfiguri nella conoscenza e abbia, ancora una volta a che vedere, con la sola verità psichica del paziente e di noi stessi e che essa possa apparire e condensarsi, con il fare esperienza reciproca, da ambo i lati della relazione terapeutica, ed una via maestra resta sempre quella di affidarsi al nostro dialogo con il nostro controtransfert, che:

«è spesso la sola guida, e per questo dovremmo pertanto essere sensibili a tutto ciò che il paziente proietta in noi con mezzi verbali e non verbali ed essere da parte nostra capaci di verbalizzare ciò che percepiamo a livello inconscio» (Rosenfeld 1954, cit. in Fabozzi, *idem*).

E forse anche in questo richiamo di Rosenfeld possiamo cogliere l'originalità del pensiero winnicottiano poiché, nell'indicare la strada del dove cercare la

Realtà psichica del paziente e del terapeuta, stia forse proprio in quel "bisogna dire al paziente", intendendo che non si tratta solo di una comunicazione da un inconscio ad un altro, ma che ciò che è in gioco è la capacità di creare trasformazioni che vanno "oltre il dire" di un un inconscio sull'altro. Abbiamo a che fare perciò non con la semplice comunicazione tra inconsci, ma con il lasciarsi trasformare dall'inconscio dell'altro e trovare modi e forme per restituire e comunicare le trasformazioni avvenute all'interno di un quadro di reciprocità, accettata da entrambi e continuamente salvaguardata e che perciò permetta una apertura di quel "dire" ad orizzonti colmati dalla continua comunicazione sui reciproci stati di sé nella relazione. Allora anche in presenza dei poderosi attacchi al Sé ed al legame, la questione non è semplicemente quella di tollerare e contenere le emozioni sollecitate dall'altro, bensì di elaborare quanto dall'inconscio dell'altro giunge al nostro di inconscio e iniziare a fare del lavoro psichico su di esso e con esso.

Per questo ritengo che l'intuizione che Winnicott dispiega in questo, come in moltissimi altri suoi lavori, risieda la sua originalità nel vasto campo della ricerca psicoanalitica contemporanea e sulle continue possibilità di estenderne i significati e le aree di ricerca.

Conclusioni

Entrambi i casi, ai quali ho volutamente accennato senza entrare troppo nella loro storia, e nelle specifiche articolazioni del dispiegarsi del loro diverso andamento terapeutico, presentano alcune invarianti e caratteristiche comuni:

- Provenienza da una dimensione familiare, apparentemente ordinaria, ma con una completa assenza della figura paterna e di una sola apparente presenza di quella materna, con analoghe caratteristiche di inadeguatezza, di aspetti narcisistici e depressivi;
- Entrambe le madri avevano forti difficoltà con il proprio corpo e sviluppato sintomi riconducibili a quelle di un DCA;
- Carla, a differenza di Beatrice, ha tentato il suicidio e prodotto sintomi psicotici con aspetti allucinatori e di alterazione profonda della percezione della realtà attorno a sé;
- Beatrice, invece, ha tradotto il mancato accudimento materno in una dimensione devitalizzata e scolorita di Sé che l'ha portata a coltivare una depressione svalutante, con forti tinte catastrofiche sul futuro;
- Ma entrambe sono state accumunate da una costante sensazione di essere, per molto tempo, vicino al temuto crollo finale che, nel caso di Carla, per difendersene è stato "anticipato e combattuto" con un tentato suicidio, e in quello di Beatrice, sotto forma di un convinto microdelirio

di indegnità e fraudolenza che avrebbe fatto sì che da un momento all'altro sarebbe stata palese a tutti la propria insignificanza personale e una totale inadeguatezza nel portare avanti il suo progetto di studio in Medicina, per il quale non sentiva di avere i requisiti;

- Entrambe hanno attivato nella relazione terapeutica e con il resto del gruppo curante, un transfert distruttivo orientato a nullificare e rendere inoperante il processo terapeutico, negandone ripetutamente l'importanza, la validità per sé, ma continuando a venire in seduta, unicamente per dimostrare a sé e a me/noi che per loro non c'era davvero nulla da fare (ma forse, con la segreta fantasia di sbagliarsi e che ci fosse qualcosa o qualcuno che le potesse far ricredere).

Ci sono stati momenti, sia con l'una che con l'altra, in cui le forze della ripetizione sembravano prendere il sopravvento su di me e sul mio gruppo di riferimento, ma la fiducia nella possibilità di addensare frammenti di vita psichica anche in quei drammatici momenti ha agito nella direzione di rendere operante tale fiducia, di riattivare i buoi al traino, parzialmente più consapevoli, di un traino di un carro che gli appartenesse e con il quale si sentissero più in sintonia come parte di se. Affrontate perciò le questioni più logoranti e, francamente, pericolose relative al carro-corpo e superate le crisi più minacciose, in entrambe le situazioni ci fu una non definibile dimensione di riunificazione del "carro con i buoi", per la quale non fosse più importante chi venisse prima, poiché sembrava di poter condividere che fossero fatti della stessa sostanza, cioè uno psiche-soma indistinguibile e che, nella sua nascente unitarietà, esprimeva un bisogno di cura, che si avviava a diventare più consapevole e al tempo stesso, anche desiderato.

Quando parlo di buoi mi riferisco naturalmente anche al moto psichico, all'avvio del processo che ha luogo, quando il paziente è libero di usare il terapeuta come oggetto e mediante il quale poter procedere alla costruzione del proprio idioma personale. Ma quest'uso del terapeuta non è prevedibile né programmabile e così, sia con Carla che con Beatrice, si è faticosamente avviato, poi arrestato, e successivamente riattivato in modi e forme diverse. Mi sembra che possa costituire un filone di ricerca che permetta di trovare categorie concettuali per rendere descrivibili queste modalità di funzionamento e di attivazione del processo.

Trovo una valida collocazione su questo versante quanto sostiene Bollas a proposito della teoria winnicottiana del vero Sé, quando dice: "Secondo me, è proprio il tipo di concetto mediante il quale descrivere una cosa che conosciamo dell'analisi ma che finora non siamo stati in grado di pensare... Il conflitto è essenziale per l'utilità della psiche che dipende, in parte, dal sano equilibrio di forze, tra il vero sé e il mondo reale. Se, per esempio, una madre

inibisce il vero Sé del figlio, danneggiando la dialettica di sé e altro, il bambino avrà una capacità psichica ridotta, poiché le rappresentazioni psichiche dipendono ampiamente dalla libertà di espressione garantita dalla madre e dal padre".

La vita del vero Sè, sia in Beatrice che in Carla, si è venuta articolando in forme diverse e con altrettante diverse strutturazioni, ma l'angoscia di un imminente crollo psichico con il tempo ha cominciato a regredire sullo sfondo e ad appartenere più ad un plausibile lontano passato, piuttosto che ad un terrorizzante presente-futuro, e si iniziò a trovare più interessante coltivare la fiducia di poter vivere il presente e fantasticare sul futuro, nell'esperienza concreta e quotidiana del mondo che ciascuna di loro andava facendo.

Oggi Carla è diventata una apprezzata pittrice di arte contemporanea, ogni tanto mi invia brevi notizie di sé. Utilizza materiali poveri, di riuso, che miscela insieme a colori ad olio e tempera in una convincente ed interessante modalità espressiva e iniziando a trovare apprezzabili riconoscimenti nel mondo artistico nel quale sta cominciando a farsi spazio.

Su Beatrice, invece, ho notizie, di una persona sempre alle prese con la sua incerta definizione nel mondo degli studi nel quale sta cercando il modo di articolare la sua sensazione di evanescenza personale con la concretezza che quel mondo le richiede, ma in un clima in cui la necessità di ingurgitare sconsiderate quantità di cibo per calmare la sua possente distruttività sembra aver trovato degli argini significativamente incoraggianti per il futuro e che le consente di avere una soddisfacente vita di coppia e forse di avere un figlio.

Concluderei con una ultima citazione di Bollas che mi pare contenga ben rappresentata la storia terapeutica di queste due due giovani ragazze.

«L'idioma che noi siamo, trova espressione nella scelta degli oggetti disponibili nell'ambiente e del loro uso. Se una madre conosce suo figlio e ne percepisce le intenzioni figurali, i gesti che esprimono bisogni e desideri, gli fornirà oggetti, compresa sé stessa, perché fungano da elaboratori dell'esperienza del suo potenziale personale. In questo modo collaborerà con lui nella lotta per la costituzione del suo Sé» (Bollas, 2021, p. 5).

Bibliografia

Bollas C. (2018), *L'ombra dell'oggetto*. Milano: Raffaello Cortina.

Bollas C. (2021), *Forze del destino*. Milano: Raffaello Cortina.

Bollas C. (2015), *Se il sole esplode*. Milano: Raffaello Cortina.

Bordi S. (2009), *Scritti*. Milano: Raffaello Cortina.

Campora A.M. (2013), Gli eventi aggressivi nella relazione terapeutica, Relazione presentata al Convegno sul Tema, Roma, Sala Rossa, Municipio VII.

Campora A.M. (2014), Il Setting e la sua negoziazione in ambito istituzionale, Ciclo di lezioni, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Sapienza, Roma.

Campora A.M. (2015), Il problema delle situazioni di stallo nel trattamento, Ciclo di Lezioni, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica, Sapienza, Roma.

Eissler K. (1953), Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica, tradotto in italiano in *Psicoterapia e scienze umane*, 1981, XV,2.

Ferro A.M. (2017), *Pensieri di uno psicoanalista irriverente*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Freud S. (1920), Al di là del principio di piacere. In *Opere*. Torino: Boringhieri.

Eschilo (1996), *Prometeo incatenato*. Milano: BUR Rizzoli.

Grotstein J.S. (2010), *Un raggio di intensa oscurità*. Milano: Raffaello Cortina.

Heimann P. (1950), Sul controtranfert. In *Il Controtranfert*, a cura di C. Albarella M. Donadio. Napoli: Liguori Editore.

Lingiardi V. (2017), *Mindscapes, psiche nel paesaggio*. Milano: Raffaello Cortina.

Marion P. (2003), L'interpretazione nello sviluppo della Realtà psichica. In *Rivista di Psicoanalisi*, Roma.

Ogden T.H. (2015), La paura del Crollo e la vita non vissuta". In *Rivista di Psicoanalisi*, LXI,1.

Ogden T.H. (2016), Vite non vissute. Milano: Raffaello Cortina.

Parsons M. (2016), Winnicott, sull'esser vivi", Relazione presentata al Convegno SPI "Winnicott e la Psicoanalisi del Futuro", Roma.

Pontalis J.B. (1981), Non, deux fois non. Tentative de definition et de demantèlement la réaction thérapeutique négative. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 24.

Rodan F.R. (2004), *Winnicott, vita e opere*. Milano: Raffaello Cortina.

Rovelli C. (2020), *Helgoland*. Milano: Adelphi.

Tonelli G. (2021), *Tempo, il sogno di uccidere Chronos*. Milano: Feltrinelli.

Tucidide (1996), *La Guerra del Peloponneso*. Milano: BUR Rizzoli.

Semi A. (1997), *Trattato di Psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Winnicott D. W. (1947), L'Odio nel controtransfert. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

Winnicott D. W. (1949), L'intelletto e il rapporto con lo psichiche-soma. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

Winnicott D.W. (1950), Lo sviluppo emozionale primario. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

Winnicott D.W. (1955), L'aggressività e il rapporto con lo sviluppo emozionale. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

Winnicott D.W. (1956), La tendenza antisociale. In *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

Winnicott D. W. (1971), La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile. In *Gioco e Realtà*. Roma: Armando Editore 1974.

Winnicott D. W. (1970), Le basi di sé nel corpo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.

Winnicott D.W. (1971), La paura del crollo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina.

Note

(1) Non è affatto specificato che si tratti di una mela, comparsa più tardi nella tradizione cristiana, e che sembra più confondersi con l'etimo "*malum*" - "*meleum*" del serpente.

(2) L'articolo, per stessa ammissione della moglie Clare, sembra essere l'ultimo lavoro al quale stesse lavorando prima della sua morte (Rodman 2003).

Angelo Mario Campora è Psicologo clinico, Psicoterapeuta. Docente nella Scuola di Specializzazione di Psicologia Clinica, Sapienza di Roma, Supervisore di gruppi di allievi in formazione. Responsabile della Formazione degli operatori nel DSM della ASL Roma 2 fino a Dic. 2019. Psicologo presso il centro Pisone per Giovani Adulti nella ASL Roma fino a Dic. 2019. Psicoterapeuta presso Studio Via Cerveteri 14- Roma.

E-Mail: angelocampora@gmail.com
angelocampora@uniroma1.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

"Un digiunatore" (1924) di F. Kafka. Trama e possibili riflessioni cliniche

Adelina Detcheva

Abstract
Più che un digiunatore, il protagonista del racconto di Kafka (1924) è *ein Hungerkünstler*, ovvero un artista della fame. In un tempo indefinito, tra l'emarginazione e l'esibizione, un artista della fame decide di poter superare il suo limite umano per andare oltre i bisogni, oltre il corpo, oltre la vita. L'azione si svolge tra gli sguardi dei curiosi, dei guardiani, dell'impresario, del custode; l'esibizione del corpo magro fino all'osso si trasforma da trionfo anoressico nella difficile confessione di una cruda verità conosciuta con la mente ma mai del tutto vissuta. Di spessore psicologico raro, Kafka descrive il suo protagonista mettendo a nudo alcuni aspetti centrali dell'anoressia mentale, permettendo al lettore di riflettere sui meccanismi che portano una persona a privarsi attivamente dal cibo.

Parole chiave: anoressia, Ideale dell'Io, nullificazione, corpo scarto, autarchia

Abstract
Rather than a fast, the protagonist of Kafka's tale (1924) is *ein Hungerkünstler*, that is, an artist of hunger. In an indefinite time, between marginalization and exhibition, an hunger artist decides to overcome his human limit to go beyond the needs, beyond the body, beyond life. The action takes place between the eyes of the curious, the guardians, the manager, the custodian; the display of the body thin to the bone turns from anorexic triumph in the difficult confession of a raw truth known with the mind but never fully lived. Of rare psychological depth, Kafka describes his protagonist by laying bare some central aspects of mental anorexia, allowing the reader to reflect on the mechanisms that lead a person to actively deprive themselves of food.

Key words: anorexia, ego ideal, nullification, discarded body, autarchy

Il presente articolo sarà incentrato sul racconto di Kafka *Un digiunatore* (1924), descrittivo di alcuni aspetti clinici rilevanti del disturbo di anoressia nervosa. Si tratta di *un* digiunatore: durante tutto il racconto, il protagonista rimarrà nessuno, innominato, definito soltanto dal suo rapporto di astinenza con il cibo. Tale controllo sul suo appetito lo identifica intimamente, l'attività anoressica funge da «stabilizzatore della personalità» (Speranza, 2014, p. 819), da nominativo indefinito, appunto.

L'*incipit* inquadra il contesto sociale in cui è posto il protagonista, questo "artista del digiuno": «tutta la città si occupava del digiunatore; a ogni giorno di digiuno aumentava l'interesse del pubblico; tutti volevano vedere il digiunatore, almeno una volta al giorno» (Kafka, *ibidem*, p. 148); insomma, *un* digiunatore si colloca in una gabbia per metter sù uno spettacolo. Si siede sulla paglia, sdegnando la poltrona; nella sua gabbia c'è un unico mobile, un orologio – «così importante per lui» (*ibidem*) – che però non sembra avere la funzione di scandire il fliure del tempo, bensì quella di indicare gli orari "di punta", di maggior affluenza di gente, nei pressi della sua gabbia. «Egli, pallido, nella sua maglia nera, con le costole esageratamente sporgenti (...) se ne stava seduto (...), facendo a volte un cenno cortese con la testa, a volte rispondendo alle domande con un sorriso sforzato o allungando il braccio attraverso le sbarre per far palpare la sua magrezza; e finiva poi per *sprofondare in se stesso senza occuparsi più di nessuno* [corsivo mio] neppure del battito dell'orologio» (*idem*). Un digiunatore viene quindi assorbito dalla sua "arte", finendo per rimanere indifferente rispetto al mondo; un'indifferenza che assomiglia tanto alla «*belle indifférence*» con cui Freud (1915, p. 46) indica l'atteggiamento degli isterici rispetto alla gravità dei sintomi riflessa negli occhi degli altri. L'atto di sprofondare in sé stesso, invece, finisce per indicare tematizzazioni di crollo interno, dentro sé stessi, volto quasi a disinvestire l'esterno e l'esterno all'interno, ovvero il proprio mondo di oggetti interni, nonché il suo senso di realtà. L'immagine dell'«isolamento mortifero» (Brusa, 2006, p. 50) condensa la «muta esibizione di un corpo cadaverizzato, nell'identificazione potente alla magrezza, all'osso» (*idem*); il corpo esibito, ossuto e ingabbiato fa spettacolo, provocando le reazioni più variopinte del pubblico. Insomma, tutti vanno a vedere il digiunatore imprigionato da sé stesso.

Oltre agli spettatori, accorrono allo spettacolo anche alcuni guardiani fissi. Il loro compito è quello di sorvegliare il digiunatore di giorno e di notte, affinché questo non si alimenti clandestinamente con qualche segreta riserva di cibo nascosta nella gabbia; alcuni di questi però si allontanano di proposito dalla gabbia, proprio per dare a lui la possibilità di alimentarsi: «nulla era più penoso di questi guardiani; lo facevano diventare malinconico, gli rendevano terribilmente difficile il digiuno» (Kafka, *ibidem*, p. 149); eppure tutti sapevano, in ogni caso, che il digiunatore, per «il rispetto per la sua arte» (*idem*) non

avrebbe toccato a nessun costo nessuna razione di cibo, «neppure se fosse stato costretto» (*idem*). Lui preferiva, invece, quel genere di guardiani che si sedevano a fianco alla sua gabbia, illuminandolo per sorvegliarlo meglio con lampadine elettriche tascabili. Passava la notte a conversare con loro senza dormire, per «convincerli continuamente che non c'era nulla da mangiare (...)» (*ibidem*). Infatti, «se il pubblico non crede ai suoi digiuni, se non crede che l'impresa sia davvero quella di affamarsi, il digiunatore non è nessuno» (Ogden, 2016, p. 124). La sua *performance* modella la sua identità e la sua identità può venir distrutta dall'atto del mangiare. L'essenza del cibo viene così sovrainvestita, tanto che, oltre al controllo esercitato dal digiunatore stesso, la sua identità viene sostenuta anche da alcuni guardiani controllanti. Dopo tutto - pensano i guardiani, sia quelli benevoli, sia quelli sospettosi - che il digiunatore sia un essere umano – è normale che brami il mangiare di cui si è intenzionalmente privato, con un atto di somma volontà; e la privazione, si sa, nutre l'avidità, la fame, i morsi dello stomaco. Per gli esseri umani affamati il cibo è tentazione.
Ma il digiunatore è a conoscenza segretamente e nel suo intimo di due verità. La prima riguarda la dimostrazione esibita che «egli digiunava come *nessuno di loro* [corsivo mio] avrebbe potuto fare» (Kafka, *ibidem*). Il digiunatore – e non "l'affamato" – attivamente rompe l'identificazione universale umana così scontata per tutti gli esseri umani che lo circondano. *Nessuno di loro* è come lui, lui solo controlla l'umanità dentro di sé e anzi – è volto a fracassare ciò che di umano possiede con un sommo disprezzo. Tramite il suo atto di volontà, ovvero la sua volontà di potenza, il digiunatore proclama la sua non appartenenza al genere umano. La sua seconda verità, ancor più segreta, è la seguente: «Egli solo sapeva – e nessun iniziato lo sospettava – quanto fosse *facile* [corsivo mio] il digiunare. Era la cosa più facile del mondo» (*ibidem*, p. 150). A causa di tale facilità d'impresa, il digiunatore non era mai soddisfatto di sé stesso. Si genera, in tal modo, nella sua mente un'eventualità ancor più assoluta, un'intuizione delirante: è possibile digiunare *per sempre*?
Fa la sua comparsa un altro personaggio, l'impresario. L'impresario è di ausilio nell'impresa del digiuno, ma anche di contenimento. Egli impone un limite al protagonista, che non lascia mai la sua gabbia spontaneamente; si tratta di un limite di 40 giorni, ovvero ogni digiuno fino a questo punto, nella carriera del digiunatore, non superava tale cifra massima, imposta dall'impresario. Lungi dal trattarsi di una preoccupazione circa la salute dell'artista, la cifra s'impone in base a ricerche e esperimenti riguardanti l'attenzione del pubblico; e per più di 40 giorni, il pubblico non mantiene l'attenzione, non risponde più allo spettacolo nella gabbia. Al quarantesimo giorno, il grande digiunatore esce (o meglio, viene fatto uscire) dalla sua prigionia, sorretto – vista la sua debolezza fisica - da persone scelte tra il pubblico; di fronte, un pranzo da malati preparato

con cura, che gli causa una nausea soffocata. Ed ecco l'ira del digiunatore, narrata da Kafka:

«Perché smettere proprio ora, dopo quaranta giorni? Avrebbe resistito ancora a lungo per *un tempo illimitato* [corsivo mio]; perché farlo smettere proprio ora ch'era nel punto culminante del digiuno, anzi non c'era ancora arrivato? Perché defraudarlo della gloria di continuare ancora a digiunare, di diventare non solo il più grande digiunatore di tutti i tempi – questo, forse, lo era già – ma di superare perfino se stesso sino a un punto incredibile, perché sentiva che le sue possibilità di digiunare erano addirittura illimitate» (*idem*).

L'impresario contiene, con la sua presenza limitante, l'ossessione divorante del digiunatore, la sua fantasia di grandiosità trionfante fino all'apogeo del controllo del suo corpo da nullificarsi, il suo corpo scarto (Brusa, *ibidem*). La cifra del godimento onnipotente s'inoltra in una presa sul corpo totale (Lacan, 1962-63).
Intervallato dal riposo tra una *performance* e un'altra, il digiunatore viveva nel benessere e nella fama; ma tale apparente benessere provocava in lui una «cupa malinconia, che diveniva sempre più cupa perché nessuno riusciva a prenderla sul serio. E come, d'altronde, consolarlo? Che poteva ancora desiderare?» (Kafka, *ibidem*, p. 151). Il senso di insoddisfazione del digiunatore è costante, deriva dal bisogno, dai bisogni del corpo, della sua comune umanità; ciò lascia intuire che questo non è niente, che può fare di più e non lo fa, che prima o poi lo farà, prima o poi raggiungerà il suo Ideale, di cui non è ancora all'altezza. Un Ideale di autarchia, di assenza di bisogno, di "tempo illimitato". Probabilmente, la fusione con il suo Ideale dell'Io avverrà nell'assenza dello scarto tra sé e l'infinito. Il perverso godimento di controllo assoluto assume caratteristiche esaltanti; la melanconia risulta dall'aumento dello scarto, dal *gap* tra sé e il suo Ideale (Freud, 1914; Chasseguet-Smirgel, 1975), mentre il senso di realtà viene meno.
Ma arrivano, per i due compagni di carriera, tempi duri; qualcosa era cambiato nella mentalità sociale, il loro spettacolo non era più ben visto dal pubblico, non riscuoteva più successo, esso generava l'avversione per il corpo ossuto. Congedato l'impresario, il limite non sussiste più. Il digiunatore ormai troppo vecchio, ma «fanaticamente attaccato alla sua arte» (Kafka, *ibidem*, p. 152) si fa scritturare da un gran circo. L'invecchiamento non è rilevante: lui sarebbe riuscito a digiunare come prima. Anzi, «se lo lasciavano fare (...) avrebbe (...) stupito il mondo» (*ibidem*, p. 153). L'età del corpo, così come il tempo, non è rilevante, semmai è un altro limite da sfondare.
Posto sulla via delle stalle delle bestie, in uno stretto corridoio, l'artista non vedeva l'ora che arrivasse, nelle ore delle visite, quella «massa ondeggiante di gente che (...) l'aveva incantato» (*idem*). Stavolta, però, nessuno poteva fermarsi

tanto a lungo davanti alla sua cella, nello stretto corridoio, sulla via delle stalle. Ormai nessuno si stupiva più della sua nobile arte, «nessuno si curava più di lui» (*idem*), mentre egli continuava a digiunare. Il tempo passava, ma nessuno si prendeva più la briga di segnare la cifra dei giorni di digiuno. Neppure lui stesso. «Nulla lo poteva più salvare» (*ibidem*, p. 154), scrive Kafka. Il tempo, azzerato tra il "mai" e il "per sempre" fluisce senza esser notato, svuotato di senso; è un tempo illimitato che si condensa nell'atemporalità così ardentemente bramata dal protagonista. Il grande digiunatore viene dimenticato, coperto dalla paglia; il suo corpo ossuto non viene nemmeno notato, divenendo sempre meno visibile.
Un giorno X, un custode notò la gabbia, che poteva esser sempre utile da usarsi: tra la paglia fradicia, vide il corpo del digiunatore. Il dialogo è da riportare per intero:

«Digiuni dunque ancora?», chiese il custode, «quando ti deciderai a smettere?». «Perdonatemi voi tutti», sussurrò il digiunatore; ma soltanto il custode che teneva l'orecchio accosto alle sbarre lo intese. «Ma certo» disse il custode (...), «ti perdoniamo». «Ho voluto sempre che ammiraste il mio digiuno» (...). «E noi infatti ne siamo ammirati», disse condiscendente il custode. «E invece non dovete ammirarlo», replicò il digiunatore. «E allora non lo ammireremo (...) ma poi perché non dobbiamo farlo?». «Perché sono *costretto* [corsivo mio] a digiunare», continuò il digiunatore. «Ma senti un po'», disse il custode, «perché non puoi farne a meno?». «Perché io», disse il digiunatore, sollevando un poco la sua piccola testa e parlando con le labbra appuntite come per un bacio proprio all'orecchio del custode, «perché *non riuscivo a trovar cibo che mi piacesse* [corsivo mio]. Se l'avessi trovato non avrei fatto tante storie e mi sarei messo a mangiare a quattro palmenti come te e gli altri». Furono le sue ultime parole, ma nei suoi occhi spenti si leggeva ancora ferma, anche se non più superba convinzione a continuare a digiunare (*ibidem*, pp. 154-5).

Ad improvviso, a fine racconto, Kafka esce dalla superba descrizione di tutti i tratti del protagonista, va oltre l'Io del suo personaggio e vi scorge l'altro, o meglio, una parte dell'altro, un oggetto parziale. Qualcosa che appartiene ad un altro. Il digiunatore non è riuscito a trovare un cibo che gli piacesse: egli guarda alla qualità del cibo, osservando ora (e forse sempre) un cibo di cattiva qualità, un oggetto parziale cattivo. Un seno che lo nutre di un latte cattivo che non dà piacere o che non lo nutre affatto. Vicino dall'estasi dell'autoannullamento, nella fusione con il suo Ideale, il digiunatore fa una grande scoperta su se stesso, che tuttavia non riesce a provocare cambiamento, non risulta essere trasformativa. La conoscenza su se stessi o sull'altro arriva con parole introspettive, per narrare della sua *costrizione* a fare a meno di un cibo cattivo, preso alla stregua di un cattivo latte materno. L'eziologia del suo disturbo si colloca temporalmente in un

pre-edipico posto su un polo negativo, in un rapporto oggettuale insoddisfacente e frustrante, in cui il bambino affamato diventerà attivamente un artista del digiuno, il più grande di tutti i tempi. Un seno assente si trasforma così, *tout court*, in un seno cattivo, oggetto non degno d'amore, visto che non offre amore. *Un* digiunatore «forse (…) non poteva tollerare di riconoscere quanto poco avesse provato l'esperienza di essere guardato con amore e di guardare con amore nel corso della sua vita» (Ogden, *ibidem*, p. 131). Per lui, ora, non rimane che fondersi con l'autarchia del suo Ideale grandioso, nel tempo illimitato, quasi misticamente.

Bibliografia

Brusa, L. (2006). Disturbi alimentari e trauma. In *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 8, 1, marzo 2006 (pp. 47-56).

Chasseguet-Smirgel, J. (1975). *L'Ideale dell'Io*: Guaraldi: Firenze, 1976.

Freud, S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. In Opere, 7, Bollati Boringhieri: Torino, 1977.

Freud, S. (1915). *La rimozione*. In Opere, 8, Bollati Boringhieri: Torino, 1978.

Kafka, F. (1924). *Un digiunatore*. In La metamorfosi e tutti i racconti, Newton Compton: Roma, 2011 (pp. 148-155).

Lacan, J. (1962-63). *Il Seminario. Libro X*. Einaudi: Milano, 2007.

Ogden, T. H. (2016). *Vite non vissute*. Raffaello Cortina: Milano, 2016.

Speranza, A. (2014). *I disturbi del comportamento alimentare*. In La personalità e i suoi disturbi (a cura di) V. Lingiardi e F. Gazzillo, Raffaello Cortina: Milano, 2014.

Adelina Detcheva è Psicologa, Specialista in Psicologia Clinica, Psicoterapeuta. Esercita l'attività professionale a studio privato e presso il Servizio Psicologico di alcuni Consultori familiari dell'ASL Roma 2. Membro di Argo, collabora con la Redazione della rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*.
email: adelina.detcheva@gmail.com

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

RICERCA SCIENTIFICA E EMPIRICA

Il rapporto corpo-mente nei disturbi alimentari: il punto di vista delle Neuroimmagini

Roberto Esposito

Abstract
L'anoressia nervosa è una malattia psichiatrica caratterizzata da un pervasivo disturbo dell'immagine corporea associata ad intensa paura di ingrassare con ricerca incessante della magrezza e profonde preoccupazioni per il cibo. Le radici di tale malattia risiedono in un distorto rapporto con il proprio corpo. La Risonanza Magnetica Funzionale cerca di far luce sulle basi neurobiologiche dell'anoressia nervosa evidenziando significative differenze dell'attività cerebrale in specifiche aree che supportano la percezione dell'immagine corporea. Studi più recenti hanno evidenziato il ruolo delle emozioni e del rapporto corpo-mente nell'anoressia nervosa ed il loro substrato neurale che coinvolge le reti neurali di *Resting State* ed in particolare l'insula aprendo nuovi orizzonti per comprendere l'anoressia nervosa.

Parole chiave: Resting State Networks, Default Mode Network, Salience Network, Insula, Risonanza Magnetica Funzionale

Abstract
Anorexia nervosa is a psychiatric disease characterized by a pervasive disturbance of body image associated with intense fear of gaining weight with an incessant search for thinness and profound concerns about food. The roots of this disease are related to a distorted relationship with body. Functional Magnetic Resonance sheds light on the neurobiological basis of anorexia nervosa by highlighting significant differences in brain activity in specific areas that support the perception of body image. More recent studies have highlighted the role of emotions and body-mind relationship in anorexia nervosa and their

neural substrate that involves Resting State neural networks and in particular the insula, opening new horizons to understand anorexia nervosa.

Keywords: resting state networks, default mode network, salience network, insula, functional magnetic resonance

Storia delle neuroimmagini: la visualizzazione dell'attività cerebrale

L'avvento delle moderne tecnologie di diagnostica per immagini ha rivoluzionato nel XX secolo le neuroscienze permettendo per la prima volta di studiare il corpo umano in modo non invasivo ed in vivo. Tale tecnologia lo si deve ad una serie di studiosi che intorno agli anni 70 posero le basi per la moderna medicina rivoluzionandone il corso. Le tre pietre miliari di tali scoperte sono rappresentate dalla scoperta della Tomografia Computerizzata (TC) agli inizi degli anni 70 grazie all'ingegnere Godfrey Hunsfield (Nobel per la Medicina nel 1979) della casa disco-grafica EMI, la scoperta della Tomografia ad Emissione di Positroni (PET), messa a punto dai fisici David Townsend e Alan Jeavons e dalla radiobiologa Marilena Streit-Bianchi nel 1977, che ha permesso di misurare il flusso sanguigno cerebrale come indice diretto dell'attività cerebrale e di tracciare le molecole che si legano a specifici recettori mediante la somministrazione di isotopi radioattivi ed infine l'avvento della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) grazie a Felix Bloch ed Edward Purcell, che, nel 1946, scoprirono questo fenomeno indipendentemente l'uno dall'altro e ad entrambi venne assegnato il premio Nobel per la Fisica nel 1952. Va precisato che solo grazie a Raymond Damadian nel 1971 per la prima volta venne utilizzata la RMN per applicazioni cliniche. Inoltre la RMN ha avuto una ulteriore evoluzione alla fine degli anni 90 grazie alla scoperta della tecnica di studio Echo Planare (EPI) messa a punto dallo studioso John Belliveau (Mansfield, 1977) che diede vita alla RMN funzionale (fMRI; Krueger, 2012) che consentiva la misurazione dell'attività cerebrale in modo non invasivo con elevata risoluzione spaziale e temporale. Grazie a quest'ultima scoperta si avviarono una serie di studi di ricerca sia in ambito fisiologico che fisiopatologico aprendo letteralmente nuovi orizzonti alle neuroscienze.

I primi studi di fMRI prevedevano la somministrazione del mezzo di contrasto consentendo di visualizzare un incremento del volume ematico cerebrale nella corteccia cerebrale attivata a seguito della somministrazione di specifici stimoli durante l'esecuzione dell'esame RMN (Cohen, 1991; Bandettini, 2012). Nel 1991 due ricercatori, Kenneth Kwong e Seiji Ogawa, sperimentarono l'utilizzo di un contrasto endogeno influenzato dalle variazioni dei livelli di ossigenazione ematica registrati nell'area cerebrale attivata dallo stimolo

(Belliveau, 1991). Tale scoperta diede vita ad una nuova tecnica di fMRI chiamata Blood Oxygen Level Dependent (BOLD) che consentiva lo studio dell'attività cerebrale senza la necessità di somministrare mezzi di contrasto (Kwong, 1992; Ogawa, 1992). Il principio neurofisiologico della tecnica BOLD è l'accoppiamento neurovascolare ovvero quel processo neuro fisiologico che vede la contemporanea depolarizzazione neuronale ed il cambiamento del flusso ematico (rapporto tra ossi-emoglobina e deossi-emoglobina) nell'area cerebrale che si attiva (Frostig, 1990; Lee, 1995). Grazie a questa tecnica è possibile avere informazioni anatomiche e funzionali del cervello in modo rapido, non invasivo e con alta risoluzione spazio-temporale (Price, 2012; Rowe, 2012).
I primi lavori di fMRI si sono concentrati sullo studio delle aree retinotopiche del sistema visivo (Wandell, 2007) e tonotopiche della corteccia uditiva primaria (Formisano, 2003) mentre successivi altri studi si sono concentrati sulle funzioni cognitive, sul linguaggio (Salmelin, 2006), attenzione (Corbetta, 2002) e memoria (Rajah, 2005). Tali linee di ricerca avevano come obiettivo quello di assegnare a specifiche aree cerebrali altrettanto specifiche funzioni prendendo spunto dai primi report medici che indicavano un rapporto fra lesioni di specifiche aree cerebrali e deficit funzionali che ne derivavano. Un esempio è la scoperta delle aree del linguaggio. Nel 1841, Paul Broca descrisse un deficit del linguaggio in pazienti con lesioni del lobo frontale (pars opercularis del giro frontale inferiore sinistro; Broca, 1861) mentre nel 1874, Carl Wernicke descrisse un deficit di comprensione e di espressione del linguaggio in pazienti a seguito di una lesione nel lobo temporale sinistro (giro temporale superiore sinistro; Wernicke, 1874).
Tale approccio seppur estremamente innovativo ha limitato per numerosi anni la compressione del complesso meccanismo di funzionamento dinamico cerebrale. Un esempio del limite di tale approccio è rappresentato dalla Frontal Eye Field legata ai movimenti oculari (saccadi; Bruce, 1985) ma che sappiamo ad oggi essere anche coinvolta nei numerosi processi attentivi e di memoria procedurale.

Studi sull'anoressia e bulimia: schema ed immagine corporea

È ormai noto come nei disturbi alimentari il nucleo patologico va ben al di là del sintomo alimentare e delle difficoltà legate all'immagine estetica ma va ricercato nel distorto rapporto con il proprio corpo. Domina infatti una dissociazione mente-corpo ove il corpo diventa un insieme di sensazioni corporee scisse e persecutorie che impediscono alla mente di fare esperienza della realtà (Ferrari, 1992; Ciocca, 2015). Si evince da quanto detto la complessità del funzionamento dei pazienti con disturbi alimentari.
I primi studi di neuroimmagini nei disturbi alimentari erano limitati dalla esplorazione della distorta percezione dell'immagine corporea studiata mediante

fMRI coadiuvata dall'utilizzo di paradigmi sperimentali che prevedevano l'utilizzo di immagini del proprio corpo o del corpo altrui (Legrand, 2010). Tali paradigmi esploravano l'attività neurale coinvolta nell'elaborazione visiva dell'immagine corporea e, seppur estremamente utili sul piano neurobiologico, non hanno consentito di comprendere la complessità che sottende alla distorta percezione dell'immagine corporea che interessa trasversalmente diverse dimensioni psicopatologiche (non accettazione del Sé, difesa dalle sensazioni corporee ed emozioni), ove corpo mente appaiono in forte contrasto tra loro e nelle situazioni più complesse completamente scissi (Berlucchi, 2010).
Da tali lavori è tuttavia emerso un sistema multiplo di rappresentazione del corpo che comprende: lo schema corporeo (body schema) concepito come la rappresentazione interna delle parti del corpo in base alla propriocezione e alle informazioni motorie; la descrizione strutturale del corpo (body structure) derivante principalmente dalla percezione visiva; l'immagine corporea (body image) legata alle informazioni semantiche e lessicali sul corpo (Uher, 2005; Van Kuyck, 2009). Tale sistema di rappresentazione del corpo è sostenuto dall'attivazione di specifiche aree cerebrali localizzate nella corteccia cerebrale occipitale: l'Extrastriate Body Area (Van Koningsbruggen, 2013), situata nella corteccia occipito-temporale laterale dell'emisfero destro che si attiva alla visione dell'immagine corporea invece che dei volti, segnalando una sua funzione altamente specializzata (Pitcher, 2012); la Fusiform Body Area (Hummel, 2012; Valdés-Sosa, 2011) localizzata nella porzione intermedia del giro fusiforme che mostra attivazione selettiva per le immagini corporee rappresentate senza il volto; l'Occipital Face Area (Gauthier, 2000) situata nel giro fusiforme. Tali aree funzionano in sinergia e mostrano interconnessioni con l'amigdala che modula le informazioni emotive e per tale motivo si attivano in modo selettivo anche alla visualizzazione di immagini che esprimono emozioni (Astafiev, 2004; Myers, 2008; Corradi-Dell'Acqua, 2008; Kaye, 2013).

Resting State e rapporto corpo mente

L'esperienza mentale sin dal periodo classico ha affascinato i filosofi e gli studiosi. Lasciata senza un compito specifico che richiede attenzione, la mente vaga saltando da un fugace pensiero al prossimo, ciò che William James (1890) definì come "stream of consciousness". Le neuroscienze per molti anni hanno trascurato l'attività spontanea del cervello ed i processi di pensiero autoreferenziali, concentrandosi solo sui cambiamenti cerebrali evocati da stimoli esterni (Deco, 2011). In un lavoro uscito alla fine del 2000 (Mazoyer, 2001) un gruppo di neuroscienziati ha provato a descrivere e correlare l'attività di pensiero con specifiche aree cerebrali attive contemporaneamente in entrambi gli emisferi cerebrali in "condizioni di riposo" ovvero in assenza di stimoli cognitivi. Da questo lavoro emerge come gran parte delle nostre attività

mentali sono eseguite in assenza di input esterni e questo particolare stato di coscienza è strettamente legato al monitoraggio delle sensazioni somestesiche e vegetative, alle associazioni libere del pensiero, al ricordo delle esperienze passate, ad immagini mentali, emozioni ed alla pianificazione delle attività future, rappresentando nel suo complesso un dialogo interiore. Questo stato mentale è stato denominato REST (Random Episodic Silent Thinking) sottolineando come tale processo di pensiero sia ben diverso da quelle attività mentali correlate all'esecuzione di compiti cognitivi (Binder, 2012).
In un lavoro uscito nel 2007 su *Science* (Mason, 2007) gli autori pongono alcuni interessanti interrogativi: come si organizza la mente in assenza di sollecitazioni esterne? È essenzialmente vuota, attivandosi solo quando qualche operazione richiede l'attenzione? Mason sottolinea come in assenza di un compito cognitivo la mente vaga, sorvolando da un pensiero all'altro con fluidità e facilità. Tale attività di pensiero viene definita "wandering mind", evidenziando l'essenza errante della mente priva di leggi predefinite. L'attività di pensiero è una funzione psicologica di base che viene sospesa quando l'attenzione è richiesta altrove (Stawarczyk, 2011).
Questi studi convergono sull'identificazione di un insieme di regioni cerebrali con attività metabolica elevata durante lo stato di REST, che riducono la loro attivazione durante l'esecuzione di compiti cognitivi. Da due metanalisi (Andreasen, 1995; Shulman, 1997; Mazoyer, 2001) emerge l'esistenza di una rete neurale costituita da cinque differenti regioni di entrambi gli emisferi cerebrali, attive durante lo stato di REST. Tale rete neurale è la Default Mode Network (DMN; Raichle, 2001; 2007) ed è costituita dalla corteccia media prefrontale (MPFC), la corteccia retrospleniale costituita dal cingolo posteriore e precuneo (PCC/PrC), i lobuli parietali inferiori (IPL) e l'ippocampo (Hp).
Per quanto concerne le specifiche funzioni della DMN sono state proposte numerose ipotesi e tra questa la più rilevante è quella di supporto nei processi mentali (memoria autobiografica, registrazione delle proprie sensazioni corporee, Sé; Gusnard, 2001; Buckner, 2012). Tali funzioni appaiono strettamente correlate all'anatomia di questa rete neurale costituita da regioni corticali che vanno a costituire due subsistemi interattivi le cui aree predominanti sono appunto l'ippocampo e la corteccia prefrontale e che convergono su un unico fulcro, la corteccia retrospleniale che serve a preparare il sistema per supportare questa interazione (Buckner, 2008; Andrews-Hanna, 2010; Gilbert, 2007).
Il funzionamento della DMN si modifica nel corso della vita. È possibile osservare l'esistenza di una "proto-DMN" negli infanti che mostra una minore connettività intra-emisferica mentre quella interemisferica è già relativamente sviluppata (Schöpf, 2012). La connettività della DMN tende ad aumentare fino in età adulta, rafforzando l'interazione tra le differenti regioni del cervello,

supportando le funzioni cognitive e rappresentando il correlato neurobiologico del Sé (Fair, 2007; Qin, 2011; Thomason, 2012). La DMN si deteriora nel suo funzionamento con l'invecchiamento fisiologico e nella demenza di Alzheimer colpendo in particolar modo la corteccia retrospleniale (PCC/PrC), sede elettiva di deposizione di beta amiloide (Sperling, 2009; Cieri, 2018).
L'evoluzione delle neuroimmagini ha consentito di identificare, oltre alla DMN, ulteriori reti neurali. Tra queste reti neurali vanno annoverate la somato-motoria (SM), la visiva primaria e secondaria (Extrastriate-Visual; EsV), le due reti neurali Fronto-Parietali (ECN) che si lateralizzano negli emisferi cerebrali, una rete comprendente le insule e contemporaneamente la corteccia del cingolo anteriore (Salience Network, SN) ed infine la rete Dorsale Attentiva (DAN). Le funzioni fisiologiche di tali reti neurali (Damoiseaux, 2006; Lee, 2012) e la loro correlazione con la psicopatologia restano ancora oggi in parte da esplorare, tuttavia le loro alterazioni sono presenti in numerose malattie psichiatriche (Broyd, 2008).
L'osservazione della connettività funzionale delle reti di REST può aiutare a comprendere il rapporto fra mente e corpo. Menon (2011) propone un'ipotesi di funzionamento cerebrale detta "Triple Network", che sottolinea l'interscambio funzionale tra tre differenti reti neurali: DMN, SN ed ECN. Menon descrive e teorizza il funzionamento di tali reti neurali: i) alcune subregioni della DMN, la corteccia prefrontale mediale (MPFC), la corteccia posteriore del giro del cingolo e Precuneo (PCC/PrC), la giunzione temporo-parietale (giro angolare) e le strutture mesiali del lobo temporale, sostengono l'attività di pensiero autoreferenziale ed il Sé; ii) la SN, attraverso la corteccia del cingolo anteriore (ACC) e l'insula, riceve ed elabora le sensazioni corporee e gli eventi cognitivi rilevanti che coinvolgono i sistemi fronto-parietali; iii) l'ECN, i cui nodi chiave includono la corteccia prefrontale mediale dorso-laterale (DMPFC) ed il cingolo posteriore (PCC), mantiene ed elabora le informazioni della memoria di lavoro ed i processi decisionali. Tali reti neurali interagiscono in modo dinamico mediando stati cognitivi ed emotivi (Yu, 2017). In particolare la SN (Seeley, 2007) mediante l'insula rileva, integra e filtra le informazioni sensoriali ed emotive, modulando il funzionamento di altre reti neurali di REST (Menon, 2011). L'insula anteriore, riduce il funzionamento della DMN, potenziando il funzionamento dell'ECN e costituisce un *hub* coinvolto nella registrazione degli eventi salienti interni (in particolare le sensazioni corporee) ed esterni, invia informazioni alla DMN che integra ed elabora le informazioni supportando tutte quelle attività mentali legate al Sé. La parte anteriore dell'insula elabora le informazioni affettive, il dolore e l'empatia, mentre la corteccia del cingolo anteriore, è strettamente associata al controllo cognitivo. L'insula smista le informazioni sensoriali provenienti dal corpo, in contatto con la realtà esterna, e le trasmette ad ulteriori regioni cerebrali che ne permettono l'elaborazione. In

sintesi, l'insula supporta l'esperienza emotiva derivante dagli stati corporei. Questo meccanismo di funzionamento mette in luce un importante parallelismo con la teoria della funzione α elaborata da Bion (1962) nella quale le sensazioni corporee modellano le esperienze emotive (Damasio, 1996). In altre parole, l'unità mente corpo è costituita dal corpo in contatto con la realtà esterna, successivamente ci sono le sensazioni, la cui percezione ed elaborazione genera le emozioni ed infine i pensieri che siamo in grado di percepire come prodotti della mente (Ciocca, 2015). Questo complesso funzionamento mente corpo transita attraverso l'insula che è situata anatomicamente in un'area connessa con diversi circuiti funzionali neurali che supportano il sistema cognitivo, omeostatico-corporeo ed affettivo e costituisce un ponte tra le regioni cerebrali coinvolte nel monitoraggio degli stati interni (sensazioni viscerali, processi sensoriali somatici, regolazione autonomica del tratto gastrointestinale e del cuore; (Menon, 2010) e le regioni cerebrali che supportano il loro processamento. La corteccia insulare quindi registra il bagaglio sensoriale dando origine, attraverso l'interazione con ulteriori aree cerebrali, alle emozioni che modulano il comportamento (Singer, 2009). Craig (2002) identifica una via neurale ascendente nel modello animale che origina dal midollo spinale (i neuroni della lamina I), attraversa il tratto spinotalamico, passa nel Nucleo del Tratto Solitario e nel nucleo ventromediale del talamo, giunge all'insula dorsale e proietta informazioni all'insula anteriore ed alla corteccia del cingolo anteriore (Critchley, 2013). Questa via neurale è chiamata "*via afferente omeostatica*" (Craig, 2009) e porta informazioni riguardanti il corpo. In particolare, le informazioni derivanti dal corpo raggiungono la parte centrale e posteriore dell'insula e quindi vengono proiettate nell'insula anteriore. La consapevolezza degli eventi salienti è rappresentata nell'insula anteriore mentre le connotazioni sensoriali sono rappresentate nell'insula posteriore (Craig, 2002). Quindi l'insula rappresenta un'area centrale che riceve informazioni corporee, filtrando gli stimoli salienti, elaborandoli e modulando l'ECN che media la memoria, i processi cognitivi di ordine superiore e la DMN che supporta le funzioni cognitive superiori ed i processi di pensiero legati al Sé (Craig, 2011; Northoff, 2011). Poiché l'insula è coinvolta nell'elaborazione degli stimoli sensoriali la sua co-attivazione con la DMN diventa fondamentale nella costituzione del Sé. La compromissione di questa interazione dinamica tra le reti neurali è stata osservata in diverse condizioni patologiche; ad esempio in pazienti psicotici (Looijestijn, 2015) si osservano alterazioni del funzionamento della SN, con una compromissione della connettività funzionale tra DMN e l'ECN. Tale disfunzione determina un progressivo e significativo deterioramento delle funzioni di pensiero.

Primi studi di Resting State sull'anoressia e conclusioni

Poiché la distribuzione spaziale delle anomalie dei processi neurali nell'anoressia nervosa è piuttosto eterogenea e strettamente embricata al concetto di Sé, l'analisi dei network cerebrali di REST rappresenta ad oggi il miglior strumento per lo studio dei correlati neurobiologici dei disturbi alimentari (Cowdrey, 2014; Steward, 2016).

Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi studi di REST e seppur differenti sulla base dei metodi statistici di analisi dei dati utilizzati è possibile raggruppare alcuni risultati comuni ad essi. Tra i risultati più interessanti vi è l'alterazione del network fronto-parietale (ECN), coinvolto nel controllo di alcune funzioni cognitive, le cui modificazioni sono state evidenziate sia in pazienti con anoressia nervosa che in partecipanti guariti dalla malattia suggerendo una sua funzione nel supportare i processi di elaborazione del Sè e dell'immagine corporea ma tuttavia con persistenza di alterazioni della sfera cognitiva anche una volta guariti dalla malattia (Boehm, 2016). Tali risultati collocano la rete fronto-parietale e le sue alterazioni come un correlato neurobiologico significativo per l'anoressia nervosa (Favaro, 2012; Gaudio, 2016; Via, 2018).

Tra le aree specifiche maggiormente coinvolte nella anoressia nervosa spicca l'insula ed il talamo. Come sopramenzionato, l'insula è coinvolta nei processi introspettivi e di elaborazione delle sensazioni corporee (Ham, 2013; Kerr, 2016). Il talamo, costituito da multipli distinti nuclei ognuno con pattern di connettività anatomica, è anch'esso coinvolto nei disturbi alimentari. In particolare sono state osservate nei pazienti con anoressia nervosa modificazioni dei circuiti talamo frontali e talamo insulari a supporto di un'alterazione dell'integrazione dei segnali somato-sensoriali e visuo-spaziali (Lavagnino, 2018; Biezonski, 2016). I circuiti neuronali spino-talamo-corticali permettono la registrazione e comprensione di sensazioni come il dolore, la temperatura corporea, le sensazioni viscerali e muscolari, l'attività vasomotoria, la fame, la sete e la fame d'aria. Tali sensazioni sono associate all'attivazione dell'insula posteriore, senza una contemporanea attivazione delle regioni somato-sensoriali, per numerosi anni considerate alla base della percezione sensoriale corporea. Infatti, l'introspezione che lavora in combinazione con la propriocezione ed esterocezione permette al cervello di avere tutte le informazioni sul corpo. La rappresentazione di quest'ultimo sulla corteccia insulare è alla base dell'espressione emotiva e della percezione di Sé (Craig, 2009; Berlucchi, 2010).

Vanno tenute presenti le limitazioni che presentano questi lavori di REST nell'anoressia nervosa specie se condotti su pazienti sottopeso. I risultati discordanti sono parzialmente dovuti alle limitazioni pratiche come ad esempio le differenze nelle coorti di studio (età, durata del disturbo alimentare, terapia

farmacologica, comorbidità psichiatrica). In particolare, la severità e la durata del disturbo alimentare rappresentano uno dei fattori di confondimento più importanti a causa dell'impatto della malnutrizione sul funzionamento neurale (Kaye, 2013). Infatti, il grado di disidratazione ed atrofia cerebrale che ne deriva può influire e modificare i risultati. Alcuni autori hanno superato questo limite aggiungendo un'analisi morfometrica del cervello che permette di quantificare il grado di atrofia. Inoltre, va tenuto in considerazione per i lavori condotti su pazienti con anoressia nervosa in fase di recupero che le modificazioni di connettività, potrebbero rappresentare un effetto del precedente stato di malattia, ovvero una riorganizzazione plastica che probabilmente transita attraverso una condizione di ridotta connettività. Infine va anche considerato un elemento di confondimento negli studi di REST legato al contenuto del pensiero del singolo paziente durante l'esecuzione della fMRI che può influire sulla attivazione di specifiche reti neurali. Tale contenuto di pensiero è molto variabile e difficilmente quantificabile e può rappresentare un fattore di confondimento (Kühn, 2014).

Solo studi longitudinali potrebbero aiutare a comprendere i correlati neurobiologici dei disturbi alimentari permettendo di superare alcune delle limitazioni menzionate, permettendo l'identificazione di particolari modificazioni della connettività all'interno delle reti di REST come *biomarke*r utili per una diagnosi di malattia prima che questa diventi clinicamente evidente (Phillipou, 2016).

In conclusione, le reti di REST vanno considerate come un nuovo punto di osservazione del funzionamento cerebrale sia in condizioni fisiologiche che patologiche. Tale scoperta ha permesso di esplorare i correlati neurobiologici di tutti quei fenomeni della mente connessi al Sé, per molti anni rimasti inesplorati, aprendo un nuovo orizzonte nella comprensione del complesso rapporto corpo mente ed agevolando il dialogo tra discipline rimaste per molto tempo in contrapposizione quali le neuroscienze e la psicoanalisi. Oggi le neuroscienze vengono in modo improprio accusate da una parte dal mondo della psicoanalisi di essere lontane dalla pratica clinica. Nella realtà dei fatti le neuroscienze osservano e raccontano i substrati biologici di dinamiche complesse che accadono in ognuno di noi nell'interscambio corpo mente.

Bibliografia

Andreasen N.C. *et. al.* (1995). Remembering the past: two facets of episodic memory explored with positron emission tomography, *Am. J. Psychiatry*, 152, 1576–1585.

Andrews-Hanna J.R. *et. al.* (2010). Functional-anatomic fractionation of the brain's default network*, Neuron*, Feb 25;65(4):550-62.

Astafiev S.V. *et. al.* (2004). Extrastriate body area in human occipital cortex responds to the performance of motor actions. *Nat Neurosci*, May;7(5):542-8.
Bandettini P.A. (2012). Twenty years of functional MRI: the science and the stories, *Neuroimage*. Aug 15;62(2):575-88.
Biezonski D. *et. al.* (2016). Evidence for Thalamocortical Circuit Abnormalities and Associated Cognitive Dysfunctions in Underweight Individuals with Anorexia Nervosa, *Neuropsychopharmacology*. 2016 May; 41(6):1560-8.
Belliveau J.W. *et. al.* (1991). Functional mapping of the human visual-cortex by magnetic resonance imaging, *Science*, 254, 716–719.
Berlucchi G., Aglioti S.M. (2010). The body in the brain revisited, *Exp Brain Res*, 200:25–35.
Binder J.R. (2012). Task-induced deactivation and the "*resting*" state, *Neuroimage*, Aug 15;62(2):1086-91.
Bion W. R. (1962). *Learning from experience*. Heinemann: London.
Boehm I. *et. al.* (2016). Partially restored resting-state functional connectivity in women recovered from anorexia nervosa*, J. Psychiatry Neurosci.* Oct;41(6):377-385.
Broca P. (1861). Remarques sur le siége de la faculté du langage articulé suivies d'une observation d'aphémie (perte de la parole), *Bull. Soc. Anat.*, 6 (6), pp. 330–357.
Broyd S.J. *et. al.* (2009). Default-mode brain dysfunction in mental disorders: a systematic review, *Neurosci Biobehav Rev.*, Mar;33(3):279-96.
Bruce C.J. *et. al.* (1985). Primate frontal eye fields, *J. Neurophysiol.*, 54, 714–734.
Buckner R.L. *et. al.* (2008). The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease, *Ann N Y Acad Sci.*, Mar;1124:1-38.
Buckner R.L. (2012). The serendipitous discovery of the brain's default network, *Neuroimage*, Aug 15;62(2):1137-45.
Ciocca A. (2015). *Storia della psicoanalisi*. Il Mulino: Bologna.
Cohen M.S., Weisskoff R.M. (1991). Ultra-fast imaging, *Magn. Reson. Imaging*, 9, pp. 1–37.
Corbetta M., Shulman G.L. (2002). Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain, *Nat.Rev.Neurosci.*, 3, 201–215.
Corradi-Dell'Acqua C. *et. al.* (2008). Where is a nose with respect to a foot? The left posterior parietal cortex processes spatial relationships among body parts, *Cereb Cortex,* 18:2879–2890.
Cowdrey F.A. *et. al.* (2014). Increased resting state functional connectivity in the default mode network in recovered anorexia nervosa, *Hum. Brain Mapp.* 2014; 35:483–491.
Craig A.D. (2002). How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition of the body, *Nat. Rev. Neurosci.* 3, 655–666.

Craig A.D. (2009). How do you feel – now? e anterior insula and human awareness, *Nat. Rev. Neurosci.* 10, 59–70.
Craig A.D. (2011). Significance of the insula for the evolution of human awareness of feelings from the body, *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1225, 72–82.
Critchley H.D., Harrison N.A. (2013). Visceral influences on brain and behavior, *Neuron* 77, 624–638.
Damasio A.R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. Ser. B Biol. Sci.* 351,1413–1420.
Damoiseaux J.S. *et. al.* (2006). Consistent resting-state networks across healthy subjects, *Proc. Natl. Acad. Sci.* U.S.A., 103, 13848–53.
Deco G. *et. al.* (2011). Emerging concepts for the dynamical organization of resting-state activity in the brain, *Nat. Rev. Neurosci.*, Jan;12(1):43-56.
Fair D.A. *et. al.* (2007). Development of distinct control networks through segregation and integration, *Proc. Natl. Acad. Sci.* U.S.A., Aug. 14;104(33):13507-12.
Favaro A. *et. al.* (2012). Disruption of visuospatial and somatosensory functional connectivity in anorexia nervosa*, Biol. Psychiatry*, Nov 15;72(10):864-70.
Ferrari A. (1992). *L'eclissi del corpo. Una ipotesi psicoanalitica*. Borla: Roma.
Formisano E. *et. al.* (2003). Mirror-symmetric tonotopic maps in human primary auditory cortex, *Neuron* 40, 859–869.
Frostig R.D. *et. al.* (1990). Cortical functional architecture and local coupling between neuronal activity and the microcirculation revealed by in vivo high resolution optical imaging of intrinsic signals, *Proc. Natl. Acad. Sci.* U. S. A., 87, pp. 6082–6086.
Gaudio S. *et. al.* (2016). A systematic review of resting-state functional-MRI studies in anorexia nervosa: Evidence for functional connectivity impairment in cognitive control and visuospatial and body-signal integration. *Neurosci. Biobehav Rev.,* Dec;71:578-589.
Gauthier I. *et. al.* (2000). The fusiform "face area" is part of a network that processes faces at the individual level, *J. Cogn. Neurosci.*, 12:495–504.
Gilbert D.T., Wilson T.D. (2007). Prospection: experiencing the future, *Science*, 317, 1351–4.
Gusnard D.A. *et. al.* (2001). Medial prefrontal cortex and self-referential mental activity: relation to a default mode of brain function*, Proc. Natl. Acad. Sci.* U.S.A., 98, 4259–64.
Ham T. *et. al.* (2013). Cognitive Control and the Salience Network: An Investigation of Error Processing and Effective Connectivity, *J. Neurosci.*, Apr 17;33(16):7091-7098.

Hummel D. *et. al.* (2012). Neural adaptation to thin and fat bodies in the fusiform body area and middle occipital gyrus: an fMRI adaptation study, *Hum. Brain Mapp*, 2013 Dec;34(12):3233-46.
James W. (1890). *The Principles of Psychology*. Henry Holt and Company: New York.
Kaye W.H. *et. al.* (2013). Nothing tastes as good as skinny feels: the neurobiology of anorexia nervosa, *Trends Neurosci*. Feb;36(2):110-20.
Kerr K.L. *et. al.* (2016). Altered Insula Activity during Visceral Interoception in Weight-Restored Patients with Anorexia Nervosa, *Neuropsychopharmacology*, Jan; 41(2):521-8.
Krueger G., Granziera C. (2012). The history and role of long duration stimulation in fMRI, *Neuroimage*, Aug 15;62(2):1051-5.
Kühn S. *et. al.* (2014). The neural basis of unwanted thoughts during resting state. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci*. Sep;9(9):1320-4.
Kwong K.K. *et. al.* (1992). Dynamic magnetic resonance imaging of human brain activity during primary sensory stimulation, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 89, 5675–5679.
Lavagnino L. *et. al.* (2014). Reduced resting-state functional connectivity of the somatosensory cortex predicts psychopathological symptoms in women with bulimia nervosa. *Front Behav Neurosci*. Aug 4;8:270.
Lee A.T. *et. al.* (1995). Discrimination of large venous vessels in time-course spiral blood-oxygen-level-dependent magnetic-resonance functional neuroimaging. *Magn Reson Med*. Jun;33(6):745-54.
Lee M.H. *et. al.* (2012). Clustering of resting state networks, *PLoS One*, 7(7):e40370.
Legrand D. (2010). Subjective and physical dimensions of bodily self-consciousness, and their disintegration in anorexia nervosa, *Neuropsychologia*, 48:726 –737.
Looijestijn J. *et. al.* (2015). *A*n integrated network model of psychotic symptoms. *Neurosci Biobehav Rev*. 2015;59:238–250.
Mansfield P. (1977). Multi-planar image formation using NMR spin echoes, *J. Phys. C: Solid State Phys.*, 10, L55–L58.
Mason M.F. *et. al.* (2007). Wandering minds: the default network and stimulus-independent thought, *Science*, Jan 19;315(5810):393-5.
Mazoyer B. *et. al.* (2011). Cortical networks for working memory and executive functions sustain the conscious resting state in man, *Brain Res Bull.,* Feb;54(3):287-98.
Menon, V. (2011). Large-scale brain networks and psychopathology: a unifying triple network model. *Trends Cogn. Sci.* 15, 483–506.
Menon, V., Uddin, L.Q. (2010). Saliency, switching, attention and control: a network model of insula function. *Brain Struct. Funct.* 214, 655–667.

Myers A., Sowden P.T. (2008). Your hand or mine? The extrastriate body area, *Neuroimage*, Oct 1;42(4):1669-77.
Northoff G. (2011). Self and brain: what is self-related processing?, *Trends Cogn Sci.*, May;15(5):186-7.
Ogawa S. *et. al.* (1992). Intrinsic signal changes accompanying sensory stimulation: functional brain mapping with magnetic resonance imaging, *Proc. Natl. Acad. Sci.* U. S. A., 89, pp. 5951–5955.
Phillipou A. *et. al.* (2016). Resting state functional connectivity in anorexia nervosa, *Psychiatry Res Neuroimaging*, May 30;251:45-52.
Pitcher D. *et. al.* (2012). Two critical and functionally distinct stages of face and body perception*, J. Neurosci,* Nov 7;32(45):15877-85.
Price C.J. (2012). A review and synthesis of the first 20 years of PET and fMRI studies of heard speech, spoken language and reading, *Neuroimage*, Aug. 15;62(2):816-47.
Qin P., Northoff G. (2011). How is our self related to midline regions and the default-mode network?, *Neuroimage*, Aug. 1;57(3):1221-33.
Raichle M.E. *et. al.* (2001). A default mode of brain function*, Proc. Natl. Acad. Sci.* U.S.A., 98, 676–82.
Raichle M.E., Snyder A.Z. (2007). *A default mode of brain function: a brief history of an evolving idea, Neuroimage*, 37, 1083–1090.
Rajah M.N., D'Esposito M. (2005). Region-specific changes in prefrontal function with age: a review of PET and fMRI studies on working and episodic memory*, Brain*, 128, 1964–1983.
Salmelin R., Kujala J. (2006). Neural representation of language: activation versus long range connectivity, *Trends Cogn. Sci.* 10, 519–525.
Schöpf V. (2012). Watching the fetal brain at 'rest', *Int. J. Dev. Neurosci.*, Feb;30(1):11-7.
Seeley W.W. *et. al.* (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control, *J. Neurosci.* 2007;27(9):2349–2356.
Singer T. *et. al.* (2009). A common role of insula in feelings, empathy and uncertainty. *Trends Cogn. Sci.* 13, 334–340. doi: 10.1016/j.tics.2009.05.001
Shulman G.L. *et. al.* (1997). Common blood flow changes across visual tasks: II.: decreases in cerebral cortex, *J. Cogn. Neurosci.*, 9, 648–63.
Sperling R.A. *et. al.* (2009). Amyloid deposition is associated with impaired default network function in older persons without dementia, *Neuron*, Jul 30;63(2):178-88.
Stawarczyk D. *et. al.* (2011). Neural correlates of ongoing conscious experience: both task-unrelatedness and stimulus-independence are related to default network activity, *PLoS One*, Feb. 14;6(2):e16997.
Steward T. *et. al.* (2018). Neural Network Alterations Across Eating Disorders: A Narrative Review of fMRI Studies, *Curr. Neuropharmacol.* 16(8):1150-1163.

Thomason M.E. *et. al.* (2013). Cross-hemispheric functional connectivity in the human fetal brain, *Sci. Transl. Med.* Feb. 20;5(173):173ra24.
Uher R. *et. al.* (2005). Functional neuroanatomy of body shape perception in healthy and eating-disordered women, *Biol. Psychiatry*, 58:990 –997.
Valdés-Sosa M. *et. al.* (2011). Covert face recognition without the fusiform-temporal pathways, *Neuroimage*, Aug. 1;57(3):1162-76.
Van Koningsbruggen M.G. *et. al.* (2013). A causal role for the extrastriate body area in detecting people in real-world scenes, *J. Neurosci*, Apr. 17;33(16):7003-10.
Van Kuyck K. *et. al.* (2009). Towards a neurocircuitry in anorexia nervosa: Evidence from functional neuroimaging studies, *J. Psychiatr. Res.*, 43:1133–1145.
Via E. *et. al.* (2018). Self and other body perception in anorexia nervosa: The role of posterior DMN nodes, *World J. Biol. Psychiatry,* Apr.; 19(3):210-224.
Wandell B.A. *et. al.* (2007). Visual field maps in human cortex, *Neuron* 56, 366–383.
Wernicke C. (1874). *Der aphasische Symptomenkomplex*. Cohen and Weigert, Breslau: Poland.
Yu Y. *et. al.* (2018). Asymmetric Functional Connectivity of the Contra- and Ipsilateral Secondary Somatosensory Cortex during Tactile Object Recognition, *Front Hum. Neurosci*, 2018 Jan. 24;11:662.

Roberto Esposito è medico-chirurgo (MD), psicoterapeuta ad orientamento psicoanalitico, dottore di ricerca in neuroimaging funzionale (PhD), specialista in radiodiagnostica. Lavora presso la Clinica Diagnostica Titano (Repubblica di San Marino) in qualità di neuroradiologo e presso l'Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche (ASUR 1 Pesaro-Urbino). Ha contribuito alla scrittura del libro *Anoressie: patologie del Sé corporeo*, FrancoAngeli 2013; *Per una relazione analitica a misura del paziente*, FrancoAngeli 2016, *L'eredità di Bion*, Alpes 2020; *Una notte senza luna*, Alpes 2021.
E-mail: resposito1979@gmail.com

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

I disturbi del comportamento alimentare in adolescenza: un contributo empirico all'analisi delle relazioni familiari

Michela Erriu, Silvia Cimino

Abstract

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) costituiscono un rilevante problema di salute pubblica estremamente diffuso nella fascia d'età adolescenziale, con una marcata prevalenza tra la popolazione femminile. Per le peculiarità individuali e relazionali che la contraddistinguono, l'adolescenza rappresenta un periodo evolutivo particolarmente a rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari. Lo studio della psicopatologia alimentare in età adolescenziale costituisce oggi un importante filone di ricerca teorica e sperimentale e tra gli elementi più esplorati dalla ricerca sul tema vi sono le problematiche emotive delle ragazze con disturbi alimentari e le caratteristiche delle loro famiglie.

Il presente contributo, che si inserisce nell'ambito di un modello multifattoriale integrato tra l'orientamento sistemico-relazionale e la *Developmental Psychopathology*, conferisce centralità al ruolo delle relazioni e dei fattori di rischio psicopatologico genitoriale nei DCA ed ha i seguenti obiettivi: approfondire lo studio degli stili di funzionamento familiare nelle diverse aree cliniche dei DCA; verificare se le famiglie con figlie adolescenti che soffrono di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, e Binge Eating Disorder, mostrano specifici profili psicopatologici; valutare la qualità della comunicazione emotiva tra le adolescenti con DCA e i loro genitori.

Il campione della ricerca, composto da 120 nuclei familiari, composti da soggetti adolescenti femmine con DCA, padri e madri, è stato reclutato presso Centri di consulenza e trattamento pubblici per in disturbi alimentari del centro Italia. Il campione è stato diviso in tre gruppi clinici di 40 famiglie ciascuno in base alla diagnosi di disturbo alimentare delle figlie (Gruppo 1: Anoressia nervosa; Gruppo 2: Bulimia nervosa; Gruppo 3: Binge Eating Disorder). Ai partecipanti sono stati somministrati i seguenti strumenti: *Symptom CheckList-90 item-Revised* (SCL-90-R) per la valutazione del rischio psicopatologico*; Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (FACES-IV) per la valutazione della percezione del funzionamento familiare; *Autobiographical Emotional*

Events Dialogue (AEED), per la valutazione della comunicazione emotiva genitori-figlie.
I risultati della ricerca indicano che nelle famiglie con figlie che soffrono di DCA le figlie con Anoressia Nervosa che rappresentano le relazioni familiari con maggiore insoddisfazione e basso livello di concordanza. Inoltre emerge la presenza di specifici profili psicopatologici delle adolescenti che soffrono di un disturbo alimentare, con le adolescenti anoressiche che mostrano il livello psicopatologico più elevato. Il rischio psicopatologico genitoriale si associa diversamente agli specifici quadri clinici di DCA nelle figlie ed emergono differenze tra le diadi madri-figlie e le diadi padri-figlie nella produzione di dialoghi sui bisogni emotivi.
Nell'insieme, i dati raccolti nella ricerca sono in linea con le evidenze empiriche della letteratura internazionale, che indica l'eterogeneità nei percorsi di sviluppo dei disturbi alimentari e le specificità dei quadri clinici considerati. I risultati forniti suggeriscono la complessità della patologia alimentare nelle famiglie con figlie adolescenti e la presenza di un diverso apporto delle figure genitoriali materne e paterne al disagio delle figlie, evidenziando l'indispensabilità di un approccio integrato alla comprensione dei DCA in adolescenza. Lo studio evidenzia la famiglia come contesto privilegiato per l'osservazione dei processi relazionali in situazioni in cui i figli soffrono di una patologia alimentare, e fornisce spunti per l'organizzazione e la realizzazione di programmi di prevenzione e di intervento.

Parole chiave: disturbi alimentari, adolescenza, relazioni familiari

Abstract
Eating disorders in adolescence
An empirical study of family relationships.
Background
Eating disorders (ED) represent a severe public health problem that is extremely widespread in the adolescents' developmental age, showing a high prevalence among the female population. Due to individual and relational peculiarities, adolescence is a developmental period that is particularly at risk for the onset of eating disorders. The study of eating disorders in adolescence is nowadays an important strand of theoretical and experimental research: among the elements most investigated on this issue the researchers' attention focused on emotional problems of female adolescents with eating disorders and the characteristics of their families. In particular, in the attempt to understand the phenomenon of DCA in adolescence, contemporary approaches to eating disorders in developmental age have gradually moved away from the consideration of the

family as the unique cause of the pathology, and converge towards multifactorial etiological models, in which, along with individual factors, family relationships continue to represent a relevant variable for the framing of the disease.

Objectives

The current study, which is part of an integrated multifactorial model represented by the systemic-relational perspective and by *Developmental Psychopathology* framework, sets a central role to relationships and parental psychopathological risk factors, and has the following objectives: to deepen the study of family functioning styles in the different clinical areas of DCA and to verify whether families with adolescent daughters suffering from Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorder, show specific psychopathological profiles. The research also intends to assess the quality of emotional communication between female adolescent with DCA and their parents.

Metodology

This is a cross-sectional study that according to a multi-method approach aims to the evaluation of all family members using different multi-informant instruments. The research sample consists of N= 60 families (adolescent females with DCA diagnosis and their fathers and mothers). Participants were recruited from public counselling and treatment centres for eating disorders in central Italy. The sample was divided into three clinical groups of 20 families according to daughters' eating disorder diagnosis (Group 1: Anorexia nervosa; Group 2: Bulimia nervosa; Group 3: Binge Eating Disorder). The following instruments were administered to the participants: *Symptom CheckList-90 item-Revised* (SCL-90-R) for the assessment of psychopathological risk; *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV* (FACES-IV) for the assessment of perception of family functioning; *Autobiographical Emotional Events Dialogue* (AEED), for the assessment of parent-daughter emotional communication.

Results

With regard to family functioning, adolescents suffering from DCA report greater dissatisfaction about their families relationships than by their parents. Moreover, family with adolescents with DCA show a low level of agreement in perceptions of family functioning between the various family members. In addition, adolescent daughters with Anorexia Nervosa refer the most impaired family relationships. With regard to the adolescents' individual psychological functioning, the results indicate the presence of specific psychopathological profiles of adolescent girls suffering from an eating disorder, with anorexic adolescents showing the highest psychopathological level. Finally, the parental psychopathological risk is differently associated with the specific clinical diagnosis of DCA of the adolescents', with the mothers of adolescents with eating disorders showing differentiated psychopathological symptoms in relation to the

type of diagnosis of the daughters; besides, the paternal psychopathological risk was found to be more generally associated with all types of DCA in the daughters. Finally, with regard to the assessment of the quality of emotional communication between parents and daughters, significant differences between mother-daughter dyads and father-daughter dyads in the production of dialogues on emotional needs have been found.

Conclusion

Overall, our research data are in line with the empirical evidence of the international literature, which indicates the heterogeneity in the developmental pathways of eating disorders and the specificity of the clinical aspects considered. The results suggest the complexity of eating pathology in families with adolescent daughters and the possible different contribution of maternal and paternal parental figures to the distress of the daughters. Thus the study highlights the relevance of an integrated approach to the understanding of DCA in adolescence. The study therefore highlights the family as a privileged context for the observation of relational processes in situations in which offspring suffer from an eating disorder, and it also provides elements for the implementation of prevention and intervention programmes.

Key words: eating disorders, adolescence, family relationships

Introduzione

I disturbi del comportamento alimentare nella società odierna

I disturbi del comportamento alimentare (DCA) consistono in disfunzioni del comportamento alimentare che possono determinare gravi conseguenze per la salute fisica e per il benessere psicologico e sociale (Schmidt et al. 2016). Definiti come disturbi finalizzati al controllo del peso corporeo, i DCA rappresentano un gruppo di condizioni estremamente complesse, caratterizzate nei soggetti che ne soffrono da anomalie nei patterns di alimentazione, eccesso di preoccupazione per la forma fisica e alterata percezione dell'immagine corporea (Dalle Gravel, 2011; Rosen - American Academy of Pediatrics, 2010).

Questi tipi di patologie e disagi costituiscono un fenomeno estremamente diffuso, in particolare nel mondo occidentale e nella fascia d'età adolescenziale (Herpertz-Dahlmann 2015). Nonostante risultino in crescita tra il genere maschile, i DCA interessano una popolazione prevalentemente femminile di ragazze adolescenti e giovani donne, a partire dai 13 fino ai 25/30 anni di età, con un rapporto tra maschi e femmine di circa 1 a 10 (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Per la prevalenza e la loro gravità, unitamente ai costi economici e sociali implicati, i DCA in adolescenza hanno stimolato crescente attenzione tra clinici,

ricercatori, ma anche tra i rappresentanti delle istituzioni, richiamando sempre più la rilevanza della diagnosi e degli interventi di trattamento e di prevenzione (Puhl et al., 2014).
Data la loro complessità, i DCA sono considerati una patologia psichiatrica a patogenesi complessa, definita da diversi fattori psicologici individuali e relazionali, ma anche sociali e culturali (Treasure et al., 2003).

Tipologie di disturbi alimentari

Tra i disturbi dell'alimentazione più diffusi, descritti nella recente revisione della classificazione dei DCA messa in atto nel DMS V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, APA 2013), vi sono l'anoressia nervosa, che si caratterizza per l'eccessiva preoccupazione verso il peso corporeo, la distorsione dell'immagine di sé e la restrizione dell'assunzione di cibi, la bulimia nervosa, che consiste nell'eccessiva assunzione di cibo (abbuffate), seguite da vomito autoindotto, uso di lassativi, esercizi fisici e altre modalità di eliminazione di quanto introdotto, e il disturbo da alimentazione incontrollata (o binge eating disorder, BED), che indica le abbuffate di grandi quantità di cibo in breve tempo (crisi iperfagiche compulsive) associate alla sensazione di perdita di controllo e al senso di colpa. In Italia e nei paesi maggiormente industrializzati al mondo si registrano 3-5 casi di Anoressia Nervosa ogni mille giovani, 10-15 casi di Bulimia Nervosa e 40-70 casi di Binge Eating Disorder ogni mille giovani (Bryant-Waugh et al. 2010). L'Anoressia Nervosa rappresenta la forma di disturbo alimentare più tipica in adolescenza e presenta un picco di esordio tra 12 e 17 anni (Sigel 2008). Uno studio longitudinale italiano ha rilevato che l'età media di insorgenza di questo tipo di disturbo alimentare si è ridotta di circa un anno in un decennio (1970: 18,6 anni; 1981: 17,6 anni), con un incremento pari quasi al 100% delle diagnosi prima dei 16 anni (1970: 17%; 1981: 32%) (Favaro et al. 2009).

L'adolescenza: un periodo evolutivo complesso

L'adolescenza rappresenta una fase cruciale dello sviluppo dell'essere umano, compresa tra l'infanzia e l'età adulta, durante la quale si verificano importanti cambiamenti a livello del funzionamento sociale, comportamentale e affettivo-motivazionale (Crone & Dahl, 2012; van Duijvenvoorde, Peters, Braams & Crone, 2016). Durante tale periodo, infatti, avvengono intense trasformazioni fisiche, sessuali, psicologiche e neurobiologiche che, sostenendo l'acquisizione di un'identità più complessa e di un corpo più maturo, consentono l'ingresso nel mondo degli adulti. In tale delicata fase di passaggio si evidenziano processi di sviluppo diversi e particolarmente complessi, come l'avvento della pubertà, le trasformazioni del corpo, le acquisizioni del pensiero astratto operativo-formale

(Ammaniti, 2002).
Tra le numerose sfide e compiti che gli adolescenti al giorno d'oggi si trovano ad affrontare attraverso lo sviluppo, rivestono particolare importanza il rapporto col corpo, l'avvicinamento a situazioni ambientali nuove, la formazione di nuove relazioni e l'acquisizione dell'indipendenza dai genitori, con una riorganizzazione del funzionamento familiare globale (Bornstein & Bradley 2014).
Gli studi delle neuroscienze indicano varie e continue modificazioni nel cervello degli adolescenti, che sembrano particolarmente importanti in termini di modulazione delle emozioni e dei pensieri (Crone & Dahl, 2012), di risposta agli stimoli e di funzionamento in altre aree del comportamento dell'adolescente legate alle abilità di decision-making e di comprensione delle conseguenze delle azioni (Ernst et al., 2014). Ne consegue una maggiore vulnerabilità dell'adolescente alla messa in atto di comportamenti a rischio e condotte problematiche tra cui ricadono anche i comportamenti alimentari problematici (Asfour et al., 2017; Byrd et al., 2016).
Dal punto di vista delle relazioni, esse assumono maggiore complessità, con l'acquisizione di nuovi e intensi rapporti e con cambiamenti all'interno del sistema familiare di appartenenza, chiamato ad un continuo processo di riorganizzazione strutturale e funzionale (Angley et al., 2015). Minuchin (1974) descrive l'adolescenza come momento di transizione in cui si modificano i confini dei sottosistemi genitoriali e dei figli nella direzione di una maggiore partecipazione del figlio al mondo extrafamiliare, cosicché sia l'adolescente che l'intero sistema familiare devono affrontare una serie di cambiamenti che mettono in discussione le relazioni interne alla famiglia e richiedono una nuova articolazione con gli altri sistemi relazionali, tra cui il gruppo dei pari, in una costante dialettica tra individuazione-differenziazione del Sé (Bowen, 1979).

Adolescenza e disturbo alimentare: elementi individuali e relazionali

Per le sopraccitate peculiarità, i ricercatori indicano l'adolescenza come periodo evolutivo a rischio per lo sviluppo dei disturbi alimentari (Cerniglia et al., 2014; Pearson, Zapolski, & Smith, 2015). In particolare, l'insieme delle dinamiche psicologiche adolescenziali assume particolare rilevanza nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, in cui il disagio dell'adolescente assume caratteristiche espressive specifiche, che riguardano sia l'ambito delle relazioni, sia la sfera individuale corporea ed il rapporto con le proprie emozioni.
Storicamente, nel tentativo di comprendere le caratteristiche distintive del disagio adolescenziale centrato su comportamenti problematici con il cibo, l'area dei disturbi alimentari ha ricevuto diversi contributi teorici e di ricerca.
Molti studi e ricerche si sono infatti occupati nel corso del tempo del tema dei DCA in adolescenza, approfondendo la patologia secondo vari approcci, tra cui i

modelli psicodinamici originari (Bruch, 1977; 1987; Freud, 1905; Kestemberg, Kestemberg, & Decobert, 1974) e più attuali (Luborsky, Crits-Christop, Mintz, & Auerbach, 1988; Novelletto, 1986), i modelli ispirati all'Infant Research (Ammaniti, 2002; Sameroff & Emde, 1989; Sander, 1989), i modelli cognitivi (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003) e i modelli neurobiologici (Kaye, Wagner, Fudge, & Paulus, 2010), ciascuno con proprie e differenti ipotesi eziopatogentiche e implicazioni per la ricerca e per la clinica (Lask & Bryant-Waugh, 2013).
Tutti questi orientamenti teorici sono accomunati da un focus maggiormente orientato su elementi intrapsicologici o manifesti del disturbo alimentare, mentre successivamente è stato riconosciuto maggiore spazio all'aspetto strettamente relazionale, di cui si sono ampiamente occupati le teorie di tipo sistemico-relazionale (Minuchin et al., 1975; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 1998).
Attualmente, le riflessioni teoriche e i contributi di ricerca convergono verso modelli multifattoriali integrati, in cui assumono rilievo sia gli elementi di vulnerabilità individuale, come ad es. caratteristiche di personalità di tipo impulsivo o le generali difficoltà emotive (Levine & Smolak, 2013), sia le relazioni e l'influenza familiare (Ciao, Accurso, Fitzsimmons-Craft, Lock, & Le Grange 2015; Cimino, Cerniglia, Paciello, & Sinesi, 2013).
A tale proposito, è importante sottolineare che la stessa nascita della terapia familiare, che a partire dai primi anni cinquanta ha riconosciuto sempre maggiore importanza ad alcuni aspetti relazionali, tra cui il funzionamento familiare e le caratteristiche e qualità delle relazioni tra membri della famiglia, avviene a seguito di un'esigenza di integrazione dei modelli esplicativi della patologia alimentare da parte degli psicoanalisti, tra cui la stessa Selvini Palazzoli (2006), con elementi relazionali. All'epoca, il cambiamento del paradigma da una prospettiva centrata sulle dinamiche intrapsichiche del soggetto a un focus centrato sull'ambiente familiare fu molto importante soprattutto per la cura dei disturbi alimentari, con nuove forme di psicoterapia che coinvolgevano tutto il nucleo familiare e con l'adozione del nuovo denominato "sistemico".

Il modello psicodinamico e quello sistemico nella comprensione dei DCA in adolescenza

Gli elementi individuali della patologia alimentare in adolescenza vengono messi in risalto dai modelli originari psicoanalitici o psicodinamici, con particolare riferimento all'anoressia nervosa.
La psicoanalista Hilde Bruch (1978), fu una fra le prime a sistematizzare un modello teorico di questo tipo di disturbi. Secondo questo approccio, le esperienze infantili in generale, le fasi psicosessuali e i conflitti irrisolti

nell'inconscio rivestono molta importanza nello sviluppo dei disturbi alimentari. L'anoressia è considerata come un'espressione sintomatica di un conflitto interno, con particolare riferimento ad una serie di problematiche relative al proprio Sé.
La struttura mentale dell'anoressica è caratterizzata da un conflitto pulsionale nel quale il rifiuto del cibo esprime un tentativo di difesa messo in atto nei confronti di fantasie ambivalenti nei confronti della madre (Szurek, 1951).
Fin dalle prime osservazioni, inoltre, Bruch (1978) evidenzia le difficoltà delle pazienti anoressiche nel rapporto con le emozioni, anticipando il costrutto oggi noto col nome di alessitimia, definita come difficoltà a identificare e descrivere gli stati emotivi (Taylor, 1994). Il corpo nei disturbi alimentari diventa quindi sede e veicolo delle emozioni, il luogo di manifestazione di una sofferenza psichica individuale profonda.
Selvini Palazzoli (1981) nella sua teoria psicoanalitica dell'anoressia, ha sottolineato la problematicità nelle rappresentazioni mentali dell'adolescente, che vivrebbe una fissazione alla fase orale non risolta caratterizzata da fantasie di ingestione di oggetti riferiti alla parte cattiva materna e proiettati sul corpo dell'anoressica. Il processo di separazione-individuazione dell'adolescente è quindi compromesso, poiché l'immagine del corpo della figlia corrisponde all'identificazione confusa di se stessa con la madre e attraverso il rifiuto del cibo si esprime un rifiuto-blocco di crescita e di femminilizzazione del proprio corpo.
Successivamente Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1988) affianca alla presa in considerazione della realtà intrapsichica dell'adolescente anoressica, anche le problematiche delle relazioni all'interno della famiglia. Il riferimento per la comprensione e la cura dei disturbi alimentari in adolescenza ricade ora nel quadro del modello teorico della terapia familiare, i cui due filoni piu' rappresentativi sono le teorie sistemico-relazionali (Selvini, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980; Selvini et al., 1998) e il modello psicosomatico o strutturale (Minuchin et al., 1978). Tali approcci enfatizzano le modalità transazionali delle famiglie con problematiche riferendole principalmente ai rapporti tra il sottosistema dei figli e quello dei genitori, prendendo in considerazione anche le possibili triangolazioni.
Questa nuova prospettiva, iniziata più di cinquanta anni fa con le osservazioni cliniche pioneristiche degli esponenti della cosiddetta "scuola di Milano" (Boscolo & Cecchin, 1988; Selvini Palazzoli, 1963; Selvini Palazzoli et al., 1975; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988), integra la visione psicodinamica individuale classica, poiché la famiglia, è la principale matrice dell'identità individuale, definisce il Sé dei suoi membri e organizza le modalità e le intensità dei rapporti.
Il modello di lettura delle teorie sistemico-relazionali concettualizza la famiglia come sistema, ossia come gruppo di soggetti interconnessi tra loro, le cui interazioni costituiscono una realtà "terza" che non corrisponde alla semplice

somma delle parti (principio di non sommatività) (Minuchin et al. 1978; Selvini Palazzoli et al. 1998). Nel sistema-famiglia il comportamento di un individuo può essere compreso solamente in riferimento al contesto familiare e quindi alla relazione che il soggetto stabilisce con gli altri membri della famiglia, in particolare, nel caso degli adolescenti, con i genitori (Bowen, 1979). Dal punto di vista della ricerca e dell'intervento clinico sulle relazioni familiari, la comprensione delle difficoltà nelle famiglie comporta lo spostamento dell'oggetto di studio dal singolo individuo, o dalla relazione diadica madre-figlio/a, all'intero sistema di interazioni in cui vivono i componenti del nucleo familiare, all'interno del quale può svilupparsi un comportamento sintomatico (Minuchin et al. 1978).

Lo sguardo sull'intera famiglia che vive un particolare disagio dei figli come quello dei disturbi alimentari ha permesso di orientare la comprensione delle patologie dei figli in relazione all'interazione dinamica tra tutti gli appartenenti alla famiglia e al ruolo che ciascun soggetto svolge nei confronti degli altri (Costa & Loriedo 2007). Attraverso la metafora del confine, che indica l'invisibile insieme di aspettative che determina il comportamento di ogni membro all'interno del sistema familiare (Minuchin 1974), la teoria dei sistemi familiari identifica tre principali profili relativi alle interazioni familiari, che possono essere caratterizzati da coesione, disimpegno e invischiamento (*ibidem*). Le famiglie coese sono ben definite, mostrano confini permeabili tra i membri delle famiglie che permettono ai figli di accedere alla risorse affettive (calore e supporto) senza compromettere l'autonomia relazionale degli altri. Le famiglie disimpegnate, al contrario, presentano confini rigidi, con relazioni caratterizzate da freddezza, indifferenza, assenza di supporto e ritiro emotivo. Infine, le famiglie invischiate presentano *confini diffusi,* con conseguente eccessivo coinvolgimento tra i componenti, minore distanza e difficoltà ad accedere alle risorse necessarie per adattarsi al cambiamento.

Nel caso dei disturbi alimentari, le dinamiche familiari negative sono state indicate come elemento chiave nello sviluppo e mantenimento del problema, con iniziale attenzione all'anoressia nervosa (Minuchin et al. 1978). In particolare Mara Selvini Palazzoli (Selvini Palazzoli 1963) ha indicato alcuni aspetti della coppia genitoriale, caratterizzata da una madre invadente, intollerante e ipercritica e da un padre spesso brillante e sicuro all'esterno, ma assente in famiglia, che assumono un ruolo fondamentale nella genesi e nel mantenimento dell'anoressia nervosa. Minuchin (Minuchin et al. 1978), denominando la "Famiglia psicosomatica", descrive invece un'organizzazione familiare caratterizzata da invischiamento (elevata coesione tra membri della famiglia ed eccessiva intensità nelle interazioni familiari, bassi livelli di indipendenza), iper-protezione (elevata preoccupazione di ciascun membro per il benessere dell'altro), rigidità (tendenza a mantenere lo *status quo*); evitamento del

conflitto, in cui la figlia che soffre di Anoressia Nervosa, attraverso il sintomo è portatrice di un malessere non solo personale, ma anche familiare.

I disturbi alimentari in adolescenza tra la clinica e la ricerca

A partire dalle osservazioni cliniche dei pionieri dei modelli teorici basati sui sistemi familiari, le ricerche avviate nel corso dei successivi decenni hanno indagato in maniera più sistematica le relazioni nelle famiglie con disturbo alimentare. In particolare, il modello sistemico permette di evidenziare in maniera empirica dettagliata la relazione tra gli aspetti psicopatologici dell'alimentazione e le dinamiche familiari del paziente.
In riferimento al funzionamento familiare le ricerche sul tema indicano che le famiglie con disturbo alimentare possono mostrare eccessiva coesione e poca flessibilità, con profonda mancanza di espressività emozionale (Wooldridge & Lytle 2012) e che in generale tra genitori e figlie adolescenti con disturbi alimentari sono presenti interazioni conflittuali, caratterizzate da poca reciprocità e armonia emotiva (Zucker et al. 2013). Inoltre, la ricerca ha evidenziato che gli adolescenti con disturbo alimentare riportano livelli elevati di insoddisfazione nei confronti delle proprie famiglie, caratterizzate da scarsa accettazione genitoriale (calore familiare, empatia, supporto emotivo) e limitata indipendenza tra i membri (Goossens et al. 2012). Nell'insieme, i contributi scientifici supportano la nozione della famiglia psicosomatica descritta da Minuchin (Minuchin et al. 1978) come invischiata, iperprotettiva, rigida, evitante il conflitto e con scarsa capacità di risoluzione delle problematiche. Nonostante pero' sia riconosciuta l'associazione tra il contesto familiare e i disturbi alimentari, non è possibile asserire che l'ambiente familiare causi in maniera univoca la patologia alimentare (Le Grange et al., 2010), e, come indicato dagli sviluppi della recente disciplina della *Developmental Psychopathology* (Sroufe & Rutter, 1984) è importante assumere una prospettiva multifattoriale orientata alla comprensione in termini di complessità delle patologie in età evolutiva, considerando, anche per i DCA, il ruolo di fattori di rischio sia individuali che ambientali (Zipfel et al. 2006).

Uno studio sulle famiglie con figlie adolescenti con disturbo alimentare. Presentazione della ricerca e obiettivi generali

Alla luce delle premesse discusse, si presenterà una ricerca sulle famiglie con figlie con disturbi alimentari che si inserisce in un filone di approccio empirico al tema del funzionamento familiare, volto all'operazionalizzazione dei concetti già conosciuti nella clinica (Visani et al. 2014;). La ricerca ha come background teorico le concettualizzazioni della famiglia in ambito sistemico relazionale (Minuchin et al. 1978; Selvini Palazzoli et al. 1998) e, alla luce delle indicazioni provenienti dalle ricerche sulle famiglie con DCA su un generale contesto

relazionale caratterizzato da elevati livelli di conflittualità e insoddisfazione (Goossens et al. 2012), intende approfondire il funzionamento familiare come possibile variabile di insorgenza e mantenimento del disturbo (Lyke & Matsen 2013). Allo stesso tempo, in considerazione delle evidenze nella letteratura internazionale della *Developmental Psychopathology* sui fattori di rischio psicopatologico dei genitori, come disturbi psichiatrici per lo sviluppo di problematiche emotive nei figli (Crandall et al. 2015), lo studio intende approfondire i profili psicologici di entrambi i genitori nello specifico caso di famiglie con figlie con DCA. Inoltre, considerando la comunicazione sui bisogni emotivi un elemento particolarmente rilevante nella relazione tra genitori e figli, è esplorato il meccanismo di costruzione congiunta di conversazioni su esperienze emotive nelle diadi madri-figlie e padri-figlie attraverso una procedura di valutazione quali-quantitativa.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici della ricerca sono:
-Valutare gli stili di funzionamento familiare nelle diverse aree cliniche dei DCA, confrontando il funzionamento familiare percepito dalle adolescenti che soffrono di Disturbi Alimentari (Gruppo 1 Anoressia Nervosa, Gruppo 2 Bulimia Nervosa e Gruppo 3 Binge Eating Disorder) con la percezione del funzionamento familiare dei loro genitori.
-Valutare i profili psicologici/psicopatologici nelle ragazze adolescenti che soffrono di Anoressia Nervosa (Gruppo 1), Bulimia Nervosa (Gruppo 2) e Binge Eating Disorder (Gruppo 3) e dei loro genitori.
-Valutare la qualità della comunicazione emotiva tra ragazze adolescenti con DCA e i loro genitori.

Soggetti partecipanti e procedure

Il campione clinico è stato reclutato presso Centri di consulenza e trattamento per DCA pubblici del centro Italia (provincia di Roma - ASL Viterbo). E' composto da N = 120 soggetti adolescenti femmine (range di età 14-17 anni; età media 14.08, d.s. =0.77) con disturbo del comportamento alimentare (DCA), che hanno richiesto supporto clinico per disturbi alimentari nell'adolescenza, e dai loro genitori (padri e madri). Alla prima intervista di valutazione, in accordo con i criteri del DSM-V (APA, 2013), le adolescenti vengono diagnosticate per Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa o Binge Eating Disorder. Tra i soggetti vi è assenza di ulteriori psicopatologie franche e nessun precedente intervento psicoterapeutico. Il campione clinico è stato suddiviso in tre gruppi, in base alla tipologia di diagnosi di disturbo alimentare assegnata alle figlie adolescenti secondo i criteri del DSM-V (APA, 2013): Gruppo 1 (AN Anoressia Nervosa, N = 40 adolescenti, età media 14.03, d.s.=0.80, e rispettivi genitori), Gruppo 2 (BN

Bulimia Nervosa, N = 40 adolescenti, età media 14.00, d.s.=0.80, e rispettivi genitori), Gruppo 3 (BED Binge Eating Disorder, N = 40 adolescenti, età media 14.20, d.s. =0.72, e rispettivi genitori) (vedasi Figura 1). Sono esclusi i casi di disturbi dell'alimentazione non altrimenti specificati.

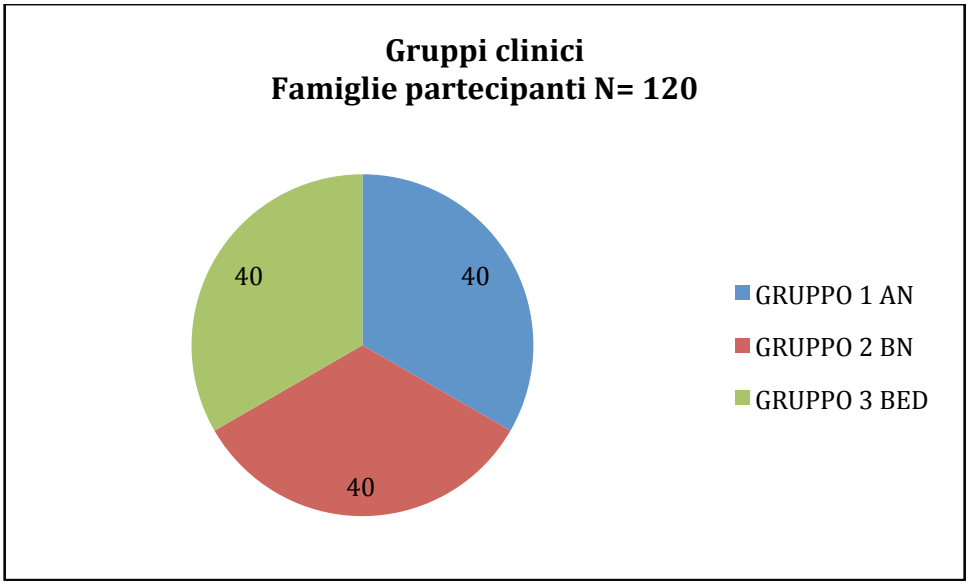


Fig. 1: suddivisione del campione clinico in tre gruppi diagnostici

Il protocollo di studio è stato approvato dal Comitato Etico del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica dell'Università degli Studi di Roma Sapienza, in accordo con le linee guida approvate nella Dichiarazione di Helsinky. Dopo la fase di valutazione, prima di iniziare il piano di trattamento, è stato chiesto alle adolescenti e alle loro famiglie di compilare i questionari di autovalutazione (descritti di seguito), somministrati da ricercatori addestrati. Per la somministrazione della procedura per la valutazione della comunicazione emotiva tra genitori e figli, relativa allo strumento AEED, gli incontri tra il ricercatore e le famiglie sono stati svolti all'interno delle strutture sanitarie nel periodo di svolgimento delle procedure di *assessment*, in base alla disponibilità delle coppie madri-figlie e padri-figlie. I genitori hanno firmato il modulo per il consenso informato e le adolescenti hanno confermato la propria volontà alla partecipazione. Il 98% dei soggetti partecipanti alla ricerca erano di razza caucasica. Inoltre, tutti i soggetti provenivano da famiglie con uno status socio-economico medio o alto (Hollingshead, 1975). La maggioranza delle famiglie che hanno partecipato allo studio (90%) costituivano nuclei familiari integri in cui le figlie adolescenti vivevano con i genitori (primogenite di entrambi i genitori).

Strumenti per la valutazione

Valutazione del rischio psicopatologico in genitori e figlie

***Symptom CheckList-90 item-Revised* (SCL-90-R;** Derogatis 1994; versione italiana: Prunas et al. 2012). Questionario self-report multidimensionale, composto da 90 item, fornisce una misura standardizzata di un ampio spettro di sintomi psicologici e/o psicopatologici sperimentati dal soggetto nell'ultima settimana. Ogni item descrive sintomi sia di tipo fisico che psicologico, valutati in una scala a 5 punti (0: per niente, 1: poco, 2: moderatamente, 3: molto, 4: molto). Gli item sono raggruppati in nove principali scale cliniche. Elevati punteggi nelle scale cliniche indicano sofferenza psicologica e rischio psicopatologico. Sono inoltre previsti tre indici generali di stress: Global Severity Index (GSI), l'indice di Gravità Globale che indica il totale dello stress e della sintomatologia del soggetto, l'Indice di Sintomi di Stress Positivo e l'Indice di Sintomi Positivi Globali. Prunas e collaboratori (2012), hanno dimostrato una soddisfacente coerenza interna dello strumento (alfa di Cronbach = 0,70 – 0,96: Prunas et al. 2012), con un punteggio di cut-off clinico ≥1 al GSI che indica rischio psicopatologico.

Valutazione della percezione del funzionamento familiare in genitori e figlie

Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (**FACES-IV**; Olson 2011; validazione italiana: Baiocco et al. 2013). E' la quarta versione del questionario self-report utilizzato per valutare la percezione del funzionamento familiare. Il FACES-IV si articola in 42 item a cui i soggetti possono rispondere manifestando il grado di accordo/disaccordo su una scala Likert a 5 punti (da 5, massimo accordo, a 1, massimo disaccordo). Lo strumento permette di valutare la Coesione, definita come vincolo emozionale che ciascun membro della famiglia prova nei confronti dell'altro, e l'Adattabilità, definita come la qualità e l'espressione della leadership e dell'organizzazione di ruoli e regole di relazione e negoziazione, più la dimensione facilitante della Comunicazione (l'insieme delle abilità comunicative positive utilizzate all'interno del sistema familiare). Lo strumento è composto da sei scale: due Bilanciate (Coesione e Flessibilità), che valutano aree centrali e intermedie-moderate, e quattro non bilanciate (Rigidità, Caoticità, Invischiamento e Disimpegno), che valutano le estremità inferiori e superiori di Coesione e Flessibilità (Olson 2011). Elevati punteggi nelle scale bilanciate indicano una valutazione positiva del funzionamento familiare da parte del soggetto, mentre elevati punteggi nelle scale sbilanciate indicano la percezione di un funzionamento familiare problematico. La validazione italiana ha mostrato una buona affidabilità e validità, con un minimo di $\alpha = .78$ per la dimensione della Coesione ad un massimo di $\alpha = .92$ per la dimensione della Flessibilità (Baoicco et al. 2013).

Valutazione della comunicazione emotiva tra genitori e figlie

Autobiographical Emotional Events Dialogue (**AEED**; Koren-Karie et al. 2000). Scala di valutazione dei dialoghi emotivi madri – figli, somministrata nel presente studio alle diadi madri-figlie e padri-figlie. La scala è applicata alle narrazioni prodotte dalle diadi e valuta la misura in cui il genitore e il figlio co-costruiscono dialoghi a contenuto emotivo, organizzati e coerenti, inerenti la storia personale del figlio. Alle madri e ai figli vengono presentate cinque carte, ciascuna riportante il nome delle emozioni ed un'immagine dell'espressione facciale relativa (Triste, Spaventato, Arrabbiato, Sicuro e Protetto, Felice). Alla diade è chiesto di richiamare uno specifico episodio in cui il figlio ha sperimentato ciascuna delle emozioni e di raccontare l'evento insieme, descrivendo cosa il figlio ha pensato, sentito e fatto. Il tempo della narrazione va dai 5 ai 15 minuti. L'interazione è audio-registrata e trascritta *verbatim*. Il sistema di codifica dei trascritti prevede sette scale materne (*Focus on the task, Clear boundaries, Tolerance, Involvement and reciprocity, Hostility, Containment of negative feelings, Structuring*), sette scale parallele del figlio (*Focus on the task, Maintaining child role, Acceptance, Involvement and reciprocity, Hostility, Closure of negative feelings, Elaboration*) e due scale sulla narrazione prodotta dalla diade (*Adequacy of the stories, Coherence*). L'affidabilità inter-rater delle scale è stata valutata utilizzando coefficienti di correlazioni intraclasse, che vanno da .86 per l'ostilità materna a 1.0 per l'ostilità dei figli. Le scale hanno un range da 1 a 9, con punteggi elevati che indicano alti livelli di comportamento toccati dalla scala (in tutte le scale, ad eccezione dell'ostilità, i punteggi elevati riflettono comportamenti positivi). In base alle scale sono previsti i seguenti profili finali delle diadi: *Emotionally matched (EM)*, nelle sottocategorie *EM1 Cooperative: Dialogue and Reciprocity; EM2 Cooperative: Concise and Brief; EM3 Cooperative: Challenging or Demanding*. *Non-emotionally Matched-Flat (Fl),* nelle sottocategorie: *FL1 Uninvolved and Uninterested e FL2 Uninvolved-Judgmental; Non-emotionally Matched-Excessive (Ex),* nelle sottocategorie: *EX1 Extreme-Hostile*, *EX2 Extreme Overwhelming*. *EX3 Judgmental but not Hostile. Non-emotionally Matched-Inconsistent (In)*.

Risultati

Rappresentazioni del funzionamento familiare

Allo scopo di valutare il funzionamento familiare percepito dalle figlie adolescenti e dai loro genitori sono state condotte una serie di analisi multivariate della varianza (MANOVAs), considerando i punteggi riportati dalle figlie e dai loro genitori allo strumento FACES-IV nel Gruppo 1 (Anoressia Nervosa), Gruppo 2 (Bulimia Nervosa), Gruppo 3 (Binge Eating Disorder). Le

analisi statistiche intergruppo mostrano una discrepanza tra la descrizione del funzionamento familiare da parte delle figlie adolescenti e dei loro genitori.
In specifico, nel Gruppo 1, le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; p <0.001) evidenziano che le figlie adolescenti con diagnosi di Anoressia Nervosa riportano punteggi significativamente più bassi rispetto ai loro genitori nella scala della coesione ($F(2,117)$ = 75.56; p < 0.001), comunicazione ($F(2,117)$ = 58.15; p < 0.001) e soddisfazione ($F(2,117)$ = 29.14; p < 0.001). Inoltre, le adolescenti del Gruppo 1 riportano punteggi più elevati dei loro genitori nelle sottoscale di disimpegno ($F(2,117)$ = 40.11; p < 0.001), ipercoinvolgimento ($F(2,117)$ = 19.92; p < 0.001) e rigidità ($F(2,117)$ = 10.47; p < 0.001).
Si riportano in Tabella 1 le medie e deviazioni standard dei punteggi riportati da adolescenti, madri e padri al FACES-IV nel Gruppo 1, che risulta essere il gruppo clinico con livelli più elevati di insoddisfazione riferita.

Tab. 1 Medie (DS) dei punteggi FACES IV delle adolescenti e dei genitori Gruppo 1

FACES IV	Adolescenti	Madri	Padri
Coesione	9,62 (9,63)	56,65 (21,41)	42,57 (19,32)
Flessibilità	35,35 (21,43)	27,90 (20,19)	40,72 (20,90)
Disimpegno	92,02 (9,25)	50,80 (25,46)	61,30 (25,27)
Invischiamento	91,22 (6,50)	71,10 (20,13)	77,52 (13,75)
Rigidità	79,45 (15,83)	62,40 (16,19)	67,37 (19,18)
Caoticità	65,87 (18,74)	66,10 (20,64)	82,30 (14,10)
Comunicazione	9,05 (8,47)	38,92 (14,59)	31,45 (14,10)
Soddisfazione	9,77 (7,71)	33,15 (15,89)	27,62 (17,38)

Le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; p <0.001) evidenziano che le adolescenti del Gruppo 2, con diagnosi di Bulimia Nervosa, mostrano punteggi significativamente più bassi rispetto ai loro genitori nella scala della comunicazione ($F(2,117)$ =70.58; p< 0.01); le adolescenti riportano anche punteggi significativamente più elevati di quelli di entrambi i genitori rispetto alla scala dell'invischiamento ($F(2,117)$ = 12.60; p < 0.01). Le madri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più bassi rispetto alle figlie e ai padri nella scala della coesione ($F(2,117)$ = 44.74; p < 0.01) e punteggi più elevati nella scala della rigidità ($F(2,117)$ =36.49; p < 0.01) rispetto agli altri membri familiari.
Le adolescenti del Gruppo 3 superano i punteggi normativi per le scale del disimpegno, invischiamento, rigidità e caoticità (p <0.01). Le madri del Gruppo

3, rispetto ai punteggi normativi, superano i valori per le scale di disimpegno, invischiamento, rigidità , caoticità e comunicazione (p <0.01). I padri del Gruppo 3 riportano punteggi significativamente più bassi nella scala della flessibilità e della rigidità (p <0.01) rispetto ai punteggi riportati dalle madri e dalle figlie, mentre superano i punteggi normativi per le scale della caoticità (p <0.01).

Profili psicologici adolescenzialie rischio psicopatologico dei genitori

L'analisi multivariata della varianza (MANOVA) condotta sui punteggi riportati dalle figlie adolescenti dei Gruppi 1, 2 e 3 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R ha evidenziato un effetto del fattore gruppo ($F(3,155)$ = 212.45; p < 0.001). La tabella 2 mostra le medie, le deviazioni standard e i valori di cut-off relativamente ai punteggi riportati dalle adolescenti alle sottoscale dello strumento SCL-90/R.

Tab. 2 Medie (DS) dei punteggi SCL-90/R delle adolescenti dei Gruppi 1, 2, 3

SCL-90/R	G 1	G 2	G 3	Cut-off
Som	1,08 (0,43)	3,49 (0,29)	0,80 (0,53)	>1
O-C	3,44 (0,35)	0,78 (0,51)	0,87 (0,66)	>1
IS	1,25 (0,60)	0,81 (0,52)	3,49 (0,54)	>1
Dep	3,45 (0,21)	0,79 (0,50)	0,85 (0,57)	>1
Anx	1,19 (0,52)	1,00 (0,47)	0,90 (0,66)	>1
Hos	3,44 (0,40)	1,01 (0,55)	0,76 (0,68)	>1
Phob	1,05 (0,46)	3,47 (0,28)	0,92 (0,53)	>1
Par	1,10 (0,45)	3,52 (0,29)	0,94 (0,65)	>1
Psy	1,21 (0,52)	0,91 (0,42)	3,51 (0,38)	>1

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzatione, *O-C* ossessione-compulsione, *IS* sensibilità interpersonale, *Dep* depressione, *Anx* ansia, *Hos* ostilità, *Phob* ansia fobica, *Par* ideazione paranoide; *PSY* psicoticismo.

Le adolescenti del Gruppo 1 superano tutti i valori cut-off della popolazione adolescente italiana di riferimento per le sottoscale dello strumento SCL-90/R (versione italiana validata di Prunas et al., 2012). Esse riportano punteggi significativamente più elevati rispetto alle adolescenti con diagnosi di Bulimia Nervosa e di Binge Eating Disorder (BED) e alle adolescenti del Gruppo di controllo (Scheffè post-hoc test; p <0.001), per quanto riguarda le sottoscale dello strumento SCL 90/R di: depressione ($F(3,155)$ = 389.39; p < 0.001),

ossessione-compulsione ($F(3,155)$ = 282.63; p < 0.001) e ostilità ($F(3,155)$ = 264.11; p < 0.001). Le adolescenti del Gruppo 2 riportano punteggi più elevati rispetto alle adolescenti di tutti gli altri gruppi nelle sottoscale della somatizzazione ($F(3,155)$ = 413.09; p < 0.001), dell'ansia fobica ($F(3,155)$ = 497.82; p < 0.001) e della paranoia ($F(3,155)$ = 287.19; p < 0.001). Le adolescenti del Gruppo 3 riportano punteggi più elevati rispetto alle adolescenti dei Gruppi 1 e 2 nella sottoscala della sensibilità interpersonale ($F(3,155)$ = 195.37; p < 0.001) e dello psicoticismo ($F(3,155)$ = 435.04; p < 0.001).
Per quanto riguarda il rischio psicopatologico genitoriale, l'analisi della varianza multivariata (MANOVA) condotta sui punteggi riportati dalle madri appartenenti ai Gruppi 1, 2, 3 e 4 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R evidenzia un effetto del fattore gruppo ($F(3,155)$ = 51.18; p < 0.05). La tabella 3 riporta i punteggi medi e le deviazioni standard dei genitori alle sottoscale dello strumento SCL-90/R nei gruppi.

Tab. 3 Medie (DS) dei punteggi SCL-90/R dei genitori dei Gruppi1,2,3

	G 1		**G 2**		**G 3**	
SCL-90/R	**Madri**	**Padri**	**Madri**	**Padri**	**Madri**	**Padri**
Som	0,94 (0,55)	0,65 (0,43)	0,74 (0,32)	0,36 (0,30)	0,67 (0,65)	0,39 (0,29)
O-C	1,06 (0,65)	2,85 (0,21)	0,77 (0,74)	2,82 (0,24)	0,62 (0,53)	2,78 (0,23)
IS	0,89 (0,67)	0,46 (0,34)	0,76 (0,45)	0,52 (0,38)	0,71 (0,57)	0,23 (0,21)
Dep	3,45 (0,51)	0,46 (0,30)	0,91 (0,59)	0,34 (0,28)	0,64 (0,41)	0,37 (0,33)
Anx	0,85 (0,56)	2,92 (0,21)	0,89 (0,37)	2,89 (0,22)	0,78 (0,70)	2,91 (0,26)
Hos	1,07 (0,80)	0,50 (0,54)	0,85 (0,53)	0,33 (0,32)	0,95 (0,81)	0,26 (0,34)
Phob	1,07 (0,71)	2,84 (0,27)	1,68 (0,38)	2,78 (0,34)	2,44 (0,52)	2,83 (0,26)
Par	0,92 (0,58)	0,53 (0,47)	0,96 (0,53)	0,40 (0,35)	1,12 (0,49)	0,16 (0,23)
Psy	0,90 (0,74)	0,58 (0,39)	1,12 (0,63)	0,33 (0,24)	3,19 (0,42)	0,25 (0,23)

SCL-90/R = Symptom Checklist-90-Revised

Som somatizzazione, *O-C* ossessione-compulsione, *IS* sensibilità interpersonale, *Dep* depressione, *Anx* ansia, *Hos* ostilità, *Phob* ansia fobica, *Par* ideazione paranoide; *PSY* psicoticismo.

Le analisi post-hoc (Scheffè post-hoc test; p <0.05) indicano che le madri del Gruppo 1 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 2 e del Gruppo 3 nella sottoscala della depressione ($F(3,155)$ = 300.09; p < 0.001). Le madri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 1 nella sottoscala della ansia fobica ($F(3,155)$ = 124.21; p < 0.001), e punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 4 nelle sottoscale dell'ansia ($F(3,155)$ = 5.33; p < 0.001) e dell'ostilità ($F(3,155)$ = 10.14; p < 0.001). Le madri del Gruppo 3 riportano punteggi significativamente più elevati delle madri del Gruppo 1 e del Gruppo 2 nelle sottoscale dell'ansia fobica ($F(3,155)$ = 124.21; p < 0.001) e dello psicoticismo ($F(3,155)$ = 201.43; p < 0.001). La MANOVA condotta sui punteggi riportati dai padri dei Gruppi 1, 2, 3 alle sottoscale dello strumento SCL-90/R evidenzia che i padri del Gruppo 1 riportano punteggi più elevati dei padri del Gruppo 2 e Gruppo 3 nella sottoscala dello psicoticismo ($F(3,155)$ = 15.08; p < 0.001). I punteggi riportati dai padri del Gruppo 1, inoltre, superano i valori di cut-off clinici per la popolazione italiana di riferimento nelle sottoscale ossessione compulsione, ansia e ansia fobica. I padri del Gruppo 2 riportano punteggi significativamente più alti dei padri del Gruppo 3 nelle sottoscale della sensibilità interpersonale ($F(3,155)$ = 5.20; p < 0.05) e paranoia ($F(3,155)$ = 6.58; p < 0.05).

Associazione tra funzionamento familiare percepito dalle adolescenti e rischio psicopatologico genitoriale

Per valutare le possibili associazioni tra i profili psicopatologici genitoriali nei Gruppi 1, 2, 3 e il funzionamento familiare così come percepito dalle adolescenti sono state condotte ulteriori analisi di regressione semplice. Nelle analisi di regressione sono stati utilizzati come variabile predittore l'indice GSI (Global Severity Index) dello strumento SCL-90/R riportato dalle madri e dai padri e come variabile criterio l'indice Ratio Globale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti. Per quanto riguarda il Gruppo 1, le analisi indicano un'associazione significativa tra l'Indice Ratio Globale delle sottoscale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R delle loro madri (R^2 = 0.10; β = 0.31; T = 2.01; p < 0.05). Inoltre, sempre nel Gruppo 1, le analisi di regressione evidenziano che l'indice GSI dei padri predice l'indice Ratio Globale delle figlie adolescenti (R^2 = 0.22; β = 0.47; T = 3.29; p < 0.05). Nel Gruppo 2, le analisi non evidenziano un'associazione

significativa tra l'Indice Ratio Globale delle sottoscale dello strumento FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R delle loro madri (p >.05). Inoltre, l'analisi di regressione indica che l'indice GSI dei padri predice l'indice Ratio Globale delle figlie adolescenti (R^2 = 0.11; β = 0.33; T = 2.15; p < 0.05). Nel Gruppo 3, non vi sono associazioni significative tra l'Indice Ratio Globale FACES-IV riportato dalle adolescenti e l'indice GSI dello strumento SCL-90/R ottenuto dai genitori (p >.05).

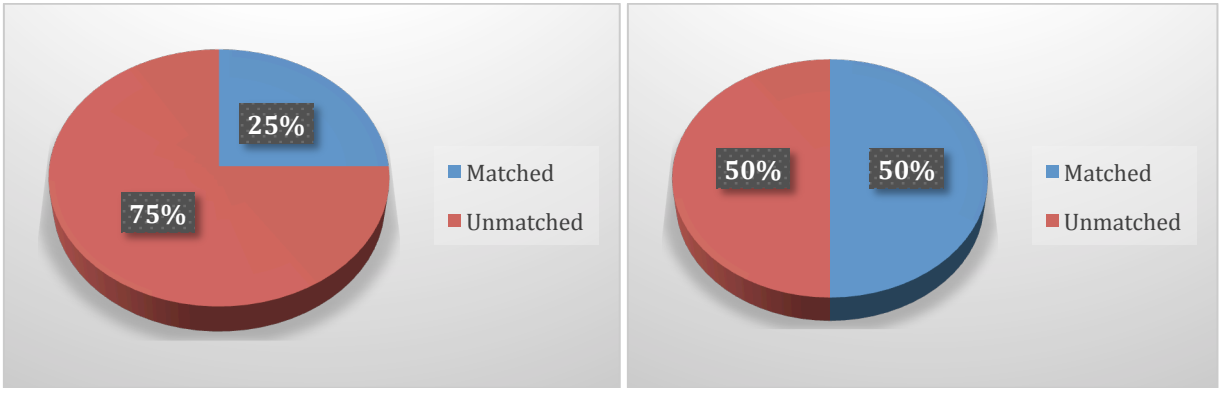
Valutazione della comunicazione emotiva genitori-figli

Alla luce dei risultati dello studio sul funzionamento familiare e sul rischio psicopotalogico genitoriale nelle famiglie con DCA che indicano un quadro di maggiore compromissione nelle famiglie del Gruppo 1 in tutte le variabili osservate, si è voluto approfondire in un sottocampione composto da 16 famiglie con figlie con Anoressia Nervosa un ulteriore aspetto delle relazioni genitori e figli, consistente nella comunicazione in dialoghi a contenuto emotivo.

Classificazioni dei dialoghi genitori figli

Lo strumento AEED è stato somministrato ai 16 nuclei familiari (16 diadi madri-figlie e 16 diadi padri-figlie) appartenenti al sotto campione clinico di famiglie con figlie con diagnosi di Anoressia Nervosa, per un totale di 30 dialoghi raccolti. Relativamente alle conversazioni a contenuto emotivo prodotte, la maggior parte delle diadi madri-figlie (75%) ha ottenuto una classificazione di tipo *Non-emotionally Matched*. Le diadi padre-figlie hanno invece ottenuto una classificazione dei dialoghi costruiti di tipo *Emotionally matched (EM)* nel 50% dei casi e di tipo *Non-emotionally Matched* nel restante 50% (Figura 1).

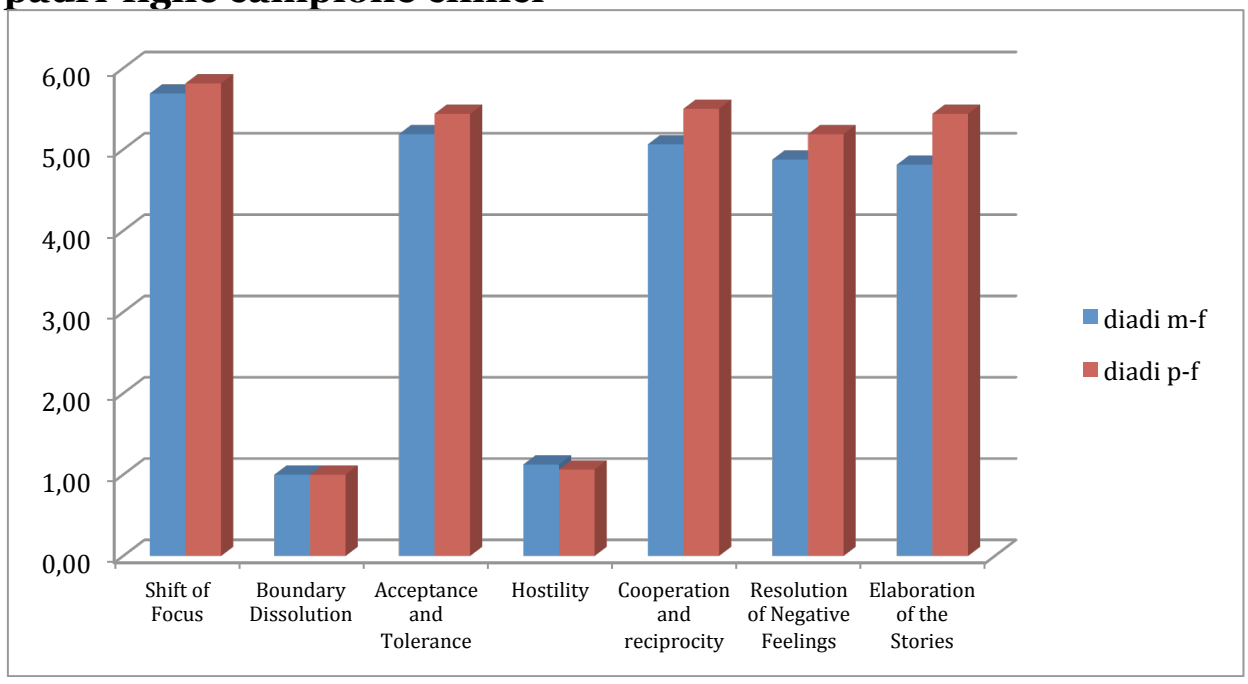
Fig. 2 Classificazioni Finali delle diadi Madri-Figlie e Padri-Figlie nel campione clinico



Le madri riportano punteggi medi più elevati dei padri nelle scale Shift of focus, Boundary Dissolution, Hostility (si ritrova una differenza significativa tra le

madri e i padri nell'analisi della varianza $p < 0,05$ nella scala Boundary Dissolution). Le madri delle adolescenti anoressiche, inoltre, riportano punteggi inferiori rispetto ai padri nelle scale Acceptance and tollerance, Involvement and reciprocity, Clousure of negative feelings e Structuring of interaction, che riflettono sostanzialmente il supporto emotivo e l'attenzione materna nei confronti del figlio nel percorso di costruzione delle conversazioni su eventi emotivamente rilevanti per la figlia. I padri del campione clinico riportano dunque punteggi più elevati delle madri relativamente al coinvolgimento, all'accettazione e al sostegno delle emozioni negative delle figlie, dimostrando un contributo individuale alla costruzione congiunta delle conversazioni con le figlie differenziato rispetto alle madri dello stesso campione. Da questi primi dati emerge un andamento differenziato delle madri e dei padri rispetto al contributo individualmente offerto alla costruzione dei dialoghi emotivi con le figlie, con un particolare posizionamento della figura paterna, che raggiunge valori più alti delle madri nella maggior parte delle scale positive in termini di sostegno-vicinanza alle figlie, mentre nel campione non clinico avviene l'inverso. Per quanto riguarda le figlie, l'andamento dei punteggi medi ottenuti alle scale individuali dello strumento AEED riflette per diversi aspetti quanto osservato relativamente ai punteggi delle madri e dei padri. Le figlie adolescenti, infatti, nel percorso di costruzione congiunta dei dialoghi all'interno delle diadi adolescenti-padri, raggiungono punteggi medi più elevati nella scale di Acceptance and Tolerance, Cooperation and Reciprocity, Resolution of Negative Feelings e Elaboration of the Stories rispetto ai punteggi riportati nelle conversazioni con le madri (Figura 2).

Fig. 3 Punteggi medi individuali delle figlie in diadi madri-figlie e padri-figlie campione clinici



Discussioni

Nel loro insieme, i dati raccolti nella ricerca sono in linea con le evidenze empiriche della letteratura internazionale, che indica l'eterogeneità nei percorsi di sviluppo dei disturbi alimentari e le specificità dei quadri clinici considerati (Holtom-Viesel, & Allan 2014; Visani et al. 2014).

In riferimento al funzionamento psicologico delle figlie, i risultati del presente studio, in linea con le principali evidenze empiriche internazionali (Holtom-Viesel, & Allan 2014; Thompson et al. 2011), indicano la presenza di specifici profili psicopatologici delle adolescenti che soffrono di un disturbo alimentare, con le adolescenti anoressiche che mostrano il livello psicopatologico più elevato (in termini di tratti di ossessione-compulsione, ostilità, rigidità) rispetto alle coetanee con diagnosi di Bulimia Nervosa e Binge Eating Disorders e alle adolescenti senza diagnosi di DCA, superando tutti i valori cut-off delle scale SCL-90. La presenza nelle ragazze con DCA di intensi sintomi psicopatologici è stata ampiamente indicata da Selvini Palazzoli, che aveva sottolineato l'aspetto psicopatologico tra gli elementi fondamentali delle pazienti anoressiche (2006). Anche l'insieme dei dati raccolti sui profili psicologici dei genitori è in linea con quanto indicato dalle più recenti ricerche internazionali sul rischio psicopatologico genitoriale (Cimino et al. 2015), che associano diversi aspetti della psicopatologia materna (depressione, somatizzazione) agli specifici quadrici clinici di DCA nelle figlie.

L'insieme dei dati raccolti attraverso lo strumento FACES-IV è in linea con le precedenti ricerche sul funzionamento familiare, secondo cui nelle famiglie con figlie che soffrono di DCA è presente maggiore insoddisfazione riferita dalle figlie sulle proprie famiglie rispetto ai genitori e basso livello di concordanza delle percezioni del funzionamento familiare tra i vari membri delle famiglie (Ciao et al. 2015). In particolare, nel presente studio, le figlie adolescenti con Anoressia Nervosa rappresentano la propria famiglia in termini di bassi livelli di coesione tra membri, comunicazione e soddisfazione e elevati livelli di rigidità e ipercoivolgimento. A tale proposito, ciò che può assumere rilevanza nell'indagine sistemica della dialettica relazionale tra genitori e figlie con DCA non è solo il possibile disaccordo tra i due sottosistemi intergenerazionali genitori-figli, ma anche la discrepanza nelle rappresentazioni familiari delle madri e dei padri. Infatti, il basso livello di concordanza tra la percezione materna e la percezione paterna delle proprie famiglie emerso nelle famiglie con figlie anoressiche, è indicativo della presenza di un disaccordo a livello di coppia che può rappresentare un potenziale elemento di rischio nelle relazioni familiari, in termini di destabilizzazione degli equilibri tra i diversi sottosistemi e di strutturazione di possibili alleanze trasgenerazionali tra paziente e un genitore

(Selvini Palazzoli et al. 1998). In tale contesto, può anche prendere forma la cosiddetta dinamica dell'imbroglio, un processo interattivo complesso in cui un genitore ostenta come privilegiata la relazione diadica con la figlia, mentre in realtà tale presunto privilegio intergenerazionale rappresenta solo una strategia utilizzata contro l'altro genitore (Selvini Palazzoli et al. 1998).
La valutazione della comunicazione emotiva genitori e figli ha evidenziato una generale difficoltà a livello comunicativo tra genitori e figlie con diagnosi con anoressia, con alcuni elementi di differenziazione. Precisamente, la ricerca ha indicato la prevalenza di classificazioni finali delle conversazioni prodotte dalle diadi madri-figlie di tipo *Emotionally non matched*, e un equilibrio delle classificazioni *Emotionally matched* e *Emotionally non matched* nelle diadi padri-figlie. Le figlie, rispetto allo svolgimento delle conversazioni a contenuto emotivo con le madri e con i padri, hanno mostrato elevati livelli nelle scale di accettazione, cooperazione, elaborazione delle storie nelle diadi padri-figlie rispetto ai punteggi ottenuti dalle figlie nelle diadi madri-figlie.
I risultati ottenuti dalle diadi madri-figlie anoressiche indicano una difficoltà di "sintonizzazione" tra figlie e madri sui contenuti emotivi oggetto della costruzione dei dialoghi, con bassa espressività dei sentimenti, difficoltà delle madri ad entrare in armonia nelle conversazioni concentrandosi sugli stati emotivi delle figlie. Tali caratteristiche esitano in costruzioni di conversazioni " a due" non adeguate dal punto di vista della reciprocità e della guida empatica da parte della madre di fronte ai temi sui vissuti emotivi della figlia, sottoforma di narrazioni di storie in cui è poco presente la partecipazione di entrambi i membri della coppia. In questo scenario emerge la figura genitoriale paterna che stabilisce con le figlie anoressiche una relazione "preferenziale", rispetto a quanto rilevato nelle diadi madri-figlie, in termini di condivisione e partecipazione a fronte dell'attività di costruzione congiunta dei dialoghi emotivi. Questa "corsia preferenziale" nella comunicazione tra membri familiari emersa tra padri ei figlie anoressiche rimanda anche a quanto osservato nella valutazione del funzionamento familiare percepito dalle famiglie anoressiche, in cui emerge la distanza delle percezioni delle madri da quelle dei padri (forse indicativa di una certa quota di distacco a livello del sistema coniugale), con maggiore somiglianza tra padri e figlie nella rappresentazione del funzionamento familiare.

Conclusioni

Storicamente, il tema dei disturbi del comportamento alimentare in adolescenza ha ricevuto diverse tipologie di contributi, teorici, clinici e di ricerca. Piu' di cinquanta anni fa, le già pionieristiche osservazioni cliniche dei fondatori della scuola di Milano (Boscolo & Cecchin, 1988; Selvini Palazzoli, 1963; Selvini Palazzoli et al., 1975; Selvini Palazzoli & Viaro, 1988), avevano inaugurato un

modello di comprensione e cura dei disturbi alimentari delle giovani adolescenti centrata sulle basi psicodinamiche della malattia, e quindi sull'importanza del conflitto interno nel binomio mente-nutrizione. Il modello psicodinamico originario focalizzato in particolare sull'anoressia nervosa ha aperto, ad opera della stessa Palazzoli Selvini (1963; 2006), un'importante evoluzione della concettualizzazione delle relazioni familiari che oggi ritroviamo nelle teorie sistemico relazionali. Questi recenti modelli di lettura hanno privilegiato lo studio della famiglia come sistema e delle regole che in essa sostengono i rapporti tra i membri. Ma soprattutto queste recenti prospettive hanno inaugurato promettenti filoni di ricerca empirica che hanno sostanzialmente confermato, attraverso i dati, le letture cliniche sulle interazioni tra i componenti delle famiglie con figlie con disturbi alimentari (Olson, 2011). Anche il presente studio puo' rappresentare un contributo scientifico che si orienta in questa direzione di ricerca.

Nello specifico, nello studio condotto la famiglia si conferma contesto privilegiato entro cui osservare i processi relazionali. La ricerca infatti restituisce l'immagine dei DCA in termini di fenomeni da ricondurre essenzialmente alla qualità delle relazioni affettive tra i membri della famiglia. Allo stesso tempo, attraverso la valutazione degli aspetti relazionali e individuali nei campioni di studio, la ricerca si pone in linea con le più recenti prospettive di indagine della psicopatologia adolescenziale, secondo cui le forme psicopatologiche in adolescenza si configurano come esito dell'interazione tra una serie di fattori individuali (tra i quali l'organizzazione emotiva rappresenta un aspetto essenziale) e ambientali, in una relazione dinamica tra elementi di vulnerabilità e risorse. Lo studio conferma quindi l'utilità di un'indagine dei processi adolescenziali che considera gli aspetti emotivi, comportamentali e relazionali che si verificano. Presi nel loro insieme, i dati della ricerca offrono un riscontro empirico alle principali affermazioni dei teorici dei modelli sistemici sul funzionamento familiare nelle famiglie con figlie con patologia alimentare, in particolare con Anoressia Nervosa (Minuchin et al. 1978), che indicano nell'invischiamento, rigidità, e evitamento del conflitto (a cui risponderebbe la scarsa comunicazione riferita dalle pazienti della presente ricerca), le caratteristiche emergenti delle famiglie psicosomatiche. Ciò che può risultare particolarmente rilevante nel funzionamento familiare in termini di problematicità non è tanto lo sbilanciamento dell'equilibrio familiare verso elementi disfunzionali, ma il fatto che le persone che presentano il problema, ossia le figlie anoressiche nella ricerca, riportano una valutazione del funzionamento familiare peggiore rispetto agli altri soggetti della famiglia, i genitori. A tale proposito, in termini sistemici, il figlio portatore di un sintomo o paziente designato, svolge il ruolo di *capro espiatorio* all'interno della famiglia, secondo una configurazione relazionale denominata di *deviazione-attacco*

(Minuchin et al. 1978). Tale condizione avviene in nuclei familiari in cui la relazione a livello del sistema coniugale è apparentemente priva di conflittualità ma il sintomo comportamentale del figlio spesso rappresenta problematiche a livello del sottosistema marito-moglie (Andolfi & Mascellani 2010). Nel presente studio l'andamento divergente delle percezioni familiari avviene anche nel campione non clinico e i dati raccolti sono sostanzialmente in linea con quanto emerso in precedenti studi su campioni clinici (Visani et al. 2014) e non clinici (Tafà 2007), in cui è evidenziata la discrepanza tra le valutazioni delle figlie e quelle dei genitori come elemento di particolare valenza diagnostica e terapeutica.

La ricerca può fornire diversi elementi di utilità ai clinici e ai professionisti che operano con adolescenti e le loro famiglie. In generale, i programmi di intervento che si focalizzino sugli aspetti messi in rilievo nel presente lavoro, possono essere utili sia per la prevenzione che per il trattamento del disturbo alimentare (Darrow et al. 2017). Infatti, i clinici che lavorano con gli adolescenti possono ricavare informazioni preziose, se introducono nel loro lavoro la valutazione diagnostica del funzionamento familiare, a partire dalla quale può essere possibile definire in modo più appropriato i trattamenti, anche in riferimento alle diverse tipologie di classificazione (Anastasiadou et al. 2016; Crittenden & Dallos 2009). Inoltre, i programmi di prevenzione dei disturbi alimentari potrebbero focalizzarsi anche sul funzionamento familiare come modalità per migliorare l'approccio orientato alla salute in adolescenza. In aggiunta, può essere particolarmente utile, anche alla luce dei risultati della ricerca, il ricorso a programmi di educazione familiare in cui si supportano i familiari a migliorare gli aspetti della comunicazione genitori-figli e a ricorrere all'unità familiare e a una maggiore flessibilità in una strategia protettiva del disagio.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA (trad. it.: DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision. Milano: Masson, 2001).

American Psychiatric Association. (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Ammaniti, M. (Ed.). (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Cortina.

Anastasiadou, D., Sepulveda, A. R., Sánchez, J. C., Parks, M., Álvarez, T., & Graell, M. (2016), Family Functioning and Quality of Life among Families in Eating Disorders: A Comparison with Substance-related Disorders and Healthy

Controls, *European Eating Disorders Review*, *24*(4), 294-303.
Andolfi, M., & Mascellani, A. (2010), *Storie di adolescenza: esperienze di terapia familiare*. Cortina.
Angley, M., Divney, A., Magriples, U., & Kershaw, T. (2015). Social Support, Family Functioning and Parenting Competence in Adolescent Parents, *Maternal and Child Health Journal*, *19*, 67–73.
Asfour, L., Huang, S., Ocasio, M.A., Perrino, T., Schwartz, S.J., Feaster, D.J., Maldonado-Molina, M., Pantin, H., & Prado, G. (2017), Association Between Socio-Ecological Risk Factor Clustering and Mental, Emotional, and Behavioral Problems in Hispanic Adolescents, *Journal of Child and Families Studies*, *26*, 1266-1273.
Baiocco, R., Cacioppo, M., Laghi, F., & Tafà, M. (2013), Factorial and construct validity of FACES IV among Italian adolescents, *Journal of Child and Family Studies*, *22*(7), 962-970.
Bornstein, M.H. & Bradley, R.H. (2014), *Socioeconomic Status, Parenting, and Child Development*. London: Routledge.
Bowen, M. (1979). Dalla famiglia all'individuo. *Astrolabio, Roma*, 143.
Bruch, H. (1977). Psychological antecedents of anorexia nervosa. *Anorexia nervosa*, 1-10.
Bruch, H. (1987). The changing picture of an illness: anorexia nervosa. *Attachment and the therapeutic process*, 205-222.
Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E., & Walsh, B. T. (2010), Feeding and eating disorders in childhood, *International Journal of Eating Disorders*, *43*, 98-111.
Byrd, A.L., Hawes, S.W., Loeber, R., & Pardini, D. A. (2016), Interpersonal Callousness from Childhood to Adolescence: Developmental Trajectories and Early Risk Factors, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1-16.
Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2014), Mother and father-child interaction with their 24-month-old children during feeding, considerino paternal involvement and the child's temperament in a community sample, *Infant Mental Health Journal*, *35*(5), 473-481.
Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Le Grange, D. (2015), Predictors and moderators of psychological changes during the treatment of adolescent bulimia nervosa, *Behaviour research and therapy*, *69*, 48-53.
Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M., & Sinesi, S. (2013). A six-year prospective study on children of mothers with eating disorders: the role of paternal psychological profiles. *European Eating Disorders Review*, *21*(3), 238-246.
Cimino, S., Cerniglia, L., & Paciello, M. (2015), Mothers with depression, anxiety or eating disorders: outcomes on their children and the role of paternal psychological profiles, *Child Psychiatry & Human Development,* 46, 228–236.
Crone, E. A.,& Dahl, R. E. (2012), Understanding adolescence as a period of

social-affective engagement and goal flexibility, *Nature Reviews Neuroscience, 13*, 636-50.
Costa, E., & Loriedo, C. (Eds.). (2007), *Disturbi della condotta alimentare. Diagnosi e terapia* (Vol. 20). Franco Angeli.
Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015), Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework, *Developmental review*, *36*, 105-126.
Crittenden, P. M., & Dallos, R. (2009). All in the family: Integrating attachment and family systems theories, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *14*(3), 389-409.
Dalle Grave, R. (2011). Eating disorders: progress and challenges, *European Journal of Internal Medicine*, *22*, 153-160.
Darrow, S. M., Accurso, E. C., Nauman, E. R., Goldschmidt, A. B., & Le Grange, D. (2017), Exploring types of family environments in youth with eating disorders, *European Eating Disorders Review*, *25*(5), 389-396.
Derogatis, L. R. (1994), *Symptom Checklist-90-Revised: Administration, scoring and procedures manual.* Minneapolis, MN: National Computer Systems.
Ernst, A., Alkass, K., Bernard, S., Salehpour, M., Perl, S., Tisdale, J., ... & Frisén, J. (2014), Neurogenesis in the striatum of the adult human brain, *Cell*, *156*, 1072-1083.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy*, *41*(5), 509-528.
Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009), Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa, *The Journal of clinical psychiatry*, *70*, 1715-1721.
Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale, in *Opere* vol. IV (1900-1905). Boringhieri, Torino 1970.
Goossens, L., Braet, C., Van Durme, K., Decaluwé, V., & Bosmans, G. (2012), The parent–child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(4), 445-457.
Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Remschmidt, H. (2013), Growing up is hard: mental disorders in adolescence, *Deutsches Ärzteblatt International*, *110*(25), 432.
Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014), A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families, *Clinical psychology review*, *34*(1), 29-43.
Kaye, W. H., Wagner, A., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2010). Neurocircuity of eating disorders. In *Behavioral neurobiology of eating disorders* (pp. 37-57).

Springer, Berlin, Heidelberg.
Kestemberg, E., Kestemberg, J., Decobert, S. (1974). *La fame e il corpo*. Roma: Astrolabio.Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Haimovich, Z., & Etzion-Carasso, A. (2000), *Autobiographical emotional event dialogues: Classification and scoring system*. Unpublished manual. University of Haifa, Haifa, Israel.
Langdon-Daly, J., & Serpell, L. (2017), Protective factors against disordered eating in family systems: a systematic review of research, *Journal of eating disorders*, *5*(1), 12.
Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (Eds.). (2013). *Eating disorders in childhood and adolescence*. Routledge.
Le Grange, D., & Eisler, I. (2009), Family interventions in adolescent anorexia nervosa, *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(1), 159-173.
Levine, M., & Smolak, L. (2013). Toward a model of the developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*, 59-80.
Luborsky L., Crits-Christoph P., Mintz J. & Auerbach A. (1988). *Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes*. New York: Basic Books.
Lyke, J., & Matsen, J. (2013), Family functioning and risk factors for disordered eating, *Eating behaviors*, *14*(4), 497-499.
Minuchin, S. (1974), *Families and family therapy*. Harvard University Press.
Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, L. (1978), *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press.
Novelletto, A. (1986). *Psichiatria psicoanalitica dell'adolescenza*. Borla.
Nowakowski, M. E., McFarlane, T., & Cassin, S. (2013). Alexithymia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of eating disorders*, *1*(1), 21.
Olson, D. (2011), FACES IV and the circumplex model: Validation study, *Journal of marital and family therapy*, *37*(1), 64-80.
Pearson, C. M., Zapolski, T. C., & Smith, G. T. (2015), A longitudinal test of impulsivity and depression pathways to early binge eating onset, *International Journal of Eating Disorders*, *48*(2), 230-237.
Prunas, A., Sarno, I., Preti, E., Madeddu, F., & Perugini, M. (2012), Psychometric properties of the Italian version of the SCL-90-R: a study on a large community sample, *European psychiatry*, *27*(8), 591-597.
Puhl, R. M., Neumark-Sztainer, D., Austin, S. B., Luedicke, J., & King, K. M. (2014), Setting policy priorities to address eating disorders and weight stigma: views from the field of eating disorders and the US general public, *BMC Public Health*, *14*(1), 1-10.
Rosen, D. S.-American Accademy of Pediatrics Committee on Adolescence (2010), Clinical report—Identification and management of eating disorders in

children and adolescents, *Pediatrics*, *126*(6), 1240-1253.
Sameroff, A. J., & Emde, R. N. (Eds.). (1989). *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*. Basic Books (AZ).
Schmidt U., Adan R., Böhm I., Campbell I. C., Dingemans A., Ehrlich S., ... & Zipfel, S. (2016), Eating disorders: the big issue, *The Lancet Psychiatry*, *3*(4), 313-315.
Selvini, M. P. (1963), *L'anoressia mentale* (Vol. 8). Milano: Feltrinelli.
Selvini Palazzoli, M. (2006), *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e contro paradosso*.
Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family process*, *19*(1), 3-12.
Selvini Palazzoli, M., & Viaro, M. (1988). The anorectic process in the family: A six-stage model as a guide for individual therapy. *Family process*, *27*(2), 129-148.
Selvini Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Cortina.
Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*. Milano: Cortina.
Sigel, E. (2008), Eating Disorders, *Adolescent Medicine: state of the art Review, 19*, 547-72.
Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984), The domain of developmental psychopathology, *Child development*, 17-29.
Szurek, S. A. (1951). Comments on the psychopathology of children with somatic illness. *American Journal of Psychiatry*, *107*(11), 844-849.
Tafà, M. (2007), Il Faces III. In S. Mazzoni & M. Tafà (a cura di).
L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multimetodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari. (pp. 163-179). Milano: Franco Angeli.
Tambelli, R., Cimino, S., Cerniglia, L., & Ballarotto, G. (2015), Early maternal relational traumatic experiences and psychopathological symptoms: a longitudinal study on mother-infant and father-infant interactions, *Scientific reports*, *5*, 13984.
Taylor, G. J. (1994). The alexithymia construct: Conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry, 10, 61–74.
Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Satir, D. A., Boisseau, C. L., & Westen, D. (2008), Personality subtypes in adolescents with eating disorders: validation of a classification approach, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(2), 170-180.

Treasure, J., Schmidt, U., & Van Furth, E. (Eds.). (2003), *Handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons.
van Duijvenvoorde, A. C., Peters, S., Braams, B. R., & Crone, E. A. (2016). What motivates adolescents? Neural responses to rewards and their influence on adolescents' risk taking, learning, and cognitive control, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *70*, 135-147.
Visani E., Orrù C., Zullo D., & Loriedo C. (2014), Stili di funzionamento delle famiglie con una persona con disturbi del comportamento alimentare. In E. Visani, S. Di Nuovo, & C. Loriedo (Eds.), *Faces IV. Il Modello Circonflesso di Olson nella clinica e nella ricerca* (pp 101-113). Milano: Franco Angeli.
Wooldridge, T., & Lytle, P. P. (2012), An overview of anorexia nervosa in males, *Eating disorders*, *20*(5), 368-378.
Zipfel S., Lowe B., Herzog W. (2006), Complicanze mediche. In Treasure J., Schmidt U., van Furth E. (edts). I disturbi dell'alimentazione, Il Mulino Milano.
Zucker, N., Moskovich, A., Vinson, M., & Watson, K. (2013), Emotions and empathic understanding: Capitalizing on relationships in those with eating disorders. In J. Alexander & J. Treasure (Eds.), *A collaborative approach to eating disorders* (pp. 52–61). New York, NY: Routledge.

Michela Erriu michela.erriu@uniroma1.it
Silvia Cimino silvia.cimino@uniroma1.it
Dipartimento di Psicologia Dinamica, Clinica e Salute, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università degli Studi di Roma Via dei Marsi n. 78, 00185 Roma, Italy

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Progetto fra ABA (Associazione Bulimia Anoressia) e istituzioni ospedaliere: la continuità della cura

Dora Aliprandi e Simona Siani

Abstract
In questo lavoro viene presentato un progetto pilota di trattamento multidisciplinare integrato di pazienti minorenni con Disturbi del Comportamento Alimentare attivato grazie alla collaborazione tra la struttura territoriale ambulatoriale ABA (Associazione per lo studio e la ricerca su Anoressia Bulimia e Disordini Alimentari) e la Casa Pediatrica della struttura ospedaliera Fatebenefratelli di Milano.
La novità di questa realtà risiede in diversi aspetti: garantire un percorso terapeutico non protocollato, duttile e basato sull'analisi delle situazioni soggettive dei minori e delle loro famiglie; garantire l'impostazione e la continuità del progetto terapeutico, attento alla situazione psichica dei pazienti e non solo all'assetto sintomatologico nei casi di necessaria degenza ospedaliera; garantire un'équipe multidisciplinare intesa non solo come insieme di professionisti diversi ma come unico gruppo pensante, luogo in grado di contenere le spinte dissociative e frammentarie presenti.
Nella prima parte del lavoro viene descritto nel dettaglio questo progetto; la seconda è dedicata all'esposizione di un caso clinico.

Parole chiave: progetto pilota, disturbi del comportamento alimentare, équipe multidisciplinare, trattamento integrato DCA, continuità della cura

Abstract
This work is the presentation of a pilot project for an integrated multidisciplinary treatment of underage patients with eating disorders, created by the collaboration of the territorial outpatient structure ABA (Association for study and research on Anorexia, Bulimia and eating disorders) and the Paediatric Home at the Fatebenefratelli hospital in Milan.

The novelty of this reality consists of several aspects: to ensure the therapeutic process free from protocol, flexible and based on the analysis of the different subjective situations of the minors and their families; to provide the setup and continuity of a course of treatment that is mindful of the psychological situation of the patients and not only of the symptomatic aspect in cases of hospitalization; to grant a multidisciplinary team meant not just as a group of different professionals but as a single thinking unit, capable of containing the dissociative and fragmentary drives in it.
In the first part of the work there is a detailed description of the project; the second part is dedicated to a clinic case study.

Keywords: pilot project; eating disorders, multidisciplinary team, DCA integrated treatment, treatment continuity

Premessa

Secondo i dati epidemiologici, i Disturbi del Comportamento Alimentare sono uno dei problemi di salute più comune e presentano uno dei più alti tassi di mortalità fra le malattie psichiatriche (Resmark et. al, 2019; Smink et. al, 2012): anoressia e bulimia costituiscono un problema di salute pubblica di notevole interesse (Donini et al., 2017).
Un lavoro di revisione della letteratura scientifica epidemiologica riportato dal Ministero della Salute (https://www.salute.gov.it/portale/home.html) ha evidenziato che l'incidenza dell'anoressia nervosa è stimata per il sesso femminile in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno e fra lo 0.02 e 1.4 nuovi casi nel sesso maschile; mentre l'incidenza della bulimia nervosa è stimata in almeno 12 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per il genere femminile e di circa 0.8 nuovi casi per 100.000 persone in un anno per il genere maschile.
Secondo il DSM-5 (2013), il rapporto approssimativo tra maschi e femmine affetti da bulimia e anoressia è di 1:10: l'egemonia femminile è chiara e ampiamente documentata, nonostante si stia progressivamente assistendo ad una maggiore diffusione anche tra gli individui di genere maschile.
Una ricerca condotta da ABA nel 2009 (Aliprandi, 2018), analizzando la correlazione tra DCA e genere e confrontando dati del 1998 con dati del 2010, evidenzia una prevalenza maschile dell'1,60% nel primo caso e una del 5,60% nel secondo.
Per quanto concerne la fascia d'età per l'esordio, i dati Istat mostrano come quella maggiormente colpita sia compresa tra i 15 e i 19 anni, anche se sembra che stia subendo un progressivo abbassamento. Tale aspetto ha aperto la strada all'approfondimento dei fattori di rischio socioculturali di esposizione delle

popolazioni pre-adolescenziali e adolescenziali, anche in ragione del fatto che l'esordio precoce della malnutrizione può comportare danni permanenti a livello tissutale e di organi che, in questa fase della vita, non hanno ancora raggiunto la maturità, con il rischio di complicanze a lungo termine.
Alla luce di ciò, i clinici sempre più sottolineano l'utilità di interventi precoci e di continuità della cura in una fase cruciale per lo sviluppo della persona, cioè quella evolutiva (Ruocco et. al 2017, Donini et al 2017).
Anche le "Linee Guida NICE" (2017) rimarcano la necessità di considerare la patologia nel suo complesso, di un approccio multidisciplinare e che possa comprendere anche le co-morbilità e le eventuali dipendenze patologiche associate.
Per quanto concerne il trattamento tramite ospedalizzazione, uno studio condotto da Gigantesco et al. (2010) riporta che il numero di ricoveri per anoressia nervosa è pari al 22,8 per 100.000 fra le donne e 2,0 per 100.000 fra gli uomini. In pazienti donne di età 15-19 anni il tasso sale a 31,7 per 100.000.

Come esposto nelle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" del 2017 (Quaderni del Ministero della Salute), il principio generale per il trattamento di un DCA è quello di un: *"[…] Approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato in cui sono coinvolte diverse figure professionali dell'area sanitaria […]"*.
Tali linee guida, in accordo con le linee guida internazionali, sottolineano inoltre l'importanza di una coordinazione tra terapie mediche e psicologiche.
Tuttavia, ciò che concretamente si osserva sul territorio nazionale è una significativa disomogeneità dei servizi offerti, soprattutto in relazione alla riabilitazione dei pazienti.
Il lavoro dell'Associazione Bulimia Anoressia (ABA) si inserisce proprio all'interno di questo complesso panorama che, in ragione della dinamicità poc'anzi brevemente illustrata, nel corso degli anni ha stimolato i clinici dell'Associazione ad esplorare nuove soluzioni nel trattamento dei DCA, aprendosi anche ad un confronto più diretto con le istituzioni ospedaliere.
L'intervento offerto da ABA, in linea con gli interventi ispirati alle linee guida sul trattamento dei DCA, ha come focus il disturbo alimentare inteso come sintomo che condensa molteplici significati soggettivi: non semplicemente un comportamento sbagliato da correggere, bensì qualcosa da interrogare rispetto alla sofferenza che sottende.
In quest'ottica, ABA ha sperimentato l'applicazione di un trattamento integrato, in cooperazione con la Casa Pediatrica dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano.
L'attivazione di tale collaborazione, progressivamente strutturatasi in un vero e proprio progetto, ha consentito di mantenere una continuità terapeutica in pazienti gravi che necessitano di un ricovero, utilizzando un approccio

multidimensionale, interdisciplinare e multiprofessionale integrato, ricondotto ad almeno tre ambiti: salute fisica e nutrizionale, condizioni psicologiche e condizioni psichiatriche.

Il progetto: inquadramento teorico, metodologico e finalità

Da un punto di vista teorico e metodologico, il trattamento che ABA attua in collaborazione con la Casa Pediatrica dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano origina da uno studio pionieristico condotto tra la fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila presso il reparto di Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale di Pavia, dall'équipe medica del Dott. Giovanni Lanzi, del Dott. Umberto Balottin e del Dott. Giorgio Rossi, ispirato agli studi condotti dallo psichiatra francese Philippe Jeammet negli anni Novanta.

Tale intervento può essere definito come multidisciplinare poiché prevede la collaborazione tra differenti figure: pediatra, medico nutrizionista, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, educatore, infermiere.

Tali figure, ciascuna per le proprie competenze specifiche, cooperano sinergicamente all'interno di un'équipe multidisciplinare che, in accordo con le "Linee Guida per il trattamento dei DCA" (2017), mira a garantire un percorso di cura integrato che possa fornire efficacia e continuità al progetto terapeutico.

La multidisciplinarietà dell'équipe non si riferisce esclusivamente alle diverse competenze che ciascuno dei suoi membri, per la propria specializzazione, apporta, bensì ad un'unica mente pensante, un elemento di unità che contrasta la tendenza delle spinte dissociative e frammentarie tipiche di questi pazienti (Aliprandi, 2018).

Le finalità di questa tipologia di intervento sono molteplici e diversificate: innanzitutto, l'obiettivo è quello di fornire uno spazio di sostegno per situazioni cliniche che implicano condizioni fisiche e mentali fortemente compromesse e che richiedono un ricovero e l'ausilio di attività pedagogiche, terapeutiche ed espressive in grado di arginare la compulsività del sintomo e di favorirne il passaggio alle tematiche interne. In tale ottica, le attività previste possono aiutare a far passare un soggetto dall'esclusiva attenzione al sintomo ad una domanda di aiuto e ad una possibile lettura del proprio disagio, che si situa sullo sfondo del sintomo alimentare.

La finalità è pertanto quella di aprire una breccia nell'isolamento mortifero dei pazienti e delle loro famiglie, nel tentativo di stabilire una comunicazione riparativa non solo nella realtà somatica ma, soprattutto, in quella psichica, arginando il narcisismo autosufficiente che caratterizza questa tipologia di pazienti. Essenziale risulta il coinvolgimento dei genitori, sia per la giovane età dei pazienti, sia per il loro rappresentare l'ambiente relazionale e di riferimento principale, sia per l'importanza del loro ruolo.

Il momento di ricovero ospedaliero diviene quindi in tal senso un momento creativo e di lettura del senso del disagio.

A livello concreto, l'attuazione dell'intervento prevede azioni diversificate e differentemente orientate: una parte è indirizzata al personale di reparto (medici, infermieri, OSS e ASA), cui viene garantita una formazione continuativa tramite incontri volti a formare sulla natura dei DCA e sugli aspetti dinamici e relazionali che caratterizzano queste sofferenze in età evolutiva; un'altra si rivolge al paziente e alla famiglia dello stesso.
Nello specifico, viene rispettato un *iter* che, di volta in volta, viene adattato alle esigenze e particolarità di ciascun individuo.
Il percorso terapeutico proposto prevede diverse fasi.
In primo luogo, vengono previsti dei colloqui conoscitivi che, nel rispetto della multidisciplinarietà dell'intervento, come sopra citato, prevedono una valutazione medico-pediatrica e nutrizionale e una valutazione neuropsichiatrica, con l'obiettivo di valutare *in primis* la necessità di un ricovero, inquadrare la situazione e strutturare un piano terapeutico adeguato e "a misura" del paziente. Si procede pertanto alla formulazione di una diagnosi di tipo funzionale, il cui obiettivo non è tanto quello di etichettare il paziente entro una rigida categoria nosografica, quanto quello di costituire un punto di partenza flessibile e passibile di modifiche ed evoluzioni che, progressivamente, nel corso del trattamento, si verificheranno.
Laddove si renda necessario il ricovero per le condizioni psicofisiche del paziente, il primo elemento riguarda la separazione del paziente dal proprio nucleo familiare, attuata con modalità variabili in funzione non solo delle esigenze del reparto, ma anche della capacità dei pazienti e della famiglia di tollerare la separazione e l'angoscia che ne consegue. Nel corso della degenza, a seconda degli eventuali cambiamenti del paziente, è possibile prevedere delle modifiche.
Nell'esperienza clinica si osserva come attraverso una separazione fisica tra il paziente e la propria famiglia si disinneschino spesso delle dinamiche che, perpetrandosi nel tempo, hanno portato alla creazione di circoli viziosi dannosi sia per il paziente che per la famiglia stessa.

Alla luce di quanto esposto in letteratura (es. Lanzi et al., 1992) e di quanto constatato grazie all'esperienza maturata nel corso del tempo, si ritiene che l'isolamento e la rialimentazione forzata, messi in atto in altre tipologie di interventi, siano insufficienti e sostanzialmente inefficaci: la ripresa del peso risulterebbe illusoria, soprattutto se rapida, e la restrizione alimentare riprenderebbe all'uscita dall'ospedale.

Per tale motivo, in accordo con quanto espresso dalle Linee Guida Nazionali (2017) ed internazionali (2004), è di fondamentale importanza che dietro alla scelta di un ricovero vi sia un pensiero clinico, non esclusivamente orientato ai rischi somatici, ma anche attento agli aspetti psichici, che si prenda cura della persona nella sua complessità soggettiva e relazionale.
Jeammet (2006), riferendosi all'anoressia come ad un disturbo derivante da problematiche dell'Io e soprattutto inerenti al rapporto di dipendenza madre-figlio (secondo Jeammet, il soggetto anoressico sostituisce la dipendenza dall'oggetto con una dipendenza da ciò che ha sostituito l'oggetto, cioè il corpo e il cibo), sottolinea come il nucleo centrale del problema sia da un lato l'estremo bisogno di vicinanza e fusione e dall'altro la paura di essere invasi e occupati dall'altro.
La figura dell'educatore si inserisce proprio in questa dinamica, poiché aiuta il paziente ad uscire dall'ottica del *"Ciò di cui ho bisogno mi minaccia" (*Nicolò, 2010): favorisce nel paziente la sperimentazione di esperienze relazionali all'interno di un contesto protetto, favorendone l'apertura verso dimensioni intrapsichiche e aprendo al successivo e necessario lavoro di elaborazione mentale del disturbo.
Questo ruolo include diversi momenti e attività, tra cui la delicata fase di assistenza ai pasti, seguendo il piano alimentare predisposto dal pediatra/nutrizionista e secondo le indicazioni riportate nelle "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione" (2017).
Oltre al lavoro di sostegno durante il pasto, è fondamentale gestire il tempo dopo il pasto, in cui si può verificare un incremento di ansia, disagio fisico e preoccupazioni per l'alimentazione, il peso e la forma del corpo che possono essere gestiti dai pazienti utilizzando comportamenti di compenso.
In tal senso, risulta molto utile la messa in atto di attività ricreative di vario tipo, pensate e applicate in base alla soggettività di ciascun paziente. Tali attività non si limitano a svolgere una funzione "distrattiva" post-pasto, ma diventano parte integrante dell'intervento, poiché aiutano il paziente a mantenere degli interessi e delle occupazioni.
La possibilità di offrire un ambiente terapeutico, focalizzato sulla persona più che sul sintomo, rappresenta una peculiare risorsa per il trattamento del paziente.
Gli interventi, quindi, pur attenti agli aspetti della terapia nutrizionale, vanno oltre il trattamento del sintomo, privilegiando un approccio il più globale possibile, rivolto alla persona e alle sue problematiche più complessive.
In ragione di ciò, all'interno del percorso ospedaliero è prevista anche la prosecuzione del percorso scolastico, tarato sulla disponibilità di risorse possedute dal paziente in quel preciso momento della sua vita.

Alternativamente al ricovero, nei casi in cui le condizioni psico-fisiche del paziente lo consentano, è possibile fornire assistenza tramite ricoveri in regime di *Day Hospital*: gli obiettivi, l'organizzazione del progetto terapeutico e le modalità d'azione non cambiano, ma varia la permanenza del paziente in ospedale (solo alcune ore della giornata, non tutte), sempre in linea con quanto espresso nei Quaderni del Ministero della Salute.
Secondo Lanzi e collaboratori (1992), l'ospedalizzazione, qualora si avvalga di un approccio duttile, attento alla situazione psichica dei pazienti e non solo all'assetto sintomatologico, risulta un'efficiente misura terapeutica atta a creare una breccia nell'isolamento ostinato (tipico degli anoressici) e consente la possibilità di un lavoro psicoterapeutico a lungo termine.
Già nell'ambito del ricovero è possibile iniziare ad intervenire in senso terapeutico sugli aspetti narcisistici, sulla preoccupazione di integrità, di autonomia e di controllo, di sé e degli altri, su aspetti quali la debolezza dell'Io, la scarsa differenziazione, la confusione di identità, dubbi sul fatto di "essere padroni" dei propri pensieri, dei propri atti o il sentimento di non essere reali.

Per quanto il percorso successivo alla dimissione, il progressivo rientro al domicilio, parziale o definitivo, espone i pazienti a maggiori fattori stressanti interpersonali ed emotivi ambientali, potenzialmente dannosi.
Alla luce di quanto osservato, la possibilità di mantenere continuità con le figure curanti (pediatra, neuropsichiatra, psicoterapeuta e educatori) garantisce un miglior "contenitore" del sistema familiare, delle ansie in esso contenute e sembra ridurre in maniera importante il rischio di ricadute, come evidenziato dai risultati ottenuti.

Il caso di Chiara: oltre la siepe, l'infinito

Chiara è una ragazza di 17 anni, ne compirà 18 all'inizio del prossimo anno. Studentessa liceale, frequenta con un ottimo rendimento la seconda liceo classico. La sua grande passione consiste nell'astenersi dal desiderare, dal provare qualsiasi emozione, da quella che definisce in maniera sprezzante "la debolezza dell'essere umani": in una parola, la passione per il niente o la negazione.
Soffre di anoressia restrittiva da quando ha circa 14 anni, senza episodi di abbuffata e vomito. Ha già effettuato percorsi terapeutici precedenti, in particolare una terapia individuale per due anni e due ricoveri ospedalieri seguiti entrambi da *day hospital.*
Chi si rivolge all'associazione sono i genitori: stanchi e amareggiati da quello che percepiscono l'ennesimo andamento stantio e non risolutivo del *day hospital*, cercano risposta altrove.

Quando incontriamo Chiara, la sua situazione fisica e psichica è al limite, considerata anche la sua giovane età. Si decide pertanto di inserirla nel progetto pilota.

I colloqui preliminari
Durante i colloqui preliminari, viene raccolta un'anamnesi "molto asciutta": Chiara risponde alle domande in modo preciso ma molto sintetico. Chiara vive con la sua famiglia d'origine, studia al liceo classico, ha una sorella minore di due anni di differenza. Le amicizie sono poche e hanno più il carattere di conoscenze: mentre alle elementari partecipa attivamente a gruppi e riconosce buoni legami soprattutto con i maschi, durante le medie e soprattutto con il passaggio al liceo il mondo interpersonale dei coetanei è sempre più assente dalla vita di Chiara. Non ha mai avuto un legame affettivo: nell'estate precedente al nostro incontrarla ha avuto un'unica esperienza sessuale con un amico, che riporta senza alcuna emozione, ma più come compito da espletare. "*Alla mia età ci si aspetta in fondo che non sia più vergine. Cosa ho provato? Assolutamente nulla…".*
Quando vengono chieste descrizioni relative alle relazioni familiari, Chiara liquida tutto con un "*bene".* Rispetto ai tentativi precedenti di cura, racconta solo che non si sente aiutata, ma solo "*bombata*" di cibo. Non riesce ad esplicitare maggiormente questo "*non sentirsi aiutata*".
Emerge subito una fatica a lasciarsi andare, a poter dire di sé. La difesa che Chiara sembra usare di più è la dissociazione: tutto il suo mondo emotivo e desiderante è totalmente coartato, appare come una macchina che espleta i compiti che le vengono richiesti. Paradossalmente, l'unica area in cui sembra poter esprimere una parte meno rispondente alle richieste è quella che dice no al cibo. Perfino lì, però, interviene la maschera, l'anonimato è garantito: non c'è più Chiara ma il sintomo, che rende Chiara uguale a molte altre ragazze con la stessa problematica, che desoggettivizza il corpo, ridotto ad uno scheletro senza forme, in uno stato prepuberale.
Chiara sembra rintanata in un angolo *onnipotente* in cui nulla riesce ad arrivarle e a scalfirla: peccato che l'angolo sia buio, freddo e mortifero.
Alla presa in carico di Chiara, viene affiancato il lavoro essenziale con i genitori.
La madre, ex modella, viene da una famiglia in cui l'aspetto fisico e l'avvenenza sono contemporaneamente un dono e un peso: un'arma da usare contro l'altro o per ottenere i propri obiettivi. È rimasta orfana di madre molto presto e cresciuta con un padre molto preso dal lavoro e dalle altre donne. Riconosce dispiaciuta la difficoltà ad entrare in rapporto emotivo con le figlie, soprattutto nella fase dell'adolescenza, affaticata e non riconoscendosi in grado di svolgere questo lavoro da Caronte nel poterle trasportare sul fiume del mondo adulto.

Il padre, figura più affettiva ma anche più richiedente, viene da una famiglia di donne che lo ha sempre messo al centro in quanto primogenito maschio, "uomo dalle grandi prospettive e su cui riporre tutte le aspettative". Quando la moglie poco dopo il matrimonio è rimasta incinta, sperava il primogenito fosse un maschio su cui poter tramandare l'eredità familiare, e non parliamo solo di quella economica. La vita, come spesso accade, per fortuna va quasi sempre ben oltre alle nostre aspettative e sicuramente lo è andata in questo caso con la nascita di Chiara. Il padre condivide con Chiara una grande passione: lo sci, sia come sport seguito che come sport praticato.
La sorella appare schiacciata e assente, se non come copia *slavata* di Chiara: meno prestante a scuola e nello sport.

L'esperienza di Chiara in ospedale
«La solitudine è la mia unica amica, la mia complice: non uno sguardo esterno che mi aiuti a capire la gravità del mio male. Mi guardo bene dal raccontare queste cose alla mia psicoterapeuta. La mia follia è inconfessabile» (Caro, 2008).
In questo articolo, l'intento non è narrare i passi terapeutici di Chiara, anche se inevitabilmente in parte si intrecceranno nella narrazione, ma cercare di delineare i fattori che, a nostro parere, hanno reso questa esperienza in ospedale diversa dalle altre, quegli elementi di unicità e di scarto che hanno reso possibile non solo salvare il corpo di Chiara, ma procedere nella direzione di un percorso di cura.
La diagnosi che guida il ricovero come concepito in questo progetto la potremmo definire di tipo funzionale. L'analisi etimologica del termine "dagnosi" rivela come esso sia composto dal verbo "ghignosco" ("ghignoso") (conoscere) e dalla particella "*dia*", che in greco ha il significato sia di luogo che di tempo (*per tutto il tempo che*). Diagnosticare, quindi, significa conoscere per tutto il tempo che dura l'analisi. Lo scopo del momento valutativo non è quello di applicare un'etichetta definitiva a Chiara. In quest'ottica la diagnosi, pur se presente e necessaria, perde il suo significato di giudizio e di verdetto e assume quello di punto di riferimento che, nel corso del processo terapeutico, è in continuo divenire: un paradigma che si evolve e si ridefinisce.
Il rischio, nel caso dei disturbi del comportamento alimentare, è quello di orientare la diagnosi o solo sui sintomi o solo sugli aspetti psicologici, determinando da un lato "un'organicizzazione estrema", dall'altro una "psicologizzazione estrema", incorrendo cioè nel pericolo di *«Ratificare e perpetuare la scissione tra emotività e corporeità – all'origine della malattia per tutti i pazienti [...]- che il clinico al contrario dovrebbe cogliere e rendere oggetto di cura»* (Caruso, Manara, 1997, p. 113). Ovviamente una diagnosi è molto utile al fine di poter creare un terreno comune tra operatori con

background differenti e con specificità professionali diverse. Ciò che però non va perso di vista è l'unitarietà del soggetto portatore del sintomo: il significato che per Chiara assume quel particolare comportamento, all'interno delle relazioni significative in cui è inserita, compresa quelle con il gruppo dei curanti. Questa è la diagnosi che potremmo definire "funzionale": un interrogare il senso delle proprie soggettività nel darsi fenomenico e clinico, nelle plasticità e complessità sincro-diacroniche.
In poche parole, chi è Chiara? Come si muove? Come si rapporta? Quali sono le sue difficoltà? Quali i suoi progetti vitali? "*Mentre per il mondo ero l'anoressica, e per mondo intendo i miei prof., i miei compagni, anche i miei genitori… per dire, una volta avevo davvero mal di pancia e ho rifiutato di mangiare il gelato perché stavo male… mia madre ha commentato alla sua amica – sai… non ne è ancora uscita-… per voi invece sono sempre stata Chiara… nel bene e nel male*".
Durante il ricovero Chiara viene seguita non soltanto dal personale medico e infermieristico dell'ospedale, ma anche in terapia individuale e farmacologica e supportata da figure educative provenienti dall'Associazione. Si tratta di un lavoro di squadra, dove tutti gli apporti sono importanti e preziosi e coordinati come gli strumenti di un'orchestra.
L'équipe è multidisciplinare: ciò è inteso non solo come insieme di professionisti con diverse specialità, ma come unico gruppo pensante, luogo in grado di contenere le spinte dissociative e frammentarie presenti. L'équipe non procede verso una dimensione di *maternage*, ma verso un tentativo di rapportarsi con Chiara come un soggetto con le proprie risorse e aree di fatica. La posizione di Chiara non è mai, fin dal primo giorno, passiva: partecipe nel suo percorso, è agente attivo nella cura. Questo è un elemento di differenziazione importante che rende per certi versi questa tipologia di ricovero più spiazzante, ma anche più efficace. Chiara, rileggendo i primi giorni del ricovero, commenta: "*Mi aspettavo decidessero per me, io lì, ferma stesa a letto, con sondino o flebo…. Invece nessuno mi ha trattato così…. E questo all'inizio è stato difficile, perché avrei preferito affidarmi passivamente per poi ovviamente fregarvi e dire che non andava bene niente… invece io ero in primo piano, coinvolta, potevo scegliere…. Che è molto diverso da quello che facevo di solito, perché anche dire sempre no in realtà è una non scelta, non ci sono alternative*".
La potenza del lavoro di équipe è anche legata alla possibilità di potersi dare tempo per capire, non dover saturare tutto con risposte-*slogan* che rischiano di appiccare a Chiara soluzioni pre-costituite che poi verranno vomitate una volta uscita dall'ospedale, ma tollerare il dubbio e l'incertezza, offrendo a Chiara un'esperienza che neanche lei stessa si concede di fare. "*Sai che mi hai sorpreso quando ti ho chiesto che diagnosi io avessi… pensavo mi rispondessi o anoressica oppure ho letto su internet dei disturbi di personalità, tipo*

borderline o narcisista… quando tu mi hai risposto 'sei tu che sai di te, o lo andrai scoprendo' mi hai completamente spiazzato…".
Il periodo del ricovero è anche un'occasione preziosa: non solo per poter osservare Chiara in un contesto diverso da quello familiare, ma anche perché Chiara possa sperimentare dimensioni di sé diverse da quelle vissute in famiglia. Il ricovero, in un certo senso, consente a Chiara di rapportarsi con altri coetanei e adulti in un luogo protetto. "*Mi sono resa conto dopo poco che stavo facendo qualcosa che nella vita quotidiana non mi era mai capitato: stavo con altre ragazze e i medici parlavano con me e non con mia madre. Io ero abituata alle quattro mura della mia cameretta, anche con i professori non mi rapportavo quasi mai, salvo verifiche o interrogazioni. Il mio mondo era fatto di numeri, rassicuranti…. Numeri della bilancia, voti a scuola, numeri dell'orologio…. In ospedale invece le persone entravano a qualsiasi ora, mi salutavano e mi chiedevano come stessi…. Totalmente disorientante…. E poi ho iniziato a dipingere con le altre un grande murales…*".
Si tratta dell'imprevedibile degli incontri umani fuori però dal pendolo della totale onnipotenza o totale impotenza (decido tutto io *vs* decidono tutto gli altri), un imprevedibile che si fa luogo di relazione, di incontro, di uno *stare*. Il ricovero non è inteso solo come degenza, ma come un mondo in cui sperimentare. Si intrecciano sguardi diversi: le compagne di ricovero, le educatrici, le infermiere, i medici, la psichiatra, la psicoterapeuta. Per Chiara è possibile decentrarsi da sé e assumersi il rischio di incontrare gli altri. E in questi molteplici sguardi Chiara è libera di conoscersi in modo diverso, rispecchiarsi in modi nuovi.
Diverse sono le posizioni da cui riceve i rimandi. "*Lo so che tu me l'avevi detto un sacco di volte, ma sentire che anche Martina* [*ragazza di 18 anni a fine ricovero*] *mi ha detto che la vita va ben oltre i numeri, e che aldilà è molto meglio e più piacevole…. Mi ha dato una forza e soprattutto una voglia di rischiare*". Le parole di Martina rendono possibile per Chiara l'esplorazione dell'ignoto e hanno una tale forza proprio in virtù del legame con Martina, non avrebbero sortito alcun effetto se lette in un libro, sarebbero rimaste belle parole vuote.
Il ricovero è volto a risolvere non solo problemi concreti e a rispondere a bisogni fisici, ma lascia spazio all'immaginazione e all'intuizione, e in questo senso potenzia enormemente le sue possibilità terapeutiche. Il passaggio in ospedale rientra in un progetto terapeutico finalizzato non solo al miglioramento della sintomatologia, ma alla trasformazione e disvelamento complessivo di Chiara. Offre la possibilità a Chiara di essere autentica, intesa sia come libertà personale, ma anche come possibilità di trovare un modo di stare con gli altri che tenga conto della libertà individuale e anche delle caratteristiche dell'altro.

L'autenticità in questo senso è molto lontana dal luogo buio e rigido dove per paura e sofferenza si è rifugiata Chiara, costringendosi a non vivere.
In altre parole, l'obiettivo del ricovero così pensato non è soltanto salvare la vita a Chiara, ma sostenerla nel suo progetto vitale. Può permetterle, in un luogo protetto, di separarsi da parti di sé che magari non sente più sue o a cui vorrebbe dare meno spazio, e sperimentarne di nuove. Può aumentare la fiducia in sé e l'autostima, che consentono di affrontare l'incertezza dei rapporti. Aiuta a banalizzare le delusioni, che non è affatto banale. Se si possiede sicurezza interiore o fiducia in sé, ci si sofferma meno sui propri sentimenti offesi, bensì sulla propria capacità di uscire dalla situazione che si è determinata (Neri, 2021). "*Sai, ho scoperto anche di essere divertente… non solo la musona, secchiona o come dicono i miei compagni, la nerd… so anche fare battute e ridere*".
Il ricovero può essere parte e supportare un processo di ridefinizione identitaria, durante il quale è possibile scalfire la maschera anonima dell'anoressia dietro a cui Chiara ha sentito il bisogno di proteggersi. Un'armatura in tempi di guerra è molto utile, in tempi di pace è un peso che affossa e non consente di vivere.

Riflessioni finali
Lo spazio prossimale di sviluppo, come già riconosceva Vygotskij (1934), è dato dal livello attuale dell'individuo e la tensione verso ciò che ancora non c'è: l'area intermedia in cui per l'individuo è possibile evolvere è data dalla relazione, dal contatto con l'altro. Ascoltare e venire ascoltati con attenzione, partecipare e sentirsi partecipi ad eventi importanti della propria vita e di quella altrui, poter ridere insieme, sentire di appartenere ad un gruppo rimanendo se stessi. *«[…] Essere uomo fra gli uomini, io non so più dolce cosa […]»* (Saba, 1928-1929).
Qualsiasi sia il modello teorico che guida gli interventi come curanti, è importante che sia permeato da questo approccio: poter portare questi aspetti anche nel ricovero, all'interno dell'ospedale è ciò che consente a nostro parere e come dimostrano i primi dati, l'innovazione e l'efficacia di questo intervento che smette di essere solo un periodo salvavita a cui spesso seguono feroci recidive, ma diventa parte integrante di un processo di crescita per la persona. È la vita che richiede un continuo lavoro per *«[…] Contenere, organizzare, dare senso agli incessanti cambiamenti interni ed esterni che ci riguardano e che ci rendono altri nella misura in cui rimaniamo noi stessi […]»* (Cahn, 1998, p.54).

Chiara, dopo il ricovero, ha proseguito efficacemente con la terapia individuale, ma potremmo dire con la vita. Queste sono le parole di Chiara nelle ultime sedute insieme, ripensando al percorso.

"*Dall'esperienza insieme ho imparato molte cose, più di tutti essere me con gli altri, ed essere contenta di essere me con gli altri, anche nei momenti tristi o di rabbia…. Ho lasciato andare gli inutili picchetti o rimostranze che facevo ai miei, l'incazzatura per l'anafettività di mia madre o per mio padre che mi chiede sempre troppo… ho lasciato andare l'illusione di poterli cambiare… così come la competizione con mia sorella… ora il mio sguardo è fuori, a Claudio [ride] agli amici, all'università…ho imparato a lasciarmi amare…. Mi viene in mente Leopardi. Io amo molto la poesia 'L'infinito'… se non ci fosse stata la siepe a sbarrare il suo sguardo, lui non sarebbe mai riuscito a cogliere gli interminati spazi, i sovraumani silenzi…. Non avrebbe mai colto l'eterno e non sarebbe mai naufragato nel mare… non si sarebbe mai lasciato andare…. Ho capito in fondo che i miei limiti sono anche le mie risorse".*

Quello che la persona ricorda e vive non è l'intuizione verbale, non sono le idee o le visioni, non sono le frasi sagge o intelligenti, le interpretazioni acute ma, per usare le parole di Yalom (2019, p. 113), *«[…] Il tuo lavoro consiste nell'offrire la tua presenza, confida che sia il paziente a trovare quello che occorre nella seduta […]»*.

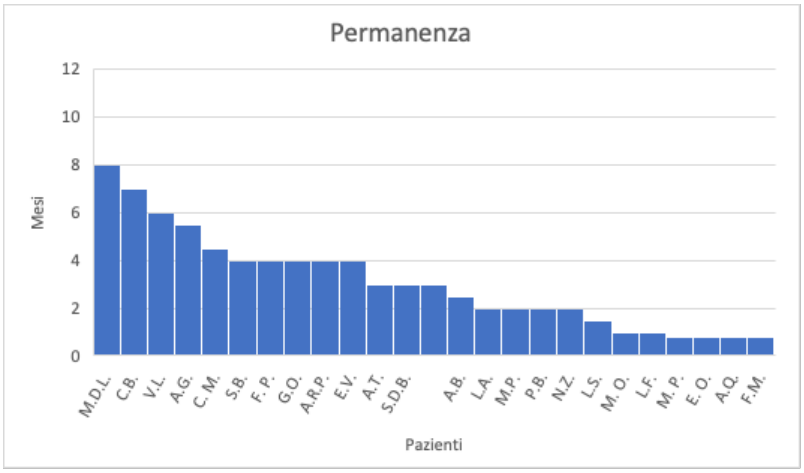
Postilla: il progetto pilota in numeri

Attraverso il metodo sopraesposto, ABA e la Casa Pediatrica dell'Ospedale Fatebenefratelli, con il fondamentale ausilio del Direttore del Reparto, Prof. Luca Bernardo, e della pediatra dott.ssa Laura Giordano, hanno avviato una collaborazione all'inizio del 2017, conseguendo risultati ed *outcome* positivi.
Data la complessità nel trattamento del Disturbo Alimentare e l'unicità di ciascun paziente nella manifestazione dei sintomi e delle sofferenze, non è possibile stabilire a priori la durata della degenza, che risulta quindi estremamente variabile. Tuttavia, in media, la permanenza di ciascun paziente si aggira attorno ai 3 mesi.

Storico cronologico pazienti:

- C. M. (4 mesi e 3 settimane, divisi in due periodi)
- M. P. (20 giorni)
- E. O. (20 giorni)
- M.D.L. (8 mesi, divise in due periodi)
- L. A. (2 mesi, divise in due periodi)
- A.T. (3 mesi)

- A. G. (5 mesi e mezzo, divisi in due periodi)
- S. B. (4 mesi)
- M.P. (2 mesi)
- M. O. (1 mese)
- P. B. (2 mesi)
- F.P. (4 mesi, divisi in due periodi)
- G.O. (4 mesi)
- A. Q. (3 settimane)
- A.R.P. (4 mesi)
- V. L. (6 mesi, divisi in due periodi)
- E.V. (4 mesi)
- S. D.B. (3 mesi)
- F.M. (3 settimane)
- C.B. (5 mesi, divisi in due periodi)
- C.B. (2 mesi)
- A.B. (2 mesi e mezzo)
- N.Z. (2 mesi)
- L.F. (1 mese, in corso)
- L.S. (1 mese e mezzo)



Ad eccezione di M. O. e F.P., ricoverate per Bulimia, tutti gli altri pazienti sono stati ricoverati per Anoressia di tipo restrittivo.
La maggior parte dei ricoveri sono stati fatti presso la Casa Pediatrica, ad eccezione per quelli di M.D.L. e A.Q., a carico del reparto di Psichiatria.

Ad oggi si possono contare 25 pazienti che, durante la degenza, hanno mantenuto continuità nel progetto terapeutico, anche dal punto di vista neuropsichiatrico e psicologico.
Di questi 25 pazienti, a seguito delle dimissioni, 22 hanno potuto mantenere una continuità terapeutica, sia con controlli periodici ambulatoriali con la pediatria dott.ssa Giordano, sia presso il Centro ABA, fino al raggiungimento di condizioni cliniche sufficientemente adeguate.
Per 7 di loro è stato necessario un successivo ricovero: 2 di queste per un viraggio bulimico, mentre per le altre 5 per una parziale ricaduta.
3 pazienti non hanno continuato il percorso terapeutico in quanto una provenivano da una regione del sud, mentre per 2 è stato necessario un ricovero in Neuropsichiatria con una diagnosi di Psicosi.
A seguito del periodo di degenza, tutti i pazienti hanno ottenuto un importante beneficio e presentano ad oggi condizioni di vita che permettono loro di frequentare la scuola, gruppi di amici e coetanei di mantenere un peso accettabile, nonché condizioni ematochimiche e cardiache adeguate.
L'opportunità di poter collaborare con una struttura ospedaliera nasce dalla necessità di gestire con modalità multidisciplinari pazienti gravi per cui è richiesto un ricovero ed anche dalla possibilità di mantenere una continuità terapeutica sia dal punto di vista psicologico che internistico-pediatrico.

Conclusione

Nella clinica dei disturbi alimentari si osservano sovente le peregrinazioni tra strutture di cura e le recidive sintomatiche post ricovero (Lanzi et al., 1992). I disturbi alimentari rappresentano una sfida ponendosi a cavallo tra il somatico e lo psichico: sono nel cuore della complessità dell'essere umano.
Questo progetto pilota rappresenta un tentativo di poter coniugare e offrire una risposta soggettiva ed efficace alla cura e al trattamento dei disturbi alimentari, anche quando sia necessario un periodo di degenza ospedaliera. Ciò che rappresenta un reale scarto rispetto ad esperienze precedenti è legato, a nostro parere, alla possibilità di inserire il ricovero non come elemento che interrompe la cura a causa dell'emergenza fisica, ma come momento che fa di questa emergenza un'occasione per comprendere meglio e proseguire nel progetto terapeutico.
I componenti dell'équipe sono strumenti di un'orchestra, che lavorano in sinergia e armonia per consentire una dimensione creativa ed evolutiva di trattamento del disagio. Per citare Anna Freud (1937), si può fare tutto, purché si sappia quel che si fa.
Le soluzioni creative e nuove sono benvenute, se sostenute da un pensiero e un'attenzione clinica.

Bibliografia

Aliprandi D. (2017) Il trauma e i disturbi alimentari: riflessioni a partire da un caso clinico. In *L'esperienza clinica in ABA: ricerca e trattamento dei disturbi del comportamento alimentare* a cura di Raggi A. Mittiga G. Milano: Franco Angeli.

Cahn R. (1998), *L'adolescente nella psicoanalisi. L'avventura della soggettivizzazione* tr. It. Roma: Borla.

Calugi, S., et.al. (2018), *Starvation symptoms in patients with anorexia nervosa: a longitudinal study*. *Eating Disorders*, 26:6, 523 537, DOI: 10.1080/10640266.2018.1471921

Caro I. (2008), *La ragazza che non voleva crescere. La mia battaglia contro l'anoressia*. Milano: Cairo Editore 2009.

Carratelli, T.J., Ferrara M., Maniello G., Sabatello U. (1998), *Adolescenti e ricovero psichiatrico. Problemi clinici e programmazione dei servizi*. Milano: Franco Angeli.

Caruso, R. Manara, F. (a cura di) (1997), *I disturbi del comportamento alimentare*. Milano: Franco Angeli.

Donini L.M., et al., (2017) The Domains of Human Nutrition: The Importance of Nutrition Education in Academia and Medical Schools. In *Front Nutr*., Feb 22;4:2. doi: 10.3389/fnut.2017.00002. PMID: 28275609; PMCID: PMC5320893.

Ferro, A. M., Giusto, G. (a cura di) (2016), *Cibo e corpo negati. Anoressia e bulimia oggi*. Milano: Mondadori.

Freud A. (1937), *L'io e i meccanismi di difesa* tr.it Firenze: Giunti Editore.

Gigantesco A., et al. (2010), Hospitalization for anorexia nervosa in Italy. *Riv Psichiatr*. May-Jun;45(3):154-62. PMID: 20718262.

Jeammet P. (2006), *Anoressia Bulimia. I paradossi dell'adolescenza interpretati da un grande psichiatra francese*, Milano: Franco Angeli.

Lacan, *Il seminario, Libro V, Le formazioni dell'inconscio*, 1957-1958, p. 473).

Lancini M., (2010), *Cent'anni di adolescenza. Contributi psicoanalitici*. Milano: Franco Angeli.

Lanzi G. et al. (1992), Prognosi a lungo termine dell'anoressia nervosa: valutazione del trattamento ospedaliero [The long-term prognosis of anorexia nervosa: the evaluation of hospital treatment]. In *Minerva Pediatr*. Jun;44(6):263-9. Italian. PMID: 1635526.

Lanzi G., et al. (1992), Prognosi a lungo termine dell'anoressia nervosa: valutazione del trattamento ospedaliero [The long-term prognosis of anorexia nervosa: the evaluation of hospital treatment]. In *Minerva Pediatr*. Jun;44(6):263-9. Italian. PMID: 1635526.

Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione (Quaderni del Ministero della Salute, n. 29 settembre 2017)
Mauri M., et al. (2010) Alterazioni ormonali nei disturbi della condotta alimentare.*L'Endocrinologo* **11,** 159–165.
https://doi.org/10.1007/BF03344726
Neri C.,(2021), *Il gruppo come cura*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
Nicolò A.M., Russo L. (2010), *Una o più anoressie*. Roma: Borla.
Quaderni del Ministero della Salute (n.29 settembre 2017), *Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione.*
Raccomandazioni in Pronto Soccorso per un codice lilla (26 marzo 2018), *Interventi per l'accoglienza, il triage, la valutazione ed il trattamento del paziente con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione.*
Resmark G., et al. (2019), Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines, *J Clin Med*. Jan 29;8(2):153. doi: 10.3390/jcm8020153. PMID: 30700054; PMCID: PMC6406277.
Saba U., (1928-1929), *Preludio e fughe*. Milano, Ed. Mondadori.
Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates, *Curr Psychiatry Rep*. (2012), Aug;14(4):406-14. doi: 10.1007/s11920-012-0282-y. PMID: 22644309; PMCID: PMC3409365.
Vygotskij L.S.(1934), *Pensiero e linguaggio. Ricerche psicologiche* tr. It. Roma: La Terza 1990.
Winnicott D.W. (1961), *Adolescenza: il dibattersi nella bonaccia*, in
Winnicott D.W., *Il bambino deprivato*, Milano: Cortina, 1986.
Yalom I. (2019), *Il dono della terapia*. Milano: Neri Pozza.
Zeeck A.,et al., (2018), *Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis*. Frontiers in Psychiatry (158). doi:10.3389/fpsyt.2018.00158.

Dora Aliprandi è psicologa psicoterapeuta, diplomata presso la scuola di Specializzazione di Psicoterapia in Psicoanalisi della Relazione, di cui è socia dal 2012. Nella stessa scuola ha seguito un corso di alta formazione in Psicoanalisi di Gruppo. Dal 2005 collabora con il Centro ABA di Milano in attività di psicoterapia individuale e gruppale. Si occupa inoltre di attività di prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare con preadolescenti e adolescenti nelle scuole, di cui è Responsabile presso la struttura. Svolge attività di supervisione per centri clinici pubblici e attività di docenza presso corsi incentrati sulla clinica delle dipendenze.
E-mail: dora.aliprandi@gmail.com

Simona Siani è medico chirurgo specializzato in Neuropsichiatria Infantile e psicoterapeuta. Dal 1993 ha avviato la libera professione come Psicoterapeuta per bambini e adulti e per il sostengo alla genitorialità. Dal 1997 al 2015 ha lavorato come Dirigente Medico Specialista in Neuropsichiatria Infantile, presso una sede U.O.N.P.I.A dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico. Dal 2011 si è occupata della gestione sovra- zonale di casi complessi afferenti alle U.O.N.P.I.A (interagendo con TO, TM, strutture ASL, Servizi Sociali, CPS). Attualmente svolge l'attività di Consulente d'Ufficio e di Consulente di Parte presso il Tribunale Ordinario e dei Minorenni di Milano (Consulente del Tribunale). Dal 2015 è Medico Certificatore Abilitato ASL. Accanto all'attività presso il proprio studio privato (Studio Fontana 18), è Direttore Sanitario presso il Centro ABA di Milano (Associazione per lo Studio e la Ricerca su Anoressia, Bulimia e Obesità), dove è anche docente del Corso di Specializzazione.
E-mail: simonasiani@studiofontana18.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

INDIVIDUO FAMIGLIA ISTITUZIONE

Che gusto ha il bisogno: soggetto e difese collettive

Francesco Comelli, Cecilia Dolcemascolo, Ornella Roselli, Simona Tolve

Abstract
In questo lavoro presentiamo il ventaglio che passa dal bisogno al desiderio, nel multistrato sociale politico familiare e clinico. Scopo dell'elaborato è dimostrare come l'utilizzo e la costruzione di setting costruiti in modo sartoriale possa facilitare il processo di cura anche in casi di prese in carico di pazienti molto gravi. Partendo dalla teoria clinica bioniana diventa infatti possibile creare ambienti dedicati sia alla cura dell'individuo inteso come persona e soggetto a sé stante, sia come parte di una struttura familiare inserita all'interno di modelli sociali che lo trascendono. Importanza primaria assumono poi i gruppi per la loro particolare efficacia ampiamente dimostrata dai materiali clinici riportati sia nella cura in gruppi tra pari che in ambito transgenerazionale e sociale. Infine, si vedrà come la cultura – intesa prima nei suoi aspetti sociopolitici di massificazione e sedimentazione di modelli non "sani", come l'elogio del potere e della grandezza, e in seguito nel suo versante più aulico, che guarda invece all'arte, all'espressione e al bello – possa influenzare il decorso clinico del paziente e, quando utilizzata nella sua accezione più nobile, possa aprire nuovi percorsi di crescita e consapevolezza favorendo il processo di cura.

Parole chiave: bisogno, desiderio, bulimia, politica, gruppi

Abstract
In this work, we present the range from the need to desire in the family and clinical social-political multilayer. The purpose of the paper is to demonstrate how the use and construction of tailor-made settings can facilitate the treatment process even in cases of taking care of severe patients. Starting from Bion's clinical theory, it becomes possible to create environments dedicated to the care of the individual as a person and subject in his own right and as part of a family

structure inserted within social models that transcend him. The groups are also of primary importance due to their particular efficacy amply demonstrated by the clinical materials reported both in the treatment in peer groups and in the transgenerational and social context. Finally, we will consider culture firstly in its political aspects of sedimentation of unhealthy models (such as the praise of power and greatness) and secondly as art, free expression, and beauty. We will see how its use can influence the patient's clinical course. When used in its noblest sense, culture can open new growth paths and awareness, favoring the treatment process.

Key words: need, desire, bulimia, politic, groups

"Forget your perfect offering,
there is a crack in everything.
That's how the light gets in."

"Dimentica la tua offerta perfetta,
c'è una crepa in tutto.
Ecco come entra la luce "
(trad. ns.)

Introduzione

Questa lirica di Leonard Cohen, tratta dalla performance Anthelm del 2008, rimanda all'esperienza che si può avere con pazienti con disturbi alimentari, come R., una donna di 30 anni che a seguito di un fallimento lavorativo, mise in discussione tutto, compreso il lavoro terapeutico, in ragione di una perfezione auspicata. Ciò mi spinse a domandarmi cosa significasse questo senso di delusione della paziente, che in fondo era anche mio, e che ci portò poi ad attraversare assieme una caduta di idee di perfezione, che infine poté aiutarci entrambi a fare luce sugli ideali che si ergevano fra noi, proprio come fossero un muro che ci circondava nelle sedute. Fare esperienza assieme delle crepe del muro, diede una maggior visibilità al nostro lavoro in maniera nuova e meno scontata, come avvenne anche per un'altra paziente che avvertiva la stessa necessità di portare nel lavoro terapeutico le sue insoddisfazioni, mai accolte dalla madre, ma con l'analoga necessità di rivivere in maniera più sana una relazione meno malata. Per entrambe le pazienti, come per me, l'aver incontrato, non senza paura ma piuttosto vivendo assieme gli stati mentali di frattura relazionale, è stata una risorsa per trovare nuovi linguaggi e un cimento reciproco nel lavoro. Dalla paura per le fratture si può passare alla scoperta dei

resti delle mura e attraversarli assieme come in una avventurosa scoperta di antiche civiltà.

Problemi antichi, nuovi linguaggi: pensare il sintomo fuori dall'ideale

Viene da accogliere con interesse le fratture o le diversità come elementi per avere giochi di luce nuovi, anche se a volte accecanti e spaventosi, arricchendoci dell'incontro senza aspettative di potere o idealizzazioni, senza perdere di vista il desiderio di raggiungere la semplicità e senza dimenticare le difficoltà di questi disagi esistenziali legati alle dipendenze. Tali disagi si manifestano con sintomi che troviamo come enigmi di fronte a noi, ma che possono esprimere posizioni esistenziali di un mondo ancora sconosciuto al paziente e al terapeuta, la cui visibilità richiede una rinuncia a "sapere già" sulla base delle nostre idealizzazioni prima che il paziente possa anche egli rinunciarvi.

Solo così i sintomi possono non fermarsi al loro concreto ed essere visti come un mondo che ci spiega molto della vita e delle dimensioni a più generazioni che sono occorse per determinare quel sintomo (Comelli et al., 2019), rimandandoci ad una prospettiva storica e sociale. Ecco un secondo punto: quanto i sintomi siano da considerare scene teatrali che ripropongono una profondità dello sguardo e una necessità di setting che ospitino i miti familiari (studio della transgenerazionalità, cura dei genitori, etc), soprattutto con metodi e gruppi equipe che possano far circolare "il sangue" di quella famiglia al loro interno, in una sorta di circolazione extracorporea. Predisporremo pertanto setting ritagliati con modalità sartoriali per i pazienti ed eventualmente per i loro familiari (Comelli et al., 2015).

Il tollerare il lutto dei nostri ideali, senza tradirli, nel soccorrere le urgenze dei pazienti può spingere verso un maggior contatto con noi stessi, come avviene durante queste perenni urgenze bulimiche o nelle urgenze della vita, soprattutto in un periodo conformista, massificante e spegnente il contatto con noi stessi e con la nostra rêverie. La sfida è fare ciò senza perdere di vista la nostra formazione, non abbandonando i pazienti perché troppo lontani da essa e non rinunciando al nostro ruolo di responsabilità della cura, ma aprendoci al nuovo.

Diventare il paziente: l'importanza del riconoscimento

Una possibile risposta sta nel percorso per "diventare" il paziente (Grotstein 2010), fidandoci nell'abbandonare la nostra mente alla funzione di rêverie e abbreviando il timing di riconoscimento della stessa durante la seduta, incrementando quindi il rapporto con noi stessi durante l'incontro con il paziente e con il noi stesso meno abitato o più ignoto.

Mi riferisco a idee selvagge, a sentimenti senza ragione, in forma di immagine, che sarebbero precursori del linguaggio (Bion, 1963).

Il poter lavorare in ascolto delle immagini interiori può aiutare a seguire un filo apparentemente lontano perché non ancora mentalizzabile dal paziente e dove il timing della messa in gioco di questa parte di noi dovrà trovare una strada più o meno adatta ad ogni singola relazione terapeutica, ma il succo è che il lavoro della rêverie, anche quella depressiva, è in effetti importante per permettere lo sblocco di situazioni che il solo linguaggio parlato non ha potuto rappresentare, così come il conscio non rappresenta tutta la personalità del soggetto. È possibile che vi siano lunghe fasi di attesa in cui la paziente non può raccogliere i nostri pensieri non ancora digeribili per lei e che ciò si accompagni a fasi in cui questo materiale rimane solo nella mente del terapeuta, con un avvicinamento graduale e lentamente digeribile di questi elementi.

Tra mente, sogno e sociale: ri-costruire insieme nuovi contenitori

L'introduzione di vertici onirici nelle terapie appare pertanto più a carico del terapeuta che del paziente, forse come lavoro suppletivo a causa dell'abbassamento del livello onirico sociale, dettato da conformismo, da pragmaticità e da un attacco al pensiero mediante molti strumenti, compresa la burocrazia o il non poter differenziare fra sonno e veglia (sonno intriso di veglia e veglia assonnata).

Non dimentichiamo la sfiducia nella mente – evidenziata anche da Benasayag in *Funzionare o Esistere*? (2018) - da parte dello stesso uomo contemporaneo, dopo che nel secolo scorso l'uomo occidentale ha dato prova di una distruttività su scala industriale. In un successivo lavoro vi sarà spazio per la presentazione di immagini reciproche disegnate da paziente e terapeuta dopo le sedute.

L'idealizzazione e la distanza reciproca pazienti-terapeuti è accresciuta dall'assenza di difese sociali e culturali verso aree che un tempo venivano contenute nei garanti metapsichici e metasociali (Kaes 1990). Cioè a dire che sarà necessario fare i conti con queste difese sociali o con l'abito sociale dato a molti di noi per arrivare agli abiti più personali che le famose fratture in seduta possono rivelare.

L'architetto della ricostruzione dell'area delle torri gemelle si ispirò al fascio di luce che proveniva da fori in mezzo alle macerie, desunta dall'esperienza nel campo di concentramento nei racconti di sua nonna deportata.

Poter esprimere una sana aggressività o una sana differenza esemplificata dagli spazi di frattura, o di passaggio di luce, è un messaggio differente da quello sociale conformistico, che va tuttavia tutelato sia dagli accecamenti della troppa luce sia dalla paura che tale luce non riesca a dare quella penombra necessaria all'intuizione.

L'abitudine a vivere le differenze come un'occasione di crescita, non deve andare a discapito della protezione dei buoni sentimenti che sono presenti in una

seduta, ma occorre differenziare i buoni sentimenti da un conformismo pericoloso in quanto potenzialmente non favorente la libertà.
Molti ambienti lavorativi in cui lavorano i pazienti non sempre permettono un pensiero libero, soprattutto per una induzione all'impersonalità e al nascondimento del proprio mondo emotivo a vantaggio di un funzionalismo robotico e di performances. Potremmo dire che il favorire adattamenti narcisistici verso un super io sociale iperattivo o impersonale rende difficile la gestione degli elementi umani o delle crisi come momenti di passaggio da sostenere e accompagnare. La confidenza con le crisi gestite e soccorse dal terapeuta e gradualmente meno temute, possono fornire una alternativa alle ben più drammatiche crisi dei pazienti che adottano anestesie secondo una logica bulimica del "pieno\vuoto".
Un altro elemento di difficoltà può essere legato al vedere l'intensa vitalità delle crisi, che rischiano di essere viste da tutti noi solo come momenti depressivi o meno risolutivi delle crisi bulimiche "messe a sistema", con rapida anestesia da sentimenti dolorosi o che produrrebbero dei cracks non accompagnati.
L'ambiente terapeutico, nella persona del terapeuta e nelle sue architetture di immagini e luci meno conosciute, può cercare di riprodurre in termini mobili e plastici ciò che l'architettura deve strutturare in una forma fissa, in un gioco di luci e immagini ancora non mentalizzate o esperite.
Cioè a dire che i vari crack potranno far entrare luce, ma dovremo noi poter reggere assieme i possibili crolli di certezze difensive, come avviene a livello sociale dopo la caduta di governi o ideali assoluti.
La mente soggettiva deve forse fare i conti oggi con l'assenza di contenitori, tanto da rifiutare facilmente gli stessi quando presenti o considerandoli in certo modo come antitetici al modo di vivere odierno. La difficoltà di entrare in terapia, le richieste sulla velocità oppure ancora la sfiducia di dover soffrire, incontrare la verità, etc. sono piccoli esempi di contatto con sé stessi poco amati dai tempi attuali.
Questa crisi dei contenitori ha portato alcuni di noi a considerare l'opportunità per chi lavora con i disagi umani di oscillare fra le terapie tradizionali della stanza d'analisi e lo studio e l'intervento sui cosiddetti contenitori esterni, in primis la famiglia e la cultura (Basti-menti, in *Il Cuore Segreto*, Comelli, 2018).

Potere e Incorporazione: la pericolosità del pensiero-massa

Siamo pertanto a scrivere sull'ipotetico taccuino per noi operatori, che i pazienti possono dialogare con le loro crisi e il terapeuta, proprio in ragione della sua possibilità di operare crisi sostenibili all'interno di sé, ossia facendo entrare elementi da pensare o immagini non ancora mentalizzate e quindi mettendo in crisi il proprio modo automatico di lavorare, spesso indotto da pazienti favorenti conformismo e identificazione a pensieri-massa.

Lavorare oggi però necessita di una organizzazione in settings precisi, sartoriali, con la necessità che un gruppo-équipe possa contenere il lavoro psichico del terapeuta.
Ciò è alternativo all'identificarsi con pensieri-massa, che coincidono con posizioni di potere o di grandezze illimitate per il soggetto, che si lega al rapporto malato di ognuno col potere. Conformarsi alla massa-potere rende gli elementi disponibili per i sogni meno utilizzabili, come fossero mangiati, come nelle bulimie, dove mangiare segue il principio di incorporazione, o all'essere incorporati e mangiati dall'oggetto traumatizzante.
L'incorporazione appare come metafora di una relazione col potere, o con elementi fantasmatici di esso, con schiacciamento degli aspetti di minore adesione ai modelli del super io sociale, ossia di quelli meno potenti o meno esteticamente perfetti. Essi però non sono immagini perdenti, ma semplicemente immagini di affettività sane rimosse e non sostenibili.
Ciò allontana le funzioni di simbolizzazione con adozione di una forza apparente, che vediamo nei falsi sé, o nelle precoci adultizzazioni o sessualizzazioni.
L'adesione al potere e alle sue forme di dominio del mercato, come diceva Pasolini, diventa una identificazione con l'aggressore o un invito a difendersi dagli affetti rabbiosi secondo un adeguamento all'impersonalità (*La rabbia*, 1963, 2003).
In due parole, la rimozione di aree di buona affettività del soggetto traumatizzate e la loro resa assente e non sostenibile, insieme all'adesione a modelli sostitutivi di emozioni violente genera, assieme ad una visione distorta del concetto di potere, una grandezza sociale come difesa.
Il simbolismo si perde quindi oggi nel passaggio da identificazione a incorporazione, dove incorporare significa mettere dentro compulsivamente e obbligatoriamente un sistema non filtrato dalla propria identità che comprende ciò che le difese culturali hanno mancato di trattare, mentre l'identificazione presuppone una relazione che operi passaggi simbolici.
Se potere significa avere, mettere dentro, inglobare, comprare, la bulimia sembra una patologia funzionale e riproducente gli indirizzi sociali, non solo per la somiglianza fra incorporare e mangiare, ma anche per la scotomizzazione sociale e culturale dei contenitori per le emozioni sociali, oggi assenti dal poter trattare elementi di distruttività negata e non compresa.
Al contempo però la bulimia può essere un "cavallo di Troia", in quanto rivela i limiti del sistema sociale, dove lo scambio potere-amore, ossia il potere, la forza, il cibo, l'abbondanza al posto dell'amore, diventa una difesa dall'accogliere e sostenere l'amore all'interno dell'identità: i miti di potere o di forza derivanti dall'insostenibilità dell'amore deriverebbero dalla cancellazione della dimensione amorosa ritenuta non credibile e sempre condizionata al possesso.

Il possesso come cifra del nostro sistema può pertanto sostituire forme di affetto depurate dall'invasione dei confini dell'altro. Inoltre, il destino di un amore in senso lato, sostenibile all'interno dell'identità, pone il problema del rapporto con le parti più traumatizzate dall'investimento amoroso. È cioè possibile che la distanza dall'amore o da forme di esso siano anche dovute ad amori troppo forti o troppo insostenibili o troppo traumatizzati, tanto da renderli assenti quando prima erano invece molto presenti.
Il potere o l'esaltazione della forza (prove di forza o di disprezzo della morte) o l'invasione dei confini portano alla morte senza senso perché l'amore ha avuto una cancellazione di senso ed una rimozione dall'identità.
Il sociale promuove in un certo modo una messa fra parentesi delle aree fragili, o una preferenza per aree impersonali, favorendo una archiviazione delle capacità di lavorare sulle emozioni delle relazioni, in una pretesa scientifizzazione e punteggio delle performances.
In molte relazioni il pericolo della colpa o vergogna per il rifiuto di dinamiche impersonali di poteri narcisistici appare un rischio reale, a fronte di ricatti impliciti negati come patti inconsci con alla base il potere. Il rapporto con la colpa, sempre centrale in molti casi clinici e con molte sfumature, ha un destino diverso a livello sociale. Nel film di Woody Allen Match Point (2005), la colpa è solo un elemento di ordine legale, come sfuggire alla cattura, e molte vicende di politici lo mostrano chiaramente.

La politica come specchio del sintomo

A livello politico, ad esempio, un leader come Trump (che, come molti altri leaders, incorpora l'idea di un potere molto pervasivo facendone un cavallo di battaglia) può rappresentare una posizione bulimica come elemento socialmente accettabile e addirittura di successo. I tempi in cui gli Stati Uniti apparivano come un modello di sane competitività sembrano passati, quando l'America era il luogo dove il mondo sportivo poteva contare sul valore dell'atleta e in una società dal codice fraterno, con un pragmatismo anglosassone lontano da fumose ideologie europee percepite come vecchie. Lo sport nelle Università, sostenuto come via d'accesso alla vita, con la massima considerazione per i risultati, era un vero riferimento sulla possibilità di competere e vincere lealmente. Gli onori tributati al più forte, insieme al rispetto per chi sa perdere con onore e rispettabilità, fanno parte del modello sociale anglosassone che ha prodotto studenti sportivamente eccellenti e non solo accademicamente validi.
Ora invece il Presidente Trump non sa perdere, invoca i brogli e chiede una giuria che annulli un risultato palesemente contrario. Vien da dare ragione a Cacciari (2020) quando indica lo smarcamento della tecnica da qualsiasi morale e dove il politico diventa solo mediatore fra i tecnologi e gli interessi dei grandi gruppi.

Il modello dell'uomo forte stenta a trovare figure paterne valide, dove prendere una posizione paterna a livello politico sembra impossibile senza diventare o dittatori o padroni oppure eccessivamente sbilanciati sull'avere proprietà, soldi e potere. Il caso di Trump è stato molto evidente, con la giustificazione di un maschilismo bianco sempre sbandierato, come figura che ottiene un consenso politico.
È possibile che i giovani si debbano confrontare con figure materne e paterne sia reali che politiche ammalate di potere o che lo utilizzano anche in funzione dei loro aspetti malati, in maniera incongrua o incorporativa, col rischio di giungere ad una svalutazione delle relazioni. Molti adulti avrebbero assunto il modello sociale del potere come sostitutivo della relazione.
Questi modelli apparentemente forti di padri dittatoriali (alternativi a figure paterne più sane) hanno allontanato i valori della comunità sia politicamente (come suggerisce Mattarella), sia delle comunità intese come realtà cliniche, trasformate in mini-ospedali dove la cura consiste nell'intrattenimento (remunerato dallo Stato in maniera bulimica, più fatturi attività, più sei efficiente e quindi maggiormente pagato) piuttosto che nell'attraversare la vita con le sue complessità.
In sostanza è un fallimento dei setting, ossia dei dispositivi sociali o clinici che possono tollerare o lavorare sulle emozioni difficili dell'esistenza e del relazionarsi, soprattutto sul comprendere e significare la parte umana più distruttiva, socialmente negata o sommersa dal consumo e dal mito del benessere e ancor oggi poco studiata.

Un esempio di impersonalità che nasconde affetti delicati e non visibili, viene dalla signora I., che è madre di una ragazza bulimica: I. non riusciva letteralmente a non dare eccessi alla figlia, a non dare massime attenzioni ad essa, diventandone però la schiava e invadendola, ottenendo in cambio una considerazione pari a zero da parte della figlia stessa, che la considerava debole, una minus habens, mentre lei come figlia si identificava con dimensioni di grandezza e di forza rispetto alla madre. Tutto era centrato sul produrre e dare benessere e ciò si associava ad un disprezzo per ogni parte che non fosse grandiosa o ricca.
La figlia la trattava pertanto malissimo, con progressivo senso di mortificazione della madre che la portò col tempo a chiedere aiuto per sé e per la figlia che rischiava di morire per anoressia.
I. in seduta si poneva in modo lontano, non empatico e assumendo posizioni di comando, salvo poi comprendere che la sua relazione con la figlia consisteva nel dare cibo o beni, come una macchinetta che dà prodotti senza richiesta, per poi comprendere che il "dare tutto" nasceva dal suo senso di colpa per aver avuto tanto e non poter reggere la colpa rispetto a chi non aveva avuto niente. In tal

modo una persona che fondava il suo rapporto sul possesso e sulla sua forza lottava internamente con un senso di colpa per aver avuto troppo senza poter aiutare altri, dovendosi cioè in qualche modo liberare dando tutto via. Socialmente una madre forte e dura che è buona perché dà tutto, soggettivamente una vicenda drammatica non vista.
Alla fine, la madre scopre di essere molto delicata e sofferente per l'intenso amore ricevuto dai suoi e per averli persi, forse senza poter riprodurre o ritrovare quell'amore in una mancata elaborazione del lutto e della loro relazione. La figlia rifiuta la fragilità materna, ma inizia a poterla vedere e ciò coincide con il passaggio dall'anoressia alla bulimia, sebbene non eccessiva o non orientata solo sul cibo.
La forza, il potere e il narcisismo appaiono fondamentali per questa ragazza per difendersi dall'essere fragile come la madre, che però nel tempo riesce a trasformare la sua fragilità in comunicazioni affettive vere, sostenendo le proprie ragioni affettive.
La ragazza migliora, ad esempio, avendo più amici e pensando di rinunciare a fonti di gratificazione una volta considerate totali.
La figlia riesce forse a vedere alcuni aspetti della sua identificazione sotterranea con la madre, aspetti dolci e pieni di pathos, quando prima appariva aggressivamente impersonale, una tipica ragazza molto vincente e che fa dell'aggressività un vanto, molto legata all'impronta paterna di uomo vincente.

Invadenza, potere, distruttività della signora I. appaiono pertanto emozioni cattive, socialmente sbandierate, che coprono le emozioni segrete buone, come a dire che in molti casi mancano le possibilità di trattare le emozioni "cattive" spesso alleate col super io sociale ipertrofico e "potente", giustificato a livello di massa, che serve a tenere non sostenibili le parti amorose in senso lato identitarie, rendendole inesistenti. L'identità che non può integrare queste parti affettive traumatizzate o frutto di legami malati, si illude di non possedere tali parti che, dunque, non avrebbero neanche statuto di esistenza.
Pertanto, il dimenticare il proprio bagaglio emotivo corrisponde ad un traumatismo del bene che frustra le proprie emozioni identitarie costringendo un adattamento a emozioni distruttive.
È possibile che in molti stili di vita occidentali il potere e la grandezza siano sentiti come antidoto alla non trattabilità di emozioni "buone", con una confidenza nella distruzione di queste.

L. invece, 45 anni, è bulimica da anni, modella, scappata dal marito e fuggita nel nulla per sei mesi, è poi tornata accettando uno spazio di aiuto, che però suonava come attaccamento a qualcosa di protettivo ma vuoto di indipendenza e progettualità personale.

Persona raffinata e intelligente, ha una famiglia dove il padre ha sempre avuto storie con ragazze giovani ma si è sempre mostrato anaffettivo con lei, pur essendo lei molto identificata con lui.
Anche lei vive una vita anaffettiva fino all'incontro con un ragazzo giovane, ed ora che ha incontrato la possibilità d'amare non riesce a tornare indietro alla vita anaffettiva di prima.
La madre è irraggiungibile affettivamente e non è mai stata una madre realmente ospitante, quanto una madre asfissiante e che caricava la figlia delle proprie angosce, facendola diventare contenitore delle proprie angosce materne. La figlia pertanto detesta la madre o la sente come il marito, ossia una figura che ci deve essere ma corrisponde ad un rapporto che lei stessa sceglie come protezione, che implica però una sua passività e annullamento o accettazione dell'invasione dell'altro.
Per ciò che attiene al nostro lavoro la scoperta dell'amore come possibilità esistenziale ha coinciso con un lavoro sui rapporti potere/amore, partendo dalla nostra relazione come specchio per un laboratorio in vivo del problema. L'elemento che pare più curativo e importante rispetto al sintomo e alla possibile ripresa della paziente è quello degli amori morbosi e del poter sperimentare l'amore come equilibrato, non colonizzante e non implicante possesso, a partire dalle nostre sedute. Il suo legame malato corrisponde al sentirsi colpevole per abbandonare i genitori che morirebbero senza lei o senza il lavoro che lei ha fatto da piccola per salvarli.
Ciò nasce dall' analisi della relazione in seduta dove la paziente e il suo terapeuta sono stati in grado di organizzare una presenza affettiva non occupante l'altro e una visibilità di questi fenomeni, con una analisi delle possibilità di evitare implicazioni di prevaricazione o di possesso dell'altro. Ad esempio, il potere che può partire da affetti o dal potere economico o da diversi tipi di vincolo che possono riprodurre forme di potere dei genitori sulla figlia intese come amori morbosi o di possesso o di comando. La freddezza e anaffettività del padre sono state a loro volta dettate da sofferenze dello stesso per esperienze di vita sfavorevoli. Il lavoro puntuale su libertà, potere, vincolo e affetto equilibrato - nel senso di dare o ricevere affetto e attenzione terapeutica senza implicazioni di potere o di possesso dell'altro - ha consentito un maggior benessere relazionale, in quanto il potere squilibrato ha abitato sempre le relazioni familiari e amorose, con scoperta dell'amore vero in età adulta, che può avvenire in diverse forme senza dover essere colonizzati o colonizzanti.
La crisi fra noi avviene dopo un forte innamoramento del nostro lavoro: la paziente comincia a mostrare distacchi o agiti di distanziamento dall'analisi, che riesco a vedere come sue esigenze di non essere troppo dipendente dall'altro. Confermando questa impressione parla del nostro rapporto come un rapporto in cui si sente rispettata e non invasa da un amore morboso. Come a scoprire il

mondo dell'amore e del romanticismo (come lo chiama lei), ma temendo molto l'amore morboso, l'abuso e insegnandomi come si possa involontariamente invadere l'altro o pretendere qualcosa.
Con lei la tematica del potere è estremamente delicata e pare la linea su cui verte il nostro lavoro, dove passioni e investimenti narcisistici reciproci devono fare i conti con il rispetto della libertà reciproca di esistere con vicinanza equilibrata e non sbilanciata. Il padre che appare freddo e anaffettivo, con il quale la paziente si identifica, avrebbe subito anche egli amori morbosi e non li differenzia dall'amore normale. Facciamo l'ipotesi del non aver potuto sentire il dolore da parte del papà e del non differenziare amori sani da amori malati. Ciò è un tema anche per la paziente che riesce a differenziare amori morbosi o funzionali da una condizione di amore con distanze da forme di potere sull'altro.

In sostanza, in questi casi la tragedia, o la crisi, o le distanze, o le differenze hanno potuto essere fondamentali e una guida per la comprensione della relazione e, per come suggerisce Grotstein (2010), per "diventare" l'altro.
Ecco, quindi, che i piccoli crack nelle nostre sedute potrebbero risuonare come enormi crack o come momenti terrorizzanti di un'esperienza collettiva molto traumatizzata, che ha riguardato le generazioni che ci hanno preceduto e la nostra. Se cioè la parte distruttiva ha nel secolo scorso colpito alcune aree psichiche come la separazione precoce e sadica fra genitori e figli (es. separare piccolini e genitori mandandoli a morire o simili cose, mettere in una categoria o un'altra il male, potendo quindi agirlo in maniera autorizzata), le attuali organizzazioni mentali individuali o sociali possono muoversi reattivamente a tali traumi sociali, non potendo gestire o pensare le emozioni, con lo stimolo a vivere senza di esse, gestendole in un senso tossicomanico o conformistico. In tal senso molti adolescenti riscoprono nelle cure, il loro soggetto vero o le capacità rappresentative come elementi di lavoro psichico trasformativo (Marinelli, 2004). I terapeuti possono in questo senso avere la necessità di lavorare sulle immagini e sulle paure del loro sentire come parte del lavoro terapeutico, facendo esperienze di gruppo e di individuazione.

Il soggetto e le difese collettive: le potenzialità dei setting di cura gruppali

Alcuni territori della mente possono concepirsi come delle cartine geografiche che si riferiscono ad immagini, suoni, *sensazioni concrete legate al corpo*, che si muovono fuori dalla coscienza e attraversano categorie di espressione più simili a significati rimasti incarnati. I "Gruppi" intesi come dispositivi terapeutici, sono utili ad amplificare le risonanze di alcune zone traumatiche che altrimenti non riuscirebbero a parlare. I dispositivi di gruppo terapeutico offrono una nuova pelle, un attraversamento dell'esperienza, la possibilità di essere pieni e

svuotarsi, passibile, tuttavia, di stati di confusione o insoddisfazione, prolungati nel tempo. In essi si sperimenta un altro sistema percettivo attraverso un contatto più autentico alle proprie sensazioni, mediato dalla attivazione del sistema trasformativo della relazione come unico elemento reale.
In uno scritto inedito di Cesare Musatti, "Analisi Perpetua", che il figlio Riccardo ha messo a disposizione degli studiosi (Ferruta, 2021), possiamo riscontrare una concezione di fatto psichico molto più estesa e congeniale ad una visione più complessa dell'ascolto psicologico. In particolare, C. Musatti rappresenta il sogno come l'unica realtà sulla quale possiamo "svilupparci", in modo da diventare "uomini risvegliati", affinché le ferite precoci dello psichismo possano essere meglio "riconosciute".
Nelle pazienti "anoressiche" e in generale in alcune formazioni molto rigide nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare, si sottolinea a gran voce il valore dei setting di cura gruppali. I gruppi, intesi come dispositivi terapeutici, sono pensati per risvegliare. Essi sarebbero cioè utili ad amplificare le risonanze di alcune zone traumatiche che non riescono a parlare, che necessitano di un ascolto altro, capace di "tenere nella mente" quella tipologia di "materia prima psichica" "multipercettivo-sensorio-motoria" di cui parla Roussillion (2021).
La prerogativa del risvegliamento, in assetto psicodinamico, coinvolge terapeuti e pazienti dentro un tessuto comune, denso di peculiarità, significati e creazione di senso.
In alcuni frammenti del disagio la dimensione delle esperienze inconsce, in special modo di quelle precoci, non viene rappresentata in esperienza soggettiva e pertanto resta inespressa e non integrata nelle memorie psichiche. Alcuni territori della mente possono concepirsi, infatti, come delle cartine geografiche, che si riferiscono ad immagini, suoni, *sensazioni concrete legate al corpo*, che si muovono fuori dalla coscienza e attraversano categorie di espressione più simili a significati rimasti incarnati.
Sapisochin (2021) individua nel "gesto psichico" la registrazione intrasoggettiva dell'interazione precoce e dello spazio intersoggettivo, che corrisponde ad un simil-attaccamento" verso una determinata modalità relazionale senza che il soggetto ne sia cosciente. Il "gesto psichico", come vincolarità relazionale a livelli di funzionalità più inconsapevole, si presenta in una forma ben diversa rispetto alle modalità già simbolizzate e può essere evidenziato in terapia, se ci si attiene a livelli di ascolto più simili al sognare. La sofferenza in questi casi equivale ad un eccesso di "presenza", risulta corrispondere cioè ad una modalità non ancora simbolizzata, ma destinata ad invadere la vita futura, come memoria del passato che non riesce a diventare "assente". In tal senso la patogenesi non sarebbe tanto riferibile alla rimozione dinamica o al "vuoto", ma piuttosto ad un eccessivo e ad un "pieno" (Sapisochin, 2021).

Già precedentemente Bion, nelle sue teorizzazioni, considerava la sofferenza come eccesso di elementi beta, di quel materiale psichico e in parte somatico, non digerito e pertanto non simbolizzato, ma relegato nel corpo e nell'agito.
Nella teoresi bioniana (Bion, 1992) lo sviluppo della capacità di pensare, e quindi di metabolizzare in primo luogo gli elementi beta, si raggiunge all'interno della relazione diadica. Nell'incontro tra il neonato e la madre se tutti i sensi (tatto, gusto, odorato, vista e udito) concordano nella percezione che l'oggetto rimanda loro, si determina una condizione sensorialmente ed emotivamente armonica che dà un senso unico (coeso, coerente e positivo) all'esperienza del neonato. Tale convergenza di elementi nel campo dà vita e fondamento a quel "senso comune" che, oltre a svolgersi nel registro dell'esperienza sensoriale, emotiva e cognitiva, interessa ad un tempo il campo intrapsichico, relazionale e della comunicazione. Lo stato di rêverie è lo strumento, ovvero lo stato mentale, relazionale con cui la madre accoglie e comprende le comunicazioni affettive del bambino. Coincide con la capacità di ricevere le impressioni emotive e sensoriali del bambino e di elaborarle in una forma che la psiche del neonato possa reintroiettare e assimilare. Il valore integrativo che si esperisce quando viene stabilita una correlazione di significati rappresenta una prima elementare "percezione di Sé", ovvero quel riferimento alla "sensazione di verità" che la natura simbolica della relazione racchiude e che implica, contestualmente, la capacità di tollerare una solitudine più o meno prolungata.
Sempre con "rêverie", Bion (1963) definisce l'assetto mentale del terapeuta che nella cura, si attiene a livelli di ascolto più simili al sognare. Più precisamente, nella mente dell'analista in stato di "rêverie" affioreranno, ad esempio, immagini visive, ma anche rappresentazioni acustiche o di altri registri sensoriali, più o meno organizzate: da semplici flash istantanei a sequenze narrative di varia durata (Ferro, 2010).

In questo articolo non è possibile addentrarsi nel dettaglio delle differenti costruzioni teoriche che contribuiscono alla lettura degli aspetti psichici disfunzionali emergenti nel campo della psicopatologia dei DCA, ma è importante sottolineare che nella clinica essi sono già evidenti in età evolutiva con il prodursi di scissioni dell'ordine somatico, affettivo e cognitivo e di attacchi all'integrità del Sé. Molto genericamente, è utile evidenziare che tutte quelle "dimensioni" riconducibili alla non-continuità, non-relazione, non-comunicazione tra sé e l'ambiente (madre nel nascituro) sono identificabili sempre e comunque come esperienze traumatiche, intollerabili e frustranti (Sarno). Il bisogno negato di relazione equivale al bisogno negato di nutrimento e di amore. Il bisogno negato di comunicazione e di verità, in maniera trasversale, può produrre significative ferite psichiche più simili ad aree non ancora simbolizzate ma espresse in agiti.

A tal proposito, Bion in *Cogitations* definisce questo fondamentale, così ripreso da Gianni Nebbiosi e Romolo Petrini (1998 p. 168):

"per una corretta "percezione" emotiva il senso delle correlazioni delle emozioni verso uno stesso oggetto dell'esperienza: il mio amore per te, il mio odio per te, la mia invidia per te, la mia ammirazione per te, se sono correlate tutte nella mia relazione con te, permettono una esperienza di verità".

Nelle psicoterapie che utilizzano lo strumento gruppo, queste dimensioni della sofferenza, meno simbolizzate e difficili da esprimere con le parole, vengono meglio diffuse e condivise. Nel gruppo terapeutico i livelli psicodinamici profondi e le dinamiche "basali" (Neri 1995) attivati all'interno di un tempo intermedio di transizione e di interiorizzazione, favoriscono la messa in scena di drammatizzazioni simboliche e azioni interpretanti, spesso anche corporee, a volte appartenenti alla dimensione transgenerazionale e confinati in realtà mai vissute.
Nella esperienza clinica gruppale si osservano movimenti dinamici legati a personaggi con peculiarità sensoriali molto sfumate e capaci di mettere a repentaglio il senso della correlazione fra le percezioni sensoriali e le percezioni affettive (Bion, 1992).

All'interno di questa visione interpretativa legata alla lettura di riflessi, sfumature, polifonie, che come sonar risaltano e delineano campi concreti o evanescenti, non possiamo non ricordare quanto quasi tutti gli assunti bioniani si esplichino in figure che si esprimono in dimensioni sempre alla ricerca di una corrispondenza nel suo contrasto: figura/sfondo, oscillazione di posizioni, luce/oscurità, accecamento/insight, prospettiva reversibile, vertice, visione binoculare, l'oscurità della capacità negativa come luogo di riflessione, dell'insaturità, come luogo del pensiero, la pre-concezione, l'invisibilità della realtà assoluta o la chiarezza della visione trascendentale. L'analista in questa posizione di ascolto (senza memoria né desiderio) può navigare all'interno di ambivalenze, percorsi irrazionali, sensazioni di caos e di inutilità, procedendo comunque con la funzione del proprio "senso comune", cioè da una posizione centrale e generativa in sé stessa, può percorrere e può sentire corrispondenza verso O, la verità, oppure verso il suo contrario. La valenza narrativa/simbolica nella relazione di cura stimola nel paziente la funzione di senso interno, che prende vita nella differenza e nello scarto necessario tra l'esperienza 'reale' e quella analitica poiché (ri)tesse e rende nuovi e più contestuali i significati di senso, sotto l'egida e la rintracciabilità di un contesto che appare nuovo perché valutato alla luce dell'emergente senso comune.

Ecco dunque che i dispositivi di gruppo terapeutico possono offrire una “nuova pelle”, un attraversamento dell’esperienza, la possibilità di “essere pieni e svuotarsi”, passibile, tuttavia, di stati di confusione o insoddisfazione, prolungati nel tempo.
In essi si sperimenta un altro sistema percettivo attraverso un contatto più autentico alle proprie sensazioni, mediato dalla attivazione del sistema trasformativo della relazione come unico elemento reale.

Gruppi, sogni e nuove significazioni

Il disturbo del comportamento alimentare può essere inteso come un restare fortemente incastrati in quella che oggi è una diffusa difesa collettiva, la difesa dell’uomo contemporaneo che deve necessariamente positivizzare il negativo. Questo comporta, inevitabilmente, il non potersi muovere autenticamente verso l'altro, il non conosciuto, il non riconosciuto; il male e il dolore di sé stessi e degli altri perché costituiscono una minaccia.
In una cultura in cui viene fatta fuori la vulnerabilità, accedere ai propri bisogni risulta molto difficile, spesso vergognoso, e bastare a sé stessi diventa un imperativo.
In tal senso accedere all’intimità è quasi impossibile, ma l'intimità è una relazione con l'altro che si colloca al di là della logica della prestazione del potere (Stanghellini 2018). Il potere sui propri bisogni, sul proprio corpo e sugli altri diventa una estrema difesa.
Viene, in tal modo di procedere, mozzata, castrata una parte di sé, una dimensione vitale, di fluidità del proprio esistere, del vivere sé stessi e il mondo con pienezza, pienezza in realtà desiderata anche se senza una piena consapevolezza.
Spesso le famiglie di origine di pazienti sofferenti di anoressia e bulimia hanno aspettative troppo rigide nei confronti di una figlia che non riescono facilmente a pensare come separata da loro; si presentano con un’assenza di confini sia generazionali che personali e ciascun membro risulta iper-coinvolto nella vita di ogni altro. Nessuno percepisce un senso di identità separata aldilà della matrice familiare e i valori di protezione reciproca hanno la precedenza sull'autonomia dei singoli. Le pazienti incluse narcisisticamente nei bisogni dei genitori, sono caricate spesso da ideali troppo opprimenti, imparano ad esistere in una dimensione di compiacenza e di dipendenza e subordinano o contrappongono il proprio sé agli altri. Per loro ricevere approvazione è fondamentale e diventa difficile percepire e riconoscere le proprie sensazioni e i propri bisogni; la parte autentica viene sacrificata in un misconoscimento che inizia dall’altro e diventa proprio per poi tornare all’altro in un gioco perverso di sguardi deformati (Lo Verso, Roselli 2008).

Il disturbo può essere letto anche come tentativo di cura di sé, per sviluppare attraverso la disciplina del corpo un senso di individualità e di efficacia interpersonale; il sintomo diventa difesa da un tumulto emozionale che potrebbe essere o apparire incontrollabile da gestire; in questo modo le esperienze di non accudimento, di mancanza d'amore (inteso come conoscere l'altro come altro da sé), la confusione dei legami familiari spesso carichi di conflitto (per la maggior parte non dicibile) vengono taciute e restano esperienze sotterranee. Le pazienti ci mostrano la ricerca di forza nel non avere bisogno dell'amore, non avere più bisogno di nessuno, diventare sovrappeso e obesi è il modo per diventare invisibili, fuori dal dubbio, fuori dal desiderio (Biondo 2008).
È come se queste figlie avessero bisogno di urlare attraverso il sintomo: "Non è successo a te, sta succedendo a me!", "Io sono qui, mi vedi? Mi aiuti? Mi vuoi bene?" incastrate tra il bisogno di una risposta accogliente e il terrore di non poterla ricevere.
Se i figli sono pensati come tentativo di affermare qualcosa che è rimasto incompiuto per il genitore l'accesso al limite e a una nuova altra appartenenza dei figli non risulta possibile in un troppo pieno di significati familiari e un vuoto di soggettività.
L'individuazione attraverso il sintomo è illusoria. Si vuole testimoniare di aver rotto i ponti con l'infanzia emancipandosi dai genitori, in realtà il sintomo li rende sempre più dipendenti di denaro, di mantenimento e di cure e aumenta il terrore del mondo e delle relazioni coinvolgenti. Le pazienti infatti esternano spesso un atteggiamento autistico narcisistico, con la paura dell'incontro con l'altro, in un'amputazione del reale nella sua coloritura emotiva.
Il desiderio sessuale è visto come una minaccia rispetto all'autocontrollo, si viene così a creare una scissione mente-corpo, aspetto questo, accettabile socialmente oltre che spesso in famiglia, con il rifiuto della maternità e lo spostamento su realizzazioni intellettuali e professionali che impegnano la mente piuttosto che il corpo, una scissione tra gli aspetti intellettuali e gli aspetti generativi.
Si gioca nell'agire nel corpo e sul corpo una forte difficoltà a mentalizzare, dove tutto viene ridotto ad un impulso ossessivo compulsivo che satura la mente e agisce sul corpo, una straordinaria pretesa della mente nei confronti del corpo di non riconoscerlo come è in realtà, di negarne la sua consistenza fisica, di imporre una specie di coprifuoco che ne cancella i segni di esistenza e resistenza. Il corpo viene quindi arretrato dalla presenza al mondo, il conflitto è spostato su un piano fantasmatico e il cibo diventa un avversario alla propria altezza per un nemico invincibile. Le mancanze vengono compensate a livello immaginario e l'immagine idealizzata di sé e il sé grandioso sono immobili come gigantesche statue arcaiche depositate nel vuoto del deserto (Pezzella, 1996), un immaginario paranoico in cui gli altri sono distruttivi, un immaginario infantile

in cui il soggetto può rimanere un re: attraverso il sintomo che viene fortemente difeso esse soddisfano il proprio bisogno di riconoscimento.
In un piccolo gruppo esperienziale a finalità analitica, dove si incontrano adolescenti dai 16 ai 18 anni, troviamo due ragazze che presentano come sintomi rispettivamente anoressia e bulimia, due condizioni antinomiche e quasi complementari. Interessante, in questo gruppo, come insieme ad un abbozzo di consapevolezza sui sintomi del disturbo del comportamento alimentare, vengano portati nuovi sogni e bisogni: in una di queste giovani donne il rapporto col cibo è restrittivo, il corpo diventa trasparente fino a sparire, con relazioni aggressive per difesa, mentre nell'altra il rapporto col corpo è intrapunitivo, (danneggiando sé stessa, diventando obesa e subendo l'altro).
La narrazione del sogno in gruppo è quella comunicazione da cui prende il via un processo di avvicinamento tra le giovanissime pazienti, e di cambiamento nella loro relazione.
L'integrazione di parti scisse della personalità, viene abbozzato negli aspetti dell'elaborazione che corrispondono al lavoro onirico di base (la funzione α di Bion 1961), per rendere pensabili esperienze emotive ancora senza nome.
Nella vita mentale dell'individuo il lavoro onirico svolge, secondo Bion, la sua funzione durante lo stato di veglia e tale funzione ha un ruolo assimilabile a quello dei processi digestivi nella vita alimentare dell'individuo. Sognare è per Bion (1961) la base necessaria per pensare: il pensare è infatti reso possibile dalla α-betizzazione delle emozioni; le emozioni associate alle esperienze si trasformano, attraverso il lavoro del sogno in gruppo, in pensieri coscienti quando il sogno, inizio del processo di apprendimento dell'esperienza emotiva, organizza il primo livello del meccanismo di formazione dei pensieri (Ogden 2008)
Il gruppo funge da contenitore in cui viene proiettato un oggetto (in questo caso il sogno) che al suo interno viene elaborato per poi essere reintroiettato nell'individuo. È importante per noi sottolineare come nel lavoro di digestione del sogno in gruppo, non si cimenta solo il sognatore, ma cooperano e concorrono tutti i membri del gruppo. Sembra che i sogni siano espressione immediata delle figure del malessere sintomatico.
Nelle sedute vengono raccontati, prima da una e poi dall'altra partecipante, i loro sogni: inizialmente i sogni di S., paziente anoressica, sono "sogni light", che sembrano dei "frame" da sviluppare, mentre per L., paziente bulimica e affetta da una grave forma di obesità, sono sogni estesi, pieni di contenuti, oggetti, luoghi e scene che si sovrappongono, sogni che chiedono di trovare uno spazio e un contenitore nel gruppo.
Riportiamo, da due diverse sedute di gruppo, i sogni. Dalla prima seduta:

S: "ultimamente sono sempre più angosciata, non riesco a dormire la notte, e in quel poco tempo che dormo faccio sempre lo stesso sogno, c'è una bambina senza volto, tutta vestita di

nero e con i capelli nero corvino, la bambina impugna un'accetta e le sue mani sono sporche di sangue"

L: "io ho sognato che mi trovavo in una piazzetta vicino la stazione, davanti al convento, e sembrava ci fosse una guerra, c'erano esplosioni, bombardamenti, macerie, facevano sgombrare tutte le persone e ci davano indicazioni per scendere giù in un sotterraneo, era un bunker, lì dentro gli uomini venivano separati dalle donne, e io rimanevo per un po' lì con altre donne, finché ci dicevano di salire su un treno, all'inizio era affollato, ero ammassata con altre donne, non c'era spazio, poi vedevo mia madre e ci avvicinavamo, ci accorgevamo di altre donne che venivano maltrattate da uomini molto alti, noi trovavamo rifugio in un vagone letto, e siamo riuscite a fare tutto il viaggio senza essere disturbate. Arriviamo a destinazione e ci dicono di scendere, sono rincuorata perché c'è spazio, spazio per tutti, ci sono tante bellissime casette separate ma abbastanza vicine l'una all'altra, una di queste casette è assegnata a me e a mia madre, vicino ce n'è un'altra che so è stata destinata a mio padre e a mio fratello, ma mi accorgo che non esiste un sentiero che collega le due abitazioni. Oltre a percepire che c'è spazio e posto sono rincuorata perché quando arrivo a destinazione ritorna la luce, nella parte precedente del sogno, dalla guerriglia al viaggio in treno, c'era buio o penombra. Alla fine, vedo tra i prati che circondano le casette un maestoso cavallo e ho una sensazione bellissima, quasi di liberazione".

Da un'altra seduta:

S: "ho sognato di essere gigantesca e mio padre piccolo piccolo, e io lo calpestavo con i miei enormi piedi. Era un'immagine, non c'è altro nel sogno".
L: "Ho sognato che dovevo andare a scuola, ma la scuola era la scuola in Romania, dove ho frequentato fino a quando avevo nove anni. Esitavo, non volevo andare, ma rimanevo nei paraggi, e incontravo le mie compagne giù, che mi coinvolgevano e mi accompagnavano fino al corridoio dove c'era l'aula dove dovevo entrare. Io non volevo. Allora le mie compagne insistevano, e dall'aula usciva la dottoressa A. che mi rimproverava, chiedendomi perché non volessi entrare e cosa ci facessi lì impalata. Allora entravo in aula, ma la scena che vedevo mi terrorizzava. C'era un uomo nascosto sotto una coperta, era inquietante, non capivo bene se c'era del sangue, e mi allontanavo. Scendevo, e mi ritrovavo, sempre in Romania, nella strada davanti alla sua scuola, dove vedevo l'edificio della posta, che esiste realmente ed è vicino alla vecchia scuola. Salivo, sembrava casa mia, anche se non era casa mia, e davanti alla porta vedevo un uomo molto alto e un bambino. Mi nascondevo, ma mi rendevo conto che la porta aveva il vetro opaco, e sarei stata intercettata. Quest'uomo mi faceva molta paura, è lo stesso uomo che sogno da tempo, alto e minaccioso. Non ricordo altro, se non che anche in questo sogno, da quando uscivo per strada, vedevo tutto luminoso, mentre nella prima parte del sogno era tutto poco chiaro".

Gli interventi dei membri del gruppo aiuteranno S. ad allargare la comprensione dei suoi sogni frame attraverso domande e associazioni che le permetteranno di tessere la trama della sua storia da immigrata di seconda generazione, e che le faranno rintracciare nei sogni emozioni sottostanti coperte dalla rabbia (il manto nero che copre il suo corpo). S., in gruppo, darà nuovo senso alla sua anoressia, cogliendola come comportamento distruttivo rivolto verso genitori

padroni di religione musulmana che trattano il suo corpo con codici culturali e antropologici che poco hanno a che fare con il contesto in cui lei cresce. Il sogno della bambina senza volto col manto nero e l'accetta era stato immediatamente decodificato come l'espressione della sua rabbia distruttiva nei confronti del padre, e si rischiava che S. rimanesse intrappolata in una lettura superficiale che attribuisse a lei solo sentimenti negativi, e intenzioni di vendetta punitiva. In gruppo chiedono a S. di più anche sul fatto che la bambina è senza volto. Lei risponderà che le viene in mente che nel volto non ci sono né la bocca né gli occhi, e che in effetti i suoi genitori non permettono che lei parli, né, se fosse per loro, le farebbero vedere il mondo.
Anche il manto nero verrà arricchito di significato, qualcuno le dirà che ricorda un burka e lei riuscirà a fare una associazione con la costrizione religiosa che tanto detesta. Nel corso del lavoro terapeutico, quando gli altri le faranno notare che pur lamentando a gran voce il divieto di indossare abiti occidentali si presenta spesso con maglioni deformi e coprenti, sposterà su di sé il bisogno di nascondere il suo corpo, parlerà del terrore di rinunciare a lottare, a insistere per essere vista, e lavorerà per non cedere alla scomparsa di parti di sé.
I capelli nero corvino sono i bastioni del colore naturale della sua chioma, che ha scelto di ossigenare e schiarire. L'accetta che era chiaramente un'arma da taglio, in gruppo diventa la possibilità di giocare con la parola "accettare", che non significa immediatamente soltanto ferire e squartare, quanto piuttosto accogliere, ricevere. S. in effetti si sente in parte una bambina che vuole essere vista e accettata, ma con i suoi genitori ci ha rinunciato: "non capiscono, e non ne vale la pena".
Il sogno dagli enormi piedi che calpestano il padre, che sembra chiarissimo nella sua unica immagine, viene in gruppo svelato per il ribaltamento, autorizzando S. a lacrime che sgorgano, perché lei si sente schiacciata, calpestata nella sua persona. Ancora il gruppo aiuta a rileggere gli enormi piedi come le radici della cultura musulmana che S. patisce e all'incoraggiamento per piedi suoi, grandi, tanto grandi che le permetteranno di fare tanta strada per spostarsi lontano da questa triste condizione.
I sogni pieni di immagini, guerre, macerie, bombardamenti e spostamenti invece, oltre a essere espressione del tentativo di elaborazione della vicenda personale di L., sono sogni che testimoniano il lavoro analitico suo e del gruppo.
Il gruppo è luogo di partenza (stazione), luogo di solenni riunioni (convento), luogo dove si ha a che fare con macerie interne, luogo dove si innescano bombardamenti ed esplosioni, luogo dal quale si parte, impreparati, per un lungo viaggio, inizialmente stipati, con un difensivo bisogno di assoluta separatezza, imparando durante il lavoro gruppale a trovare il proprio spazio, a guardare meglio l'altro, considerandolo meno disturbante, fino a poter abitare il gruppo come un nuovo luogo in cui ognuno trova la propria collocazione, come

tante belle casette una vicina all'altra, sempre consapevoli che occorre co-costruire sentieri per un incontro vero e desiderato.
Il viaggio di un gruppo, che parte in modo imprevedibile e inevitabile, prosegue tra pericolo, dolore e nuova conoscenza, e si risolve tra peripezie di tempeste emotive, con il passaggio dal buio-penombra sugli stati interni alla chiarezza di una maggiore padronanza della propria identità da cercare e fondare, attraverso la luce che porta il dialogo con l'altro, e nella fiducia di potere abitare un luogo sicuro.
Il sogno di scenari antichi e remoti che si susseguono, da modo a L. di iniziare a narrare al gruppo la sua storia, frammentata in enormi blocchi indigeribili, e di ritornare su quanto sia difficile aprire la porta a parti di sé - che rappresentano inizialmente un nucleo che non può essere osservato e contattato - e all'altro, nel terrore che esso si riveli minaccioso e monolitico, piuttosto che colui o colei che, come fa il gruppo, risponde al desiderio/bisogno di illuminare.

Una nuova cultura della cura è una cura per la cultura

Il disturbo esprime la difficoltà o l'impossibilità di apertura all'alterità, all'ignoto, al futuro, non è possibile accedere ad una discontinuità col proprio mondo familiare e collettivo. Il soggetto deve restare fedele ad un'immagine di sé, con le modalità relazionali esistenti, anche quando queste risultano conflittuali. L'accesso alla dimensione non conosciuta è impossibile, tale dimensione viene vissuta come troppo minacciante per l'identità e le relazioni vengono tracciate lungo linee antiche.
Senza renderci completamente conto di farlo, noi costruiamo il nostro senso di noi stessi e la nostra esperienza con un occhio attento rivolto alla perpetuazione del senso di sicurezza e di inserimento all'interno di una matrice relazionale familiare (Mitchell 1988). Quando la matrice familiare relazionale è angusta, vengono cercate e create le connessioni, proiettando e ricreando modelli relazionali familiari limitati, in cui le relazioni importanti vengono inconsapevolmente ricondotte a quelle linee antiche. I propri vissuti rispetto al bisogno, al desiderio, all'intimità, all'autonomia, sono quindi legati alle idee e ai sentimenti che l'individuo ha elaborato a proposito, nelle prime esperienze relazionali. Questi vissuti però entrano in conflitto nella relazione con l'altro in quanto la relazione in sé implica sempre un conflitto: le relazioni, mai statiche, sempre producono una tensione attiva e un conflitto tra l'apertura verso l'altro e il bisogno di confini, nell'affermazione del Sé. Specificatamente, l'introiezione della rete di modalità relazionali (gruppi interni) dei codici di significazione legati a tali rapporti è caratterizzata dalla dialettica idem/autòs (Napolitano 1987). Per *idem* intendiamo le tendenze replicative, l'inclinazione a riproporre inconsapevolmente nell'incontro col mondo i copioni interiorizzati; per autòs intendiamo invece la parte autentica, la dimensione soggettiva che può riflettere

sui propri gruppi interni e attraversarli. Queste due tendenze non possono essere concepite se non in rapporto l'una con l'altra. L'idem, identità di natura connettiva tra il proprio e l'altrui, deve infatti congiungersi con l'autòs per poter attuare il processo concepitivo-trasformativo e trasgressivo che gli é proprio. È quindi a partire dall'idem, che così si lascia conoscere, che l'autòs trova compimento. È in questo caso che l'uomo si apre al mondo in quanto uomo, dotato di una sua identità definita e ne permette il suo aprirsi (Napolitano 1987). La possibilità di apertura al nuovo, mantenendo un senso di coesione e di continuità, é legata al pensiero familiare. La dialettica idem/autòs diventa patogena se l'immaginario, il potere suggestivo delle metafore, non permette ai genitori di trasformare i figli adolescenti in eventi mentali. Il pensiero familiare è quindi il materiale fondativo del mondo interno del bambino, e dalla sua qualità deriva la possibilità di riconoscersi in termini di continuità/discontinuità con la famiglia stessa. La capacità di significare il nuovo potrebbe essere saturata dai temi familiari; il sintomo esprime tale limite del soggetto; la presenza invasiva di tali temi non permette un dialogo autentico con il sociale che viene significato in modo stereotipato. In questo senso si può affermare che la patologia è espressione della coincidenza e quindi assenza di movimento tra tre universi mentali: la formazione sintomatica, la matrice familiare e il setting sociale. La diversità nella fenomenologia e nell'espressione della gravità è segnata dal livello di saturazione e dalle caratteristiche delle vicende nel corso della vita di un individuo. Di fronte all'impellenza di attraversare un territorio ancora ben lontano dal poter essere praticato (autonomia, polis), di fronte al pericolo che questo comporta, non resta che salvaguardare la continuità del pensiero familiare. In quel troppo pieno e troppo vuoto del sintomo, vi è un pieno fatto di significati da altri attribuiti, un pieno che lascia vuota la propria autenticità, soggettività più profonda. Pieno che dà le coordinate alla propria identità attraverso l'appartenenza al proprio gruppo familiare; rompere con tale con tale appartenenza significa trovarsi in un vuoto in quanto non sempre sono stati forniti gli strumenti per pensare alla multiappartenenza. Il sintomo dà l'illusione di accedere a una identità altra ma, continuando ad essere fondamento della propria identità la matrice familiare, nessuna rottura è realmente avvenuta.

Si teme così di essere di cattivo gusto per gli altri, di non poter essere apprezzati ma contemporaneamente si desidera di essere di "buon gusto" per tutti. Il disturbo del comportamento alimentare esprime, con una sorta di tragica caricatura, i temi di fondo della nostra epoca. Viviamo in un clima sociale che pratica il culto della persona, le relazioni sono impersonali e disincarnate, i protagonisti sono i personaggi e non le persone; è come se si attuasse un cortocircuito continuo secondo il quale, chi ha primariamente fatto esperienza

del misconoscimento nei confronti dei propri bisogni e desideri, dei propri stati mentali ed emotivi, non può che apprendere dall'esperienza tale misconoscimento come modo di funzionare e di essere, replicando (amplificandolo in alcuni casi) nelle relazioni con gli altri.

La vulnerabilità dell'intimità

La sofferenza è legata spesso al restringimento di senso delle connessioni tra i propri livelli di esperienza che diventano soffocanti e unidirezionali. Nel nostro lavoro di cura, rivelare tali difese collettive e svelare come queste influenzano e condizionano la loro esistenza giova ai pazienti, li aiuta a dare senso al proprio dolore, ad alleggerire il peso del fallimento (senso di fallimento sentito come reale anche se spesso è solo una percezione di sé).

Le aspettative, la trasmissione di miti, di codici culturali, di modalità relazionali, dei codici affettivi-cognitivi in primo luogo familiari, sono fondamentali per l'individuo per cominciare a stare al mondo. Il nodo spesso disciolto, in terapia, è proprio il riconoscimento del bisogno, che non è più fortemente sentito come vergognoso e minaccioso. In queste pazienti sembra infatti che nel corpo sintomatico si sia radicalizzato ciò che non può essere sentito né pensato, cioè il *bisogno*; il corpo satura lo spazio mentale, il cibo sostituisce l'altro, le emozioni - impossibili da controllare - lasciano spazio al cibo e al corpo nell'illusione di poter controllare sé stessi e il mondo, pena la perdita del senso di sé.

Nel nostro lavoro di cura, rintracciamo: eventi storici, codici socioculturali e familiari, trame narrative ed eventi significativi, fino alla terza generazione, per comprendere come essi si sedimentano nella storia di ogni paziente. Il nostro "compito" nell'esistenza personale, consiste nel dare forma a noi stessi, tra definirci e quindi posizionarci, al fine di cercare e trovare il senso del nostro andare nel mondo. È un lavoro meraviglioso di interrogazione sulle proprie azioni, sulla propria natura e sul proprio destino, affinché ciascuno decida che gusto deve avere la propria esistenza.

Aiutare il paziente significa riconoscersi come ontologicamente mancante. Attraverso la relazione di cura, è importante poter fare esperienza del poter riconoscere i propri limiti e i propri bisogni nelle relazioni senza che ciò rappresenti una minaccia. Questa consapevolezza segna il passaggio nella relazione dal prendere al chiedere, dal bisogno rabbioso dell'altro alla domanda all'altro, dal cercare di cambiare l'altro al pensiero di poter costruire insieme per operare delle trasformazioni in una condizione di condivisione, non di assoggettamento, progettando l'esperienza del futuro piuttosto per la restaurazione del passato. L'aspetto feticistico allucinatorio può solo occultare, ma non interamente cancellare, la mancanza di appagamento reale (Pezzella, 1996). Ciò porta queste pazienti a chiedere aiuto, proprio per la loro ambivalenza, che diventa la crepa attraverso cui potersi curare: loro ci

presentano la paura e allo stesso tempo il desiderio di relazione, di esperienze relazionali profonde, intense, autentiche, temute ma insieme sempre cercate, anche se sottoposte ad attacchi distruttivi di varia natura.
Il contesto socioculturale porta le pazienti ad un ingresso in terapia con la richiesta di risolvere velocemente il sintomo, come qualcosa che va tolto, non con un'esperienza integrale dentro di sé, quindi vitale, come lo è tanto il "bene" quanto il "male". Alla grandiosità narcisistica fomentata dall'ideologia performativo/consumistica del liberismo" (l'inutile fatica di essere) crediamo sia possibile proporre il ritorno alla cultura dei fratelli, motivo per cui "andiamo" per gruppi, gruppi di intervisione e gruppi terapeutici, affinché sia possibile "Partire da sé per uscire da sé, entrare nel proprio corpo e far entrare il proprio corpo nel racconto affinché possa diventare un corpo collettivo" (Hooks, 2020, p.17).

Conclusioni

Il bisogno è inizialmente disgustoso, ha il gusto della vergogna e del tradimento, del pericolo, ma di bisogno si ha fame. Quando attraverso la relazione diventa possibile accedere ad un gusto nuovo del bisogno, questo avvicina ad una sensazione di pienezza; è necessario, da ora in poi, che il bisogno non venga di nuovo fatto scivolare verso un riscontro di soddisfazione a tutti i costi che si possa fare esperienza dell'umano, ovvero che "l'essere" umano si realizzi nel sentire di avere bisogno dell'Altro, e di essere un bisogno per l'Altro.

Bibliografia

Allen W. (2005), *"Match Point"*, USA/Gran Bretagna, 124', 2005.
Benasayag M. (2018), *Funzionare o esistere?* Milano: Vita e Pensiero ed.
Bion W.R. (1961), *Esperienze nei gruppi*, Roma: Armando, 2004.
Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando Armando 1972.
Bion W.R. (1963), *Gli elementi della psicoanalisi*, Roma: Armando Armando
Bion W.R. (1965), *Trasformazioni: il passaggio dall'apprendimento alla crescita*, Roma: Armando Armando 1973.
Bion W.R. (1992), *Cogitations*, London: Karnac Books.
Biondo D. (2008), *Fare gruppi con gli adolescenti*, Milano: Franco Angeli.
Cacciari M. (2020), *Il lavoro dello spirito*, Milano: Adelphi.
Cohen L., Anthem (2008, live in London),
https://www.youtube.com/watch?v=c8-BT6y_wYg
Comelli F. (2020), *Il cuore segreto*, Milano: Telesma.
Comelli et al. (2019), Presupposti relativi alla Griglia sulle gruppalità transgenerazionali manifeste e latenti nelle famiglie come gruppi a tre generazioni: campo familiare, setting diversificati, gruppo multifamiliare e

dinamiche di equipe. In Livio Comin, a cura di, *Argo Onlus*.
Comelli et al. (2015), La cura del campo familiare: dal dialogo fra generazioni di terapeuti a quello con i pazienti contemporanei. Un progetto di ricerca clinica e di cura del soggetto e del suo campo familiare transgenerazionale. In *Funzione Gamma*, 34: Roma.
Ferruta A. (2021), *Ermes:* comunicare con le dimensioni inconsce della psiche. In *XIX congresso SPI, Inconscio inconsci*, 4-7 Febbraio 2021.
Ferro A. (2014), *Le viscere della mente*, Roma: Raffaello Cortina.
Grotstein James S. (2010), *Un raggio di intensa oscurità*, Milano: Raffaello Cortina.
Hooks B. (2020), *Insegnare a Trasgredire*. Milano: Meltemi.
Kaes R. (1990), Il gruppo e il lavoro del preconscio in un mondo in crisi, in Contardi R., Gaburri E., a cura di, *Enigmi della cultura e disagio nella civiltà*. Torino: Bollati Boringhieri, pp. 94-107.
Lo Verso G., Roselli O. (2008), I disturbi del comportamento alimentare e la cura in gruppo analisi. In *Connessioni,* pp. 32-41.
Marinelli S. (2004), *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Raffaello Cortina.
Mitchell S. A. (1988), *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*. Cambridge, London: Harvard University Press. Trad. It. *Gli orientamenti relazionali in Psicoanalisi. Per un modello integrato*. Torino: Boringhieri 1996.
Napolitani D. (1987), *Individualità e gruppalità*. Torino: Bollati Boringhieri
Nebbiosi, G., Petrini R. (1998), Il significato teorico e clinico del concetto di senso comune nell'opera di Bion. In Bion P., Borgogno F., Merciai S.A., a cura di, *Lavorare con Bion*. Roma, Borla.
Neri C. (1995), *Gruppo*, Roma: Raffaello Cortina.
Ogden T. H. (2008), *L'arte della psicoanalisi. Sognare sogni non sognati*. Milano: Raffaello Cortina.
Pasolini P. (1963), *La rabbia*, regia di Pier Paolo Pasolini e Giuseppe Bertolucci, riedizione Istituto Luce 2003.
Pezzella M. (1996), *Narcisismo e società dello spettacolo*. Roma: Manifesto libri
Roussillon R. (2021), *La matière première psychique et son intégration dans le moi*. In *XIX congresso SPI, Inconscio inconsci*, 4-7 Febbraio 2021.
Sapisochin G. (2021), *Diverse forme di registrazione e presentazione insconsce: dalla drammatizzazione alla verbalizzazione*. In *XIX congresso SPI, Inconscio inconsci*, 4-7 Febbraio 2021.
Sarno L. (2021), *Winnicott e Bion: di alcune perturbanti affinità*, http://www.irgpsy.ch/ArticoloSarnodoc-e0474e00
Stanghellini G. (2018), L'amore che cura, Milano: Feltrinelli.

Francesco Comelli, psichiatra, psicoanalista SPI, membro IPA, didatta dell'Istituto Italiano di Psicoanalisi di Gruppo (IIPG), svolge attività psichiatrica, psicoanalitica e psicoterapica individuale e di gruppo. Docente di Etnopsicopatologia all'Università degli Studi "Carlo Bo" di Urbino, è stato direttore scientifico dell'ABA (Associazione Studio e Ricerca Anoressia e Bulimia) per poi svolgere attività di Coordinatore Scientifico di BastiMenti aps, per le cure dei disagi contemporanei. Coordinatore scientifico di BastiMenti associazione promozione sociale per la cura del soggetto e le sue relazioni culturali. Direttore clinico dell'area psichiatrica Fondazione Castellini Melegnano Milano. Vicepresidente di ARGO (Associazione Ricerca Gruppi Omogenei), svolge anche attività di consulenza e formazione presso strutture private e pubbliche. È stato direttore della scuola IIPG di Milano e ha lavorato presso istituzioni pubbliche e private, comunitarie o governative. Collaboratore di Ananke per la cura dei disturbi alimentari. Autore di scritti sulla materia.
Email: comelli.francesco@gmail.com

Cecilia Dolcemascolo, Psicologa e Psicoterapeuta IIPG. Associata presso il CRPG Centro di Ricerca di Psicoanalisi di gruppo a Palermo. Si è occupata per molti anni della cura del disagio psicologico e della formazione degli operatori sanitari in ambito ospedaliero e di comunità per le progettualità di "psichiatria di collegamento". Attualmente svolge consulenza e psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico individuale e di gruppo sia nel proprio studio privato che presso la Lilt "Lega italiana per la lotta ai Tumori" nell'ambito del sostegno psicologico e della prevenzione delle psicopatologie in pazienti con pregressa malattia tumorale. Collabora inoltre in qualità di consulente presso l'IRCSS Istituto Tumori di Milano per le attività ricerca in ambito psicologico dello studio clinico "Diana 5".

Ornella Roselli, psicologa psicoterapeuta gruppoanalista, libera professione a Faenza (RA).

Simona Tolve, psicologa psicoterapeuta analitica individuale e di gruppo, libera professione a Faenza (RA).

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Gruppalità e integrazione: connessioni e disgiunzioni tra gruppo di lavoro e gruppi terapeutici in un servizio pubblico per disturbi del comportamento alimentare

Teresa Tricomi

Abstract
L'articolo prova a fare delle riflessioni sulle connessioni e le disgiunzioni tra gruppi terapeutici, gruppo di lavoro ed istituzione all'interno di una lunga esperienza in un servizio pubblico per disturbi del comportamento alimentare. Vengono descritti nessi e legami ma anche rotture e collusioni tra il campo degli operatori in assetto di lavoro e i percorsi terapeutici dei pazienti, tra alcune caratteristiche cliniche proprie dei disturbi del comportamento alimentare e i correlativi movimenti all'interno dell'istituzione, allo scopo di esemplificare come un'équipe integrata possa facilitare la germinazione di pensieri creativi nei pazienti.
Parole chiave: connessione, disgiunzione, integrare, gruppo di lavoro, gruppo terapeutico, istituzione

Abstract
The article tries to make reflections on the connections and disjunctions between therapeutic groups, working group and institution within a long experience in a public service for eating disorders. Relationships and links are described but also ruptures and collusion between the field of operators in work organization and the therapeutic pathways of patients, between some clinical characteristics typical of eating disorders and the corresponding movements within the institution, in order to exemplify how an integrated team can facilitate the germination of creative thoughts in patients.

Key words: connection, disjunction, integration, working group, therapeutic group, institution

"Ho rifatto l'intonaco e la pittura della parete.
È stato bellissimo perché io ero la parete.
Ho buttato giù tutto e ho ricostruito.
Ogni mano di stucco era una carezza per me stessa"
(da una seduta di gruppo)

Le linee guida indicano ormai da anni che lavorare in un servizio specialistico per disturbi alimentari voglia dire affrontare i trattamenti in équipe multidisciplinari di professionisti altamente formati che possano integrare le proprie conoscenze al fine di tener conto di tutti gli aspetti specifici della malattia. Aver cambiato nel DSM-5 la definizione da disturbi del comportamento alimentare a Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione ha confermato l'esigenza, già espressa da anni, di attenzionare contemporaneamente nutrimento e alimentazione, comportamento e pensiero, mente e corpo, integrando e non scindendo le varie parti.
Tale patologia presenta infatti una varietà così ampia di variabili e di fattori concomitanti, che diventa difficile affrontarli senza il supporto di un gruppo di specialisti diversi che riescano a far fronte alla complessità di tali disturbi.
Il piano organico, clinico, nutrizionale, psicologico, sociale, familiare hanno bisogno di essere trattati in modo specifico, creando degli interventi mirati in considerazione sia della fase della patologia sia delle compromissioni nelle diverse aree.
La condivisione delle competenze e degli strumenti appartenenti alle differenti professioni crea un movimento di integrazione tra le diverse discipline e tra gli operatori, rinforza le conoscenze comuni e getta le basi affinché l'équipe costruisca una propria identità, dia modo alle menti dei singoli di funzionare in gruppo e di dar vita ad un pensiero comune. "*Trovarsi riuniti per compiere un lavoro*" (Bion, 1961), pensare insieme, esperire emozioni, cooperare in funzione di una crescita affinché l'équipe diventi gruppo di lavoro. Scrive Pontalis (1997): *"Il gruppo di lavoro opera nel tempo, accetta le frustrazioni, limita il desiderio o meglio la soddisfazione immediata e brutale del desiderio. È centrato sul compito, sul rapporto con l'altro: il paziente e ciò che si aspetta dall'équipe e la società e ciò che si aspetta dai curanti"*.
Diventa l'ambiente, sia fisico che relazionale, in cui persone diverse si trovano per operare insieme ed anche uno strumento con cui vengono svolti determinati compiti che, per loro caratteristiche, richiedono il contributo coordinato di più figure professionali.
Attraverso il gruppo di lavoro è possibile creare quei contenitori in grado di assorbire, tollerare e digerire gli elementi patologici o non risolti, di cercare di risolvere i dilemmi e le difficoltà, di diventare capaci di rêverie affinché i pazienti

possano introiettare gli elementi di ambivalenza che altrimenti la mente singola, da sola, non riuscirebbe ad elaborare.
Integrazione e gruppalità si configurano così come due concetti fondamentali sia all'interno del lavoro terapeutico, sia nell'affrontare la sintomatologia propria dei disturbi del comportamento alimentare. Nella continuità tra rigide restrizioni, passando per le perdite di controllo seguite dalle condotte di compenso, fino ad arrivare ai binge, dal controllo onnipotente fino al discontrollo totale anche in più aree contemporaneamente, l'intento del trattamento è integrare le parti del sé, risignificare i sintomi, trasformare gli agiti in pensieri pensabili, nel gruppo e attraverso il gruppo.
Saper osservare, valutare, tollerare, frammentazioni, scissioni, proiezioni e identificazioni attraverso l'intrecciarsi di legami ora lineari e continui, ora discontinui e non coerenti, permette di cogliere come spesso esista un parallelismo tra la manifestazione dei sintomi e i movimenti interni non solo alle pazienti e alle loro famiglie ma anche all'équipe, nella quale i diversi operatori possono "mettere in scena" parti diverse del paziente, parti diverse dell'istituzione e a volte parti diverse del trattamento. Si evidenziano così la molteplicità dei livelli investiti dalle tensioni al cambiamento, la compattezza o meno dell'organizzazione, la dissonanza o la disgiunzione dei terapeuti. Ancora una volta una visione gruppale che tenga conto degli elementi cognitivo-affettivi all'interno del campo emotivo, dei meccanismi di accoppiamento, dipendenza e attacco fuga anche fra pazienti, familiari e operatori, tra gruppi terapeutici e gruppo di lavoro, tra servizio specialistico e istituzione può aiutare ad avere una visione più attenta di movimenti inter e intra psichici, il cui svelamento, spesso, può diventare fondamentale per evitare disgregazioni o impasse nei progetti terapeutici. *"L'incontro terapeutico [...] costituisce un ambiente emozionale, un clima che è esperito insieme e contiene al suo interno un reticolo di complessità in continuo movimento"* suggerisce Ambrosiano (2014). Un luogo per connettere o creare legami tra elementi anche periferici, indiretti, ancora non esprimibili, e che pure inducono turbolenze nell'operatore e/o nell'équipe tutta.
È così che immagino un servizio pubblico per disturbi del comportamento alimentare, come un insieme di nessi e di legami sia all'interno dell'istituzione che lo contiene che nel servizio stesso: interazioni tra operatori, colleghi, pazienti, familiari, ma anche aggregazioni, collisioni e scomposizioni tra le diverse attività che giornalmente si svolgono, tra i diversi tipi di gruppi che si susseguono, che a volte si integrano e altre si fantasticano solamente.
Équipe, riunioni tra colleghi, gruppi familiari, gruppi psico-educazionali e riabilitativi, gruppi terapeutici, diventano spazi di condivisione e di trasformazioni possibili, dove i sintomi trovano un *"ambiente facilitante"* (Winnicott,1963) nel quale essere compresi e risignificati. Diventano luoghi di

cura che aumentano la capacità di mentalizzare problemi, disagi e difficoltà di ognuno.
Il gruppo acquisisce il ruolo di spazio di pensabilità aumentando la risonanza emotiva e prevenendo la tendenza all'agire. Corrao (1998) lo propone come uno spazio in cui poter pensare insieme, poter narrare di sé aprendo una molteplicità di sguardi interni ed esterni.
In un'epoca in cui si cerca di rifuggire il dolore, in cui i gruppi sociali e le famiglie, garanti della funzione di contenimento, fanno fatica ad assolvere a tale compito, curare i disturbi del comportamento alimentare attraverso il gruppo e nel gruppo, potrebbe riabilitare la gruppalità interna di ognuno e favorire l'elaborazione degli elementi beta individuali, ma anche degli elementi grezzi gruppali e istituzionali.
Fondamentale, allora, parlare dell'infinita rete di nodi e di snodi che climi, relazioni e legami creano nell'istituzione, nel gruppo di lavoro, nei diversi gruppi terapeutici e riabilitativi, nelle terapie individuali, ma anche tra tutti questi contenitori che a volte si incontrano, altre volte si espellono, talvolta si contengono e altre si escludono a vicenda. Connessioni, dal latino *connexio*, derivazione di *connexus*, participio passato di *connectĕre* ovvero "connettere", unire, collegare, come in una griglia, come i punti luminosi delle costellazioni o gli snodi della rete virtuale, dell'infinito spazio di internet. O ancora come l'intreccio creato dai neuroni del cervello, rappresentati spesso come un insieme luminoso di connessioni e punti di contatto. Interazioni infinite che si incontrano e si scontrano, che si fondono nei cosiddetti nodi della rete per poi diramarsi e allontanarsi. Il contrario potrebbe essere disconnessioni, cioè assenza di connessioni ma preferisco parlare di disgiunzioni, dal latino *disiungĕre*, cioè separare, per sottolineare l'aspetto conscio e inconscio, spesso transitorio, ma anche potenzialmente evolutivo legato alla possibilità che la rete possa andare incontro a delle separazioni, a delle rotture, ma che queste possano essere rimarginate, rielaborate, trasformate in nuovi nessi e nuove connessioni.
Connessioni e disgiunzioni non visti come opposti ma come vertici osservativi circolari, capaci di trasferire elementi vivi e vitali dall'una all'altro dei componenti, come polarità in continua oscillazione in grado di costituire un contenitore per altre sensazioni e pensieri, per nuove e imprevedibili combinazioni o congiunzioni.
Come il nastro di Moebius che contiene la presenza e l'assenza, il dentro e il fuori, avvolge i legami e mantiene la totale dissoluzione, il passato e il futuro, il tempo e lo spazio, così il rapporto tra gruppo di lavoro e gruppi terapeutici raccoglie in sé malattia e trattamento, operatore e paziente, elementi beta ed elementi gamma, in un'oscillazione continua tra contaminazione e dissoluzione di nodi e trame individuali e gruppali. *"Si tratta di riuscire a vedere il verso e l'inverso in ogni situazione, sospendere le certezze dei confini euclidei di spazi*

stabili e statici, per percorrere entrambi i lati che la superficie del legame lascia sussistere nei suoi itinerari divergenti e convergenti" (Sapienza, 2018).
Ho lavorato per quasi 15 anni presso un servizio pubblico specializzato nella cura integrata per i disturbi del comportamento alimentare. Ho attraversato la rete delle connessioni e delle disgiunzioni con l'istituzione, i colleghi, i pazienti e i loro familiari utilizzando spesso come mezzo e strumento il gruppo che è sempre stato, secondo me, un vertice di osservazione e di intervento privilegiato. Il gruppo in tutte le sue accezioni, come luogo di condivisione, di confronto, di scambio, strumento di cura per i pazienti, contenitore e contenimento per l'équipe. *"All'interno del gruppo si muovono vicende ed eventi impregnati dai sensi, dalle passioni e dai miti. L'esperienza è condivisa e vi partecipano allo stesso modo tutti, non come somma di individui, ma bensì come un Insieme Unitario"*. (Corrao,1985).
Il gruppo diventa lo spazio dove curare, riabilitare e dove discutere e confrontarsi tra professionisti.
Dopo tanti anni di lavoro e di esperienza come psicoterapeuta di gruppo mi piace condividere riflessioni ed esperienze su come i gruppi che nascono, vivono e crescono, possano trasformarsi reciprocamente: il clima, gli umori sia dei professionisti che dei pazienti, così come quelli dei familiari o dei colleghi, sembrano spesso connettersi o divergere.
Si delinea uno spazio mentale e relazionale all'interno del quale il senso di appartenenza e il linguaggio comune, che via via vanno sviluppandosi, creano un gruppo organizzato, capace di tollerare le difficoltà e il dolore, in grado di evolversi e di modificarsi nel tempo.
L'équipe può essere un buon contenitore all'interno del quale creare e alimentare una funzione analitica, uno "*stato gruppale nascente*" (Neri, 1995) che dia spazio ai dubbi, agli elementi insaturi, e che crei un'atmosfera di ascolto e risignificazione che può fungere da substrato contenitivo, nel mio caso, allo svolgimento del gruppo a conduzione analitica, ma più in generale, a tutte le attività terapeutiche presenti in un servizio multiprofessionale. *"[…]L'esperienza gruppale è qualcosa che mette in luce una parte molto specifica della mente, sempre attiva nell'individuo ma riconoscibile soltanto nel gruppo, che potremmo definire come parte gruppale della mente, e che ha a che vedere con aspetti molto primitivi e specifici del funzionamento mentale"* (Correale, 1986).
Capacità di osservazione, ovvero di risonanza interiore, di fluttuazioni associative, di riverberi, immagini, affetti, che possono costruire e costituire un luogo d'incontro significativo tra sensorialità, dimensione narrativa e linguaggio scientifico, come uno snodo o transito, non verso un senso unico o bivio o un quadrivio, ma piuttosto aperto ai plurimi percorsi di una rotonda.
Attribuisce i significati e fa ricostruzioni d'insieme delle diverse narrazioni delle pazienti delineando uno spazio comune all'interno del quale vengono progettati

interventi di cura personalizzati. Coglie un senso meno evidente e lineare, aperto a nuove connessioni e divergenze, in grado di riattivare la capacità di mantenere vive e reattive le relazioni.
"L'esperienza di comunanza in gruppo è specificamente legata al fatto che l'individualità delle persone a poco a poco si dissolve e quindi emerge l'insiemità in cui non è tanto interessante indagare l'oggetto definito, ma la relazione tra i vari oggetti o la funzione di relazione che mette insieme pensieri ed emozioni dei vari individui" (Corrao, 1998).
È possibile qui richiamare la funzione terapeutica di gruppo, del "transito" (Kaës, Pinel, 1998), secondo la quale un elemento può diventare argomento di terapia e di trasformazione per il soggetto nel momento in cui attraversa la mente del gruppo e viene messa in parola. Verbalizzare, o meglio trasformare in parole, consente quindi di transitare per una tematica, di definirla significativa e centrale per la cura. Questo processo, appartenendo ad una funzione basilare e connettiva del lavorare in gruppo, può essere riferito sia al gruppo terapeutico che al gruppo di lavoro.
I climi, il piano affettivo-emotivo o la frammentazione vissuti dall'équipe, diventano spesso lo specchio dei vissuti delle pazienti: il gruppo di lavoro va connotandosi come un luogo di interazioni, di scambi, di sperimentazione all'interno del quale i singoli specialisti imparano a contaminarsi a vicenda senza perdere la propria identità personale ma trasformandola nelle varie attività di cura. Spesso nelle riunioni di équipe, in una molteplicità di mescolanze e contraddizioni, emergono le raffigurazioni di elementi specifici che, pur presentandosi in modo molto simili per tutte le storie, acquistano di volta in volta significati diversi in base alle vicende individuali della paziente e alla fase della malattia in cui si presentano. E ancora i sintomi, le specificità di questi disturbi, le difficoltà che sembrano essere sempre le stesse diventano, come in un gioco di figura-sfondo, ora elementi rilevanti ora tratti marginali all'interno del percorso di cura.
Come nei pazienti riscontriamo sintomi specifici quali digiuni e binge, astinenza o selettività, rigido controllo o impulsività, sia sul versante individuale che su quello familiare, così nel gruppo di lavoro e nei gruppi terapeutici si possono individuare meccanismi, climi emotivi, movimenti e trasformazioni che rievocano tali sintomi.
Durante le riunioni e la discussione dei casi clinici, la malnutrizione, caratterizzata sul piano organico da confusione, apatia, rigidità, irritabilità e disequilibrio, può prendere le forme di stagnazione, immobilismo, cristallizzazione, aridità e angoscia di morte, ostacolando la pensabilità e colludendo con la malattia.
Il discontrollo e l'impulsività nei pazienti, potrebbero diventare nei curanti, bisogno di ordine, di regole e di azioni che tendono a standardizzare il

trattamento, a rendere meno caotico il campo, non cogliendo che spesso proprio sostando nel caos e nel disordine si possono individuare nuove narrazioni.
E ancora, durante i gruppi terapeutici, l'inflazione della cronaca, parlare di cibo, piani alimentari e metodi di compenso, può indicare che il gruppo si sta muovendo in modo monotono, ridondante, stereotipato e cerimonioso. Sta saturando il campo di informazioni sentite come familiari e rassicuranti, col rischio di perdersi o di confondersi all'interno del gruppo stesso, invece di provare ad andare oltre, a sentire cosa c'è al di là dei sintomi, a rendere pensabile il dolore, a recuperare la funzione mitopoietica del pensiero: terapeuta e gruppo dovrebbero diventare portatori e vettori delle cose indicibili, delle zone di opacità e di incomunicabilità, svelare il pieno o il vuoto, trasformare gli elementi grezzi per renderli "digeribili" così come avviene per il cibo che diventa bolo e poi nutrimento.
L'équipe è e si muove come un gruppo all'interno del quale si possono evidenziare proiezioni, scissioni, personificazioni, identificazioni con parti del paziente o della famiglia. Se partiamo dal concetto di "*Sé gruppale*" (Corrao, 1998) e presupponiamo che esista una mente del gruppo, o un "*apparato psichico gruppale*" direbbe Kaës (1999), ciò che succede nel gruppo terapeutico, o almeno alcuni suoi fenomeni, potrebbero appartenere in generale a tutti i gruppi e perciò anche all'équipe.
Riuscire a lavorare in modo integrato potrebbe allora favorire la continuità, la coerenza e l'efficacia, abbrevierebbe i tempi dell'iter diagnostico, permetterebbe di offrire spunti di osservazione diversi, angolature specifiche, di integrare parti del paziente molto diverse e separate fra loro. Consentirebbe di cogliere un senso meno evidente e lineare, aperto a nuove connessioni e convergenze permettendo al campo stesso di espandersi.
Il singolo specialista si sentirà in grado di accogliere il paziente perché parte del gruppo di lavoro, di poter tollerare meglio i silenzi e la lentezza della terapia, di non sentirsi solo di fronte al dolore e alla sofferenza dai quali viene investito. Dovrà saper tollerare l'attesa senza accelerare in nessun modo i processi propri della paziente e della famiglia, senza anticiparne i desideri o i bisogni, ma aspettando che emergano gradualmente. Solo così ogni nuovo punto di vista potrà riorganizzare l'insieme in un senso trasformativo, creare sintonizzazione anche con le aree silenti, dare voce e rilevanza alle miscotrasformazioni della cura che appare spesso lenta e frustrante non solo nel paziente e nelle famiglie ma anche nei curanti. Sarà importante che il gruppo di lavoro sappia leggere i vari fenomeni transferali, il loro andirivieni da un operatore all'altro, fare in modo che di volta in volta, a seconda della fase di cura, dei sintomi e delle caratteristiche del singolo paziente, ogni membro dell'équipe, anche quello più periferico, possa diventare di volta in volta l'*"operatore intermediario"* (Correale, 2006). Quest'ultimo potrà svolgere una funzione di ponte tra gruppo

di lavoro e paziente o di collante con la famiglia, inizialmente attraverso una apparente disgiunzione, una separazione, che poi potrà diventare congiunzione, aprendo un varco verso la riconnessione con una funzione analitica della mente.
Il gruppo, ancora una volta, fungerà da contenitore allargato, da luogo nel quale accogliere tutti i vissuti emotivi, e, contemporaneamente, trasformarli e dare loro nuovi significati.
Nel modello contenitore/contenuto di Bion (1962b), la madre-contenitore accoglie gli elementi grezzi del bambino-contenuto, gli oggetti complessi e incomprensibili, le fantasie disagevoli, gli stati emotivi negativi. La madre li introietta, li contiene e soprattutto li trasforma, li rende sopportabili e digeribili così come è digeribile il latte materno, primo nutrimento del neonato, ma anche prima forma di relazione e legame affettivo. Questi elementi grezzi o elementi beta, in un movimento dinamico tra le parti, tra il contenitore e il contenuto, verranno restituiti al bambino come forme nuove e più tollerabili. Considerando questo movimento in senso metaforico e simbolico, come fenomeno presente e fondamentale delle relazioni e dei legami, potremmo pensare che questa funzione materna, o meglio ancora genitoriale, che compiono anche gli operatori e i terapeuti, possa essere svolta anche dall'équipe, dal gruppo di lavoro, dall'istituzione. Potremmo parlare di una rêverie allargata, gruppale, data dal contenimento della mente di gruppo che rende pensabili e meno angosciosi gli elementi beta del singolo. E a sua volta, il gruppo di lavoro, avrà bisogno di creare spazi di pensiero nell'istituzione e di sentirsi da questa contenuto e accolto come in una matrioska di contenitori uno dentro l'altro che inevitabilmente influenzano e condizionano i movimenti interni ed esterni ad ognuno. *"Negli spazi istituiti il parlare di un paziente e della sua relazione con l'istituzione, contiene riflessioni consapevoli o inconsapevoli sul "noi" istituzionale, ossia sullo stato mentale a più vertici che pervade in un dato momento una istituzione"* (Comelli 2005).
Istituzione, gruppo di lavoro, gruppo terapeutico, rappresentano un'embricazione di funzioni, ruoli, competenze, aree psichiche che possono convergere, connettersi con un loro intenso traffico emotivo, ma anche disgiungersi, slegarsi, disperdersi in un caos senza forma e difficilmente bonificabile. Come dice Sapienza bisogna *"Creare nell'interazione tra istituzione, conduttore e gruppo, un nuovo spazio di accoglienza e di ascolto del bisogno e del desiderio di ogni partecipante"*.
Correale (1990), facendo un parallelismo tra i gruppi e soggetti che vivono nell'istituzione e i pazienti all'interno del gruppo terapeutico, sottolinea che in entrambi avvengono complessi fenomeni che hanno bisogno di contenitori che accolgano e trasformino gli stati mentali presenti, soprattutto quelli negativi e distruttivi. Dalla mente del paziente fino a quella di ogni singolo operatore, da quella del gruppo terapeutico fino a quella dei diversi gruppi appartenenti sia all'

ambulatorio che all'istituzione che lo contiene, la funzione di contenimento, la rêverie, potrà rendere gli infiniti elementi beta, elementi alfa e/o elementi gamma. Un insieme molteplice di luoghi fisici, di spazi psichici e di campi emotivi, uno dentro l'altro, che dialogano fra loro nel tentativo di trasformare gli elementi grezzi presenti, anche quelli depositati anonimamente e inconsciamente nell'istituzione. Nel campo istituzionale possiamo trovare scenari, narrazioni, storie, parti dei singoli e dei gruppi, che si intrecciano nel complesso reticolo istituzionale e che, inevitabilmente, contaminano, modificano e influenzano la presenza dei singoli e dei gruppi.
Operatori, pazienti, colleghi dei servizi confinanti, dirigenti dei livelli via via più alti, interagiscono, si connettono e si disgiungono anch'essi attraverso dinamiche complesse che si intrecciano col lavoro terapeutico e di cura. Così come all'interno delle stesse équipe, vissuti di isolamento o di aggregazione, inclusione o esclusione, precarietà lavorativa o contrattuale, possono colludere con le proiezioni, le frammentazioni e le scissioni delle pazienti. Poter mantenere un assetto analitico, "senza memoria e desiderio", che aiuti a pensare sia all'interno che al di là delle infinite costellazioni dei vari contenitori multipli, potrà consentire una maggiore fluidità nei passaggi inter e intra istituzionali. E allo stesso tempo potrà favorire e implementare le funzioni gamma di tutti i gruppi che si intrecciano, si legano, si incontrano nei nodi della rete per poi intraprendere percorsi diversi.

Bibliografia

Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Trad. it. Armando: Roma 1971.
Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Trad. it. Armando: Roma 1972.
Bion, W. R. (1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Trad. it. Armando: Roma 1983.
Bion W.R. (1965). *Trasformazioni: il passaggio dall'apprendimento alla crescita*. Roma: Armando Armando 1973.
Bleger J. (1991). *Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni*. In AA. VV, *L'istituzione e le istituzioni*. Borla: Roma.
Bleger J. (1966). *Simbiosi e ambiguità*. Laurentana: Loreto 1992.
Comelli F. (2011). *Gruppi monosintomatici con pazienti anoressico bulimiche e assunti di base: la dimensione somatica delle pazienti e la posizione dell'analista*. In www.funzionegamma.it vol. 13, anno 2005.
Comelli F. (2016). *I gruppi terapeutici e il contenitore istituzionale: i fattori curanti del campo istituzionale psichiatrico e dei suoi elementi distruttivi*. In www.funzionegamma.it vol. 27, anno 2011.
Comelli, F. (2009), *Curare istituzioni che curano*. Mimesis editore: Milano.

Comelli F. (2015), *I disturbi psichiatrici nella globalizzazione*. Franco Angeli: Milano.
Corbella, S., Girelli, R., Marinelli, S., a cura di, (2004). *Gruppi omogenei*. Borla: Roma.
Corrao F. (1998). *Orme*, vol. I-II. Cortina: Milano.
Correale A. (2006). *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla: Roma.
Correale A. (1991). *Il campo istituzionale*. Borla: Roma.
Curi Novelli M., a cura di, (2010), *Lavorare con il gruppo specializzato. Teoria e clinica*. Franco Angeli: Milano.
Gaburri E., Rugi G. (1999). *Il campo gruppale*. Borla: Roma.
Gaburri E. (2014). *Navigando l'inconscio. Scritti scelti*. Mimesis: Milano.
Kaës R., Pinel J.P (1998). *Sofferenza e psicopatologia dei legami istituzionali*. Borla: Roma.
Kaës R. (2013). *Il malessere. Borla: Roma*.
Marinelli S. (2004). *Il gruppo e L'Anoressia*. Raffaello Cortina: Milano.
Marinelli S. (2000). *Sentire*. Borla: Roma.
Mc Dougall, J. (1990). *Teatri del Corpo*. Raffaello Cortina: Milano.
Neri C., Correale A., Fadda P. (1994). *Letture Bioniane*. Borla: Roma.
Neri, C. (2004). *Gruppo*. Borla: Roma 2004.
Neri C. (1999). *Introduzione alla edizione italiana*. In Kaës, R. *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Borla: Roma
Neri C. (2016). *Pensare l'Istituzione*. In www.funzionegamma.it vol. 36, anno 2016
Sapienza S., Tenerini A. (2018). *Freud, Bion, Matte Blanco, Corrao e l'arco di Filottete Mito, clinica e ricerca in psicoanalisi*. Armando Editore: Roma.
Winnicott D. (1963). *Sviluppo affettivo ed ambiente*. Armando: Roma.

Teresa Tricomi psicologa, psicoanalista di gruppo (IIPG), Membro Associato IIPG. Esperta nel trattamento dei Disturbi dell'alimentazione e della Nutrizione. Dirigente Psicologo presso il PIPSM dell'Asl Roma 1. Coordinatore del Servizio Semi residenziale del PIPSM Area Ovest dell'Asl Roma 1.
E-mail: dott.tricomi.teresa@virgilio.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Genesi e cura dei disturbi alimentari: l'intervento sulla famiglia in istituzione

Lilli Romeo

Abstract
Dopo una breve presentazione dei fattori sociali, culturali, psicodinamici, familiari e transgenerazionali implicati nella genesi dei disturbi alimentari e una sintetica rassegna delle più recenti e significative teorizzazioni psicoanalitiche formulate nell'ambito delle affezioni psicosomatiche (anoressie, bulimie, BED) il presente lavoro si propone di offrire una esemplificazione clinica del ruolo e della funzione che il gruppo famiglia può svolgere nella genesi, nella cura e nella fenomenologia di questo tipo di affezioni. Di centrale rilevanza, per il buon esito dell'intervento clinico, appare l'adozione di un modello di intervento che coinvolga la famiglia. Tale modello può essere "multilivello" e complesso, di tipo istituzionale, articolato, ove possibile, in molteplici setting, individuali e gruppali.

Parole chiave: psicosomatosi, transgenerazionale, dipendenza simbiotica, gruppo, identità

Abstract
Following a brief presentation of the social, cultural, psychodynamic, familiar and transgenerational factors related to the genesis of eating disorders and a short review about the most recent and significant psychoanalytic theorizations in the field of psychosomatic affections (anorexia, bulimia, BED), this work presents a clinical example of the family role and function in the genesis, treatment and phenomenology of this kind of affections. The adoption of an intervention model involving the family, is relevant for the success of the clinical work. This model can be "multilevel" and complex, of an istitutional type, articulated, where possible, in multiple settings, individual and groupal.

Key words: psychosomatosis, transgenerational, symbiotic dependence, group, identity

Fattori culturali e transgenerazionali nella genesi dei disturbi alimentari

I disturbi alimentari, con le loro manifestazioni somatiche, caratterizzano in misura sempre più significativa i fenomeni psicopatologici ampiamente osservati nella ricerca psicoanalitica e nella sua pratica clinica.

I loro fattori eziologici sono molteplici ed eterogenei, seppure fortemente correlati. Incidono in misura significativa aspetti biologici, socio-culturali; caratteristiche individuali e familiari; aspetti psicologici come possono essere le esperienze traumatiche e l'idealizzazione della magrezza soprattutto nelle donne, la preoccupazione per il peso e la forma del corpo nei maschi - questi, nella società occidentale, rappresentano tra il 5% e il 10% dei casi di anoressia nervosa, tra il 10% e il 15% dei casi di bulimia nervosa e tra il 30% e il 40% dei casi di BED (Bini 2015); aspetti personologici, come la tendenza al perfezionismo, o ancora i tratti di ossessività, ansia, depressione.

Una corretta e completa comprensione di tali peculiari manifestazioni di carattere psicosomatico↔somatopsichico, dei loro specifici aspetti strutturali, anche di natura psicodinamica (il controllo del corpo, il rifiuto e conseguente rimozione/forclusione degli elementi inconsci, il rifiuto del negativo, la conflittualità identitaria, la rimozione e/o il mancato riconoscimento dei desideri, ecc.), non può pertanto prescindere da una preliminare valutazione del più complessivo contesto sociale e culturale entro cui si manifestano.

I disturbi dell'alimentazione (anoressie, bulimie, BED, obesità), come tutti i disturbi di natura psicopatologica, possono essere considerati dei "disturbi etnici", nell'accezione proposta da George Devereux (1978), cioè culturalmente strutturati in quanto "espressioni delle tensioni, delle contraddizioni e delle angosce essenziali di una determinata società o di un determinato periodo storico" (Gordon, 2004, p. 6-8).

Quali metafore dei valori culturali dominanti e delle tendenze antisociali latenti in tutti, costituiscono sia un'affermazione sia una sconfessione degli ideali della società e della cultura di appartenenza. Per questi motivi, la risposta sociale nei confronti di chi le manifesta è spesso ambivalente, con la messa in campo di reazioni di controllo e punitive oppure di ammirazione ed emulazione (idem).

L'estrema magrezza dell'anoressica, per esempio, fa paura, suscita reazioni negative, di shock e repulsione, che possono trovare, almeno in parte, un analogo riscontro nel suo rifiuto di conformarsi alle aspettative e alle norme sociali. Ma in società nelle quali hanno acquisito maggiore importanza gli ideali culturali di magrezza, autocontrollo, competitività, è ormai un modello di devianza largamente imitato. Alcuni aspetti quali l'identificazione della paziente con la malattia, i commenti positivi di amici a parenti sulla magrezza, il timore

di un genitore che la figlia possa divenire “grassa”, ostacolano i processi di guarigione e contribuiscono al mantenimento del disturbo.
Considerazioni analoghe possono essere fatte per la bulimia, anch’essa dipendente in parte da fattori ambientali e culturali quali la promozione del consumismo in genere e della sovra-alimentazione, la tolleranza per gli stessi comportamenti disordinati e impulsivi che vengono condannati nei pazienti bulimici, l’approvazione della sua magrezza che non può che rinforzare il suo comportamento “deviante”.
La bulimica è esteriormente compiacente e conformista, quindi la sua protesta rimane sommersa rispetto a quella dell’anoressica; lei riversa la sua rabbia nella violenza dei rituali nascosti con il ricorso alle abbuffate e ai purganti. Anche a lei è possibile risolvere il problema identitario mantenendo un delicato equilibrio tra un sé esterno controllato e un sé segreto privo di controllo, orientato alla rabbia incontrollata e distruttiva, solo attraverso il meccanismo primitivo della scissione.
Da questo specifico vertice di osservazione potremmo allora considerare le “patologie alimentari”, più che un insieme psicopatologico, uno stile comportamentale sempre più diffuso attorno a cui sono organizzati tratti identitari che vanno destrutturati lentamente e ricostruiti infinite volte, tante quante il gruppo di appartenenza è capace di reinscenare attraverso procedure e processualità reiteranti in grado di portare micromutamenti continui.
Da un vertice psicoanalitico e in considerazione dei fattori di natura culturale, intersoggettiva e transgenerazionale, possiamo dire, con Francesco Comelli (2015), che in una società complessa qual’è quella occidentale che favorisce ipertroficamente lo sviluppo delle moderne tecnologie, i sempre più veloci modelli e strumenti di comunicazione, i modi di vivere e pensare interdipendenti e unificati, tali manifestazioni cliniche possono essere considerate esiti di processi identificativi e esperienze soggettive orientate ad alimentare il mito dell’abbondanza, le fantasie di possibile crescita illimitata con conseguente rifiuto del “negativo”, del senso del limite, della perdita. Ne deriva una contrapposta ricerca di elementi di gratificazione, seppure temporanei, “di ‘farmaci’ da cui dipendere per difendersi dal dolore ritenuto inaffrontabile”; dall’idea della morte ormai ampiamente rimossa (*ibidem* p. 11) ma possibile esito ultimo di simili forme patologiche di dipendenza e distruttività, quando i numerosi percorsi terapeutici intrapresi falliscono.
Restringendo il campo di analisi dalla società più ampia al gruppo famiglia, possiamo affermare che anche in quest’ambito le emozioni "negative" possono essere forcluse dalla consapevolezza dei suoi membri e le figure genitoriali, sempre in modo inconscio, possono delegare il figlio all'incontro, spesso traumatico, con esse.

Possiamo dunque affermare che la psicopatologia dà voce ad elementi che la cultura normalmente *forclude* (esperienza e consapevolezza del senso della morte e del limite), così come le famiglie *forcludono* traumi e conflitti non risolti tra le generazioni precedenti. Per tali motivi, nella valutazione del paziente e negli interventi volti alla cura degli stessi, il clinico non può prescindere dalla considerazione di tali aspetti e tanto meno dalla messa a punto di progetti terapeutici specifici, che vedano in primo piano anche il coinvolgimento del gruppo famiglia in un'ottica transgenerazionale (*ibidem*), poiché proprio questo svolge un ruolo di primaria importanza sia nella genesi che nella cura di tali patologie.

I disturbi alimentari come affezioni psicosomatiche: l'approccio psicodinamico

Nell'introdurre un approccio più specificamente psicodinamico allo studio dei disturbi alimentari e alla comprensione del rapporto che questo tipo di pazienti hanno con il corpo, trovo utile un riferimento alle teorizzazione di Joyce McDougall sulle *affezioni psicosomatiche*, la cui chiave di lettura appare, a mio avviso, del tutto coerente con quelle che si propongono di "spiegare" le origini psicodinamiche di tali disturbi e le modalità attraverso le quali il corpo degli individui che ne sono affetti diventa "teatro" (McDougall 2004) delle rappresentazioni dei loro disagi interni.

I meccanismi psichici profondi coinvolti nelle manifestazioni somatiche vanno oltre quelli caratteristici degli stati nevrotici (*diniego*, *rimozione*...) e coinvolgono meccanismi più primitivi, propri di alcune psicosi, come la Verwerfung freudiana (rigetto, forclusione) (Freud, 1984), difesa con la quale l'io respinge una rappresentazione carica di affetto incompatibile con lo stato di coscienza, e si comporta come se quella rappresentazione non fosse mai pervenuta.

La McDougall descrive processi eziologici analoghi nelle *psicosi* e nelle *psicosomatosi*. Tali processi comprendono una stessa confusione inconscia riguardo la rappresentazione del corpo; gli stessi timori riguardo i propri limiti; uno stesso terrore di perdere il diritto ad un'identità separata, ad avere emozioni e pensieri personali. Individua, tuttavia, negli stessi anche delle differenze poiché, mentre negli *stati psicotici* quanto viene espulso dalla coscienza ritorna solo dall'esterno con l'allucinazione o il delirio, negli *stati psicosomatici* quanto di doloroso e troppo intenso è espulso dalla coscienza viene espresso dall'interno, attraverso il corpo.

Il meccanismo psicodinamico più specificamente coinvolto nelle psicosomatosi, non sarebbe tanto la forclusione vera e propria, ma la *désaffecation*, intendendo riferirsi con tale termine al sistema a cui "soggetti che hanno fatto precocemente l'esperienza di emozioni intense che minacciano il loro sentimento di identità ed

integrità" devono ricorrere per prevenire il ritorno del vissuto traumatico, per "sopravvivere psichicamente" (McDougall, 2004, p. 100). Le possibili vie attraverso le quali questo sistema si esprime sono due: o i pensieri vengono privati dell'affetto, oppure si verifica un congelamento dell'affetto unitamente alla distruzione della sua rappresentazione, con conseguente impossibilità di nominarlo e descriverlo (*alessitimia*).
Il primo caso riguarda i pazienti definiti "normopatici" ("Falso sé", Winnicott, 1965), i quali sembrano avere raggiunto un'adeguata organizzazione edipica e da adulti sembrano essere in grado di condurre un'adeguata vita sessuale e sociale; solo i loro discorsi assumono una tonalità désaffecteé. Nel secondo caso, invece, l'affetto viene congelato e la
sua rappresentazione verbale può essere distrutta, come se non avesse mai raggiunto il soggetto, per cui le esperienze affettivamente intense possono trovare espressione solo fuori dalla psichiche, nell'azione e nel corpo, ed è ciò che avviene nei fenomeni psicosomatici.
Il sintomo somatico (mangiare, bere troppo, fumare, litigare, prendere l'influenza), può allora essere considerato un'espressione in atto (agito) il cui fine è proprio quello di disperdere l'affetto troppo intenso e intollerabile, il più rapidamente possibile.

I primi mesi di vita e il ruolo delle interazioni familiari

Alcuni modi di funzionamento mentale acquisiti nei primi mesi di vita possono predisporre a risposte di ordine psicosomatico, piuttosto che a soluzioni nevrotiche, psicotiche o perverse.
Le interazioni familiari che hanno luogo nelle primissime fasi della vita svolgono in questi casi un ruolo di primaria importanza. In tal senso si rivela fondamentale la relazione madre-lattante la cui qualità positiva è correlata alla capacità o incapacità della prima di "ascoltare" e rispondere adeguatamente ai segnali del suo bambino. Ma altrettanto importante è il ruolo simbolico che il padre assume nell'organizzazione psichica del piccolo. E' possibile infatti ipotizzare che sia proprio questo ruolo a orientare e determinare, almeno in una certa misura, la "scelta" tra psicosi e psicosomatosi.
Ogni interferenza alla differenziazione della struttura psichica del bambino dalla matrice somatopsichica originaria (indifferenziata) propria della vita intrauterina, compromette la sua stessa capacità di integrare e riconoscere il suo corpo distinguendolo da quello della madre, che è anche la prima rappresentazione del mondo esterno, così come di riconoscere i suoi pensieri, distinguere ciò che è psichico da ciò che è somatico, i suoi affetti, e la capacità di ri-costruire una propria identità autonoma e separata.
Dunque, è solo a partire da una relazione madre-bambino sufficientemente buona ("good-enough") (McDougall, 2004, p. 38), sostiene la McDougall

rifacendosi ad una concettualizzazione winnicottiana, che può avere luogo con successo tale processo di differenziazione e individuazione.
In termini bioniani diremmo che sono la rêverie materna e la funzione α (Bion, 1962) le due funzioni mentali fondamentali ad un sano sviluppo e funzionamento della mente individuale, al successo di tali processi maturativi orientati al raggiungimento di un'autonomia somatica e psichica, e alla organizzazione delle capacità di simbolizzazione rappresentativa e linguistica, presupposto indispensabile alla strutturazione della psiche, alla costruzione di un'identità separata e integrata. Se tale processo fallisce, anche queste capacità saranno compromesse: il bambino svilupperà prevalentemente la fantasia di una impossibile separazione e dell'esistenza di "un corpo, un sesso, una psiche per due" (McDougall ,2004, p. 40).
Il corpo diviene luogo di espressione del conflitto e costituisce l'oggetto attraverso il quale l'individuo può fare esperienza di una identità soggettiva solo apparente, la quale ha la funzione illusoria di proteggerlo dal vissuto di dipendenza dalle figure di accudimento e/o dalle persone investite narcisisticamente, considerate come parti di sé (oggetti sé); il sintomo somatico costituisce l'unica via attraverso la quale questi pazienti possono fare esperienza dei propri limiti corporei e assicurarsi un minimo di esistenza separata da qualsiasi altro oggetto significativo.
In questi casi l'identità individuale (il cui "difetto" evolutivo è centrale nei disturbi alimentari) si definisce e si struttura attraverso il sintomo (nel nostro caso, il disturbo alimentare), unica "via d'uscita" da situazioni emotive intense.
Ogniqualvolta intervenga una perturbazione nel rapporto con le figure significative, il paziente può cadere in un'estrema angoscia, accompagnata da una recrudescenza dei sintomi, i quali sono da intendere quali autoguarigioni da sofferenze mentali ed emotive non altrimenti gestibili.
Gli elementi riscontrabili nei pazienti che somatizzano possono essere una psiche in stato di privazione nella quale la rappresentazione espulsa non può essere trasformata e recuperata neppure sotto forma di sintomo puramente nevrotico o psicotico, ma solo in agiti e segnali di ordine psicosomatico (elementi β) (Bion, 1962); una struttura edipica molto più primitiva di quella riscontrata nelle nevrosi in cui l'imago paterna rimane sommersa, quando non completamente assente, sia dal mondo simbolico della madre che da quella del figlio (in questi casi l'immagine, il sesso e il corpo dei genitori vengono scissi e gli stessi sono in parte idealizzati – in particolare la madre – o percepiti come distruttivi e persecutori); un'interruzione dello sviluppo dei normali fenomeni transizionali propri dell'infanzia, come descritti da Winnicott, per cui può accadere che i bambini troppo precocemente auotonomizzati si sentano abbandonati, sviluppino sentimenti di inadeguatezza e possano manifestare reazioni psicosomatiche precoci. Oppure, nel caso in cui la madre abbia difficoltà

ad abbandonare la relazione fusionale, il bambino non riuscirà ad appropriarsi psichicamente del proprio corpo, delle proprie emozioni, della propria mente. Si potranno allora avere esiti di psicosi e psicosomatosi.
Per concludere possiamo dire che il livello di conflitto che sottende certi episodi psicosomatici è relativo al diritto di esistere più che a quello di ottenere soddisfazioni libidiche proprie della vita adulta (tipico dell'isteria classica). Le angosce dunque sono legate al timore di perdere la propria identità soggettiva, o addirittura la vita.

L'approccio psicodinamico alle psicosomatosi alimentari

Se finora ho proposto una descrizione delle teorizzazioni relative alla genesi e alle manifestazioni delle affezioni psicosomatiche in genere, intendo qui presentare una rassegna di alcune delle più contemporanee teorizzazioni sui fattori eziologici e dinamici dei disturbi alimentari.
Numerosi sono i denominatori comuni riscontrabili nei e nelle pazienti affetti da tali manifestazioni riguardo i processi psichici interni e le dinamiche relazionali coinvolte. Tali dinamiche relazionali confermano, a mio parere, non solo l'ipotesi su formulata delle loro comuni matrici eziopatogenetiche, ma anche quanto l'indagine clinica di tali aspetti costituisca una risorsa preziosissima per la loro comprensione e per il buon esito del processo terapeutico.
Le funzioni psicodinamiche coinvolte nella genesi di disturbi alimentari possono dunque essere sinteticamente indicate nei difetti dei processi separativi/individuativi, della correlata costruzione dell'identità e riconoscimento della sessualità (natura simbiotica della relazione, fragilità del Sé, triangolazione edipica).
Maffei e Nissim (1987) pongono in evidenza come la madre dell'anoressica non sia in grado di accettare la figlia quale soggetto desiderante e ostacoli ogni suo desiderio, anche quello verso l'altro e verso la triangolazione, usando il cibo come risposta ad ogni bisogno, alla scopo di annullare illusoriamente la separazione e la mortalità. L'anoressica, dal canto suo, afferma nei confronti della madre, intrusiva e devastante, il proprio diritto ad un vuoto di esistenza, agendo, con il digiuno, l'esperienza di vuoto che non è stato possibile vivere come separazione. Tenta di sfuggire alla simbiosi, prendendo l'unica direzione in grado di negare l'esistenza materna: quella della morte, dove la madre non può seguirla (cfr. Cesàro, 2009)
Anche la Bruch (1988) sostiene che alla base dell'anoressia ci sia un sé che non ha potuto svilupparsi a causa di un difettoso processo di separazione differenziazione nella relazione primaria, e definisce l'anoressia come l'espressione di un concetto di sé deficitario. Il sintomo esplode poi nella fase adolescenziale, quando è necessario far fronte ai nuovi compiti evolutivi e al

bisogno di sviluppare un'identità, un senso di capacità personale chiaramente definiti. In questo momento, l'aggressività che consente di porre l'altro fuori di sé viene cortocircuitata (idem).
Nelle formulazioni di Kaplan e Chasseguet Smirgel diviene invece centrale la questione del genere sessuale. La Kaplan considera il sintomo anoressico una modalità perversa di prolugnare la relazione d'amore esclusiva, simbiotica, con la madre caratterizzata in senso omosessuale, e sottolinea l'aspetto del controllo che l'anoressica esercita su di lei, attraverso la paradossale richiesta di attenzioni al proprio corpo malato di androginia.
L'anoressica, dunque, non è semplicemente una bambina piccola alle prese con i problemi della separazione, ma un'adolescente o una donna adulta che cerca di venire a patti con la genitalità e l'identità femminile di genere.
I padri sono spesso uomini molto ambiziosi nel loro ruolo professionale, poco disponibili emotivamente in famiglia e i genitori insieme hanno assunto quella figlia a far da terzo nella loro relazione coniugale. L'unione madre-figlia, in una relazione nella quale il padre rimane del tutto marginale, è un'unione erotica mascherata. Pagando anche con la vita, l'anoressica soddisfa i suoi desideri maschili nascosti ottenendo, per via della malattia, di restare sempre attaccata alla madre.
Per Chasseguet Smirgel, i disturbi alimentari costituiscono una manifestazione del desiderio dell'adolescente di sfuggire allo sviluppo biologico. Questi adolescenti rifiutano infatti inconsciamente il corpo sessuato e non riescono ad integrare adeguatamente l'immagine del corpo fisicamente maturo nella rappresentazione di sé.
Alcune possono addirittura sentire il proprio corpo come appartenente alla madre, al suo ordine biologico, e considerarlo un nemico o separato da se stesse.
I disordini alimentari costituiscono un'espressione della lotta per separare il proprio corpo da quello della madre; un tentativo di trovare la propria separatezza e una illusoria autosufficienza, in una situazione in cui la triangolazione edipica è fragile e la regressione ai livelli pregenitali è favorita.
Entrambe le psicoanaliste rivelano una peculiarità dello sviluppo femminile: la forte ambivalenza tra il bisogno di fusione con la madre e il bisogno di fuoriuscirne. Ambivalenza che nell'adolescenza, con la maturazione sessuale e la ricerca di una propria unicità d'identità, trova la sua massima espressione (*idem*).

Ruolo del gruppo famiglia nella genesi e nella cura dei disturbi alimentari

Abbiamo visto finora come la clinica delle psicosomatosi e, più in particolare dei disturbi del comportamento alimentare, non possa non tenere conto della simultanea interazione delle dimensioni intrasoggettiva, che attiene cioè agli

elementi intrapsichici individuali; intersoggettiva, che riguarda la relazione con l'altro da sé; transoggettiva (M.A. de Maldonado, "Il paradigma della complessità e i disordini della condotta alimentare. Trauma, conflitto e narcisimo", inedito) o transgenerazionale, che riguarda ciò che l'individuo riceve in eredità, in maniera prevalentemente inconscia, dalle generazioni che lo hanno preceduto.
La complessità delle problematiche che ne sono esito richiede approcci clinici altrettanto complessi, che non trascurino di considerare questi molteplici aspetti e vedano il coinvolgimento nei progetti terapeutici, che devono esser specifici per ogni paziente, del suo gruppo primario di appartenenza quale è appunto la famiglia; di équipe multidisciplinari e gruppi di lavoro istituzionali, il cui compito fondamentale sarà quello di individuare, contenere, sognare, rappresentare, mediante la funzione analitica di gruppo, le aree inconsce non elaborate, del paziente e della sua famiglia, e attuare un processo trasformativo che consenta loro di poterle pensare e rappresentare simbolicamente, in specifici setting individuali e/o di gruppo.
Bleger (1984) propone, con Cooley, una possibile distinzione tra gruppi primari, la famiglia, e gruppi secondari, quelli extra-familiari, e marca le differenze nel funzionamento psicodinamico e nei suoi esiti tra le due tipologie di gruppalità. I meccanismi proiettivi dei gruppi famiglia sono massivi; la loro organizzazione e il loro funzionamento è di tipo sincretico (sincretismo primitivo), per il concorrere di altrettanto massivi meccanismi di identificazione.
Nei gruppi secondari invece si verificherebbe una proiezione discriminata di oggetti interni e parti dell'io. I meccanismi introiettivo e proiettivo sono in interazione, per cui i soggetti attuano internalizzazioni reciproche discriminate. E' possibile pertanto che un soggetto agisca nel gruppo secondario con la parte più adatta, discriminata ed evoluta della sua personalità.
Nel gruppo primario non c'è interazione ma partecipazione. Il gruppo funziona come un sistema unico. L'identificazione proiettiva è massiva, l'individuo è solo parte di un tutto. Un gruppo familiare sano è pertanto quello nel quale l'instaurarsi dei meccanismi di introiezione-proiezione (che esistono sempre ma possono alternarsi in modi diversi), avvia il processo di individuazione.
Tuttavia il gruppo familiare presenta una struttura simbiotica che oppone fortissime resistenze ai cambiamenti intra ed extra-familiari. Gli esiti estremi di questo tipo di struttura possono essere i gruppi agglutinati o i gruppi schizoidi. Nei primi prevale un'organizzazione di tipo narcisitico in cui manca la discriminazione tra mondo interno e mondo esterno, tra io e non io, l'identità è gruppale e non ci sono margini di individuazione. Nei secondi ogni membro incorpora il gruppo indiscriminato e stabilisce con esso una simbiosi dentro di sé. Per formazione reattiva, il gruppo si disperde o blocca, difensivamente, le relazioni emotive, che diventano fredde e distanti, a fronte del rischio di fusione

e di perdita di identità. Predominano le relazioni extra-gruppali ed extra-familiari e sebbene un minimo di individuazione venga mantenuta, non vi è una buona risoluzione della dipendenza simbiotica, ma un isolamento di tipo reattivo.
Le manifestazioni ipocondriache e i disturbi psicosomatici si collocano tra questi due estremi. Se si agisce terapeuticamente in modo efficace oppure se le condizioni sono spontaneamente favorevoli, si determina una rottura del sincretismo primitivo che permette una discriminazione.

Un caso trattato in équipe durante un periodo di collaborazione protrattosi per alcuni anni con l'Aba (Associazione Bulimia Anoressia) sede di Roma, mi consente qualche riflessione sulla base di tali premesse teoriche.

La famiglia A. si era rivolta al centro Aba per un problema alimentare di tipo restrittivo della figlia secondogenita, S., allora tredicenne.
Prima di venire da noi i genitori avevano contattato altre due istituzioni romane (un ospedale e un centro per la cura dei disturbi alimentari), ma ritenevano di non aver trovato la risposta adeguata al loro problema. In particolare la sig.ra A. non accettava che la figlia seguisse un approccio terapeutico di tipo prettamente medico o che prevedesse anche l'assunzione dei farmaci: la mamma della signora era stata una paziente psichiatrica, a causa di una grave forma depressiva, e assumeva degli psicofarmaci da molti anni, per questo motivo rifiutava assolutamente la possibilità che S. o lei stessa dovessero assumerli, poiché non poteva accettare che l'una e/o l'altra seguissero lo stesso "destino" della madre.
Hanno scelto l'Aba portando questa specifica richiesta: *trattare il problema della figlia con un approccio psicoterapeutico*.

L'Aba propone un approccio alla cura di tipo multidisciplinare e incentrato sulla relazione. L'équipe di intervento vede il coinvolgimento di diverse figure professionali (psichiatri, medici, educatori, oltre che psicoterapeuti individuali e di gruppo), le quali valutano insieme il caso, si confrontano costantemente su di esso e pensano insieme al progetto più idoneo allo specifico paziente, un progetto che rimane flessibile e ricalibrabile nel corso di tutte le sue fasi.
Già dai primi colloqui con alcuni membri della nostra équipe, il caso di cui sto riferendo si rivelava complesso. La valutazione clinica di S. fece emergere: un disturbo del pensiero caratterizzato da ideazioni persecutorie (fobia per il cibo e per la dimensione sociale) e una distorsione nella rappresentazione dell'immagine corporea, le quali si esprimevano attraverso il comportamento alimentare di tipo anoressico, insieme a vissuti di natura ansioso-depressiva con radici transgenerazionali. Inoltre le dinamiche familiari apparivano disfunzionali e di non facile gestione, poiché caratterizzati da una notevole conflittualità e dall'espressione di un alto grado di emotività (fattore familiare che può contribuire al mantenimento del disturbo, se non opportunamente canalizzato con un adeguato supporto terapeutico), accompagnata da profondi

sentimenti di inadeguatezza nella funzione genitoriale, da accuse e recriminazioni, dai sentimenti di ansia, colpa, rabbia, da vissuti depressivi di entrambi i genitori e in particolare della signora.
Non escludevamo affatto che il protocollo terapeutico per S. potesse rendere necessario affiancare alla psicoterapia anche una terapia farmacologica. O, addirittura, anche il ricovero (ipotesi quest'ultima che la famiglia avrebbe accettato ancora meno), nel caso in cui il persistere dei sintomi avesse causato un grave deperimento organico. Tuttavia, la valutazione del caso in équipe ha suggerito l'opportunità di accogliere la richiesta dei genitori, almeno per un tempo, al fine di contenere i fantasmi relativi alla malattia psichiatrica che la signora in particolare portava con sé, gli intensi vissuti emotivi negativi che implicavano il rischio di un ulteriore drop out, il quale avrebbe sicuramente esacerbato la paura, i sentimenti di inadeguatezza, solitudine, ma anche di sfiducia che, ci appariva chiaro, accompagnavano fortemente la storia di questa famiglia.
E' stato messo dunque a punto un progetto terapeutico che vedesse il coinvolgimento di entrambi i genitori, escludendo la figlia primogenita che dall'anamnesi familiare appariva ben integrata e impegnata nei propri progetti di vita, e la nonna, della quale abbiamo accennato, che peraltro non viveva a Roma.
Mentre una collega avrebbe seguito in psicoterapia individuale S., io avrei seguito i genitori con colloqui di coppia a frequenza quindicinale che, in una prima fase, avrebbero avuto l'obiettivo di offrire un sostegno alla funzione genitoriale in una situazione relazionale in quel momento sicuramente difficile, oltre ad un contenimento e una possibile trasformazione delle emozioni negative.
E' sulle dinamiche e i vissuti della famiglia gruppo così come coinvolta nel progetto di cura, sulle problematiche che emergevano come omogenee tra i membri durante il mio lavoro con la coppia genitoriale, sulle modalità con le quali queste hanno potuto evolversi positivamente, favorendo il buon esito del percorso terapeutico di tutto il gruppo e di ognuno, che centrerò dunque le mie riflessioni. Primari saranno, come vedremo, il problema identitario riguardante i singoli e il gruppo famiglia; le difficoltà inconsce a riconoscere l'individualità e la separatezza della figlia, a consentire l'espressione dei suoi desideri e bisogni, compresi quelli individuativi, che a lungo hanno potuto trovare espressione solo attraverso i rituali di S. e il suo isolamento (sceglieva spesso di cenare da sola, per esempio) dagli altri membri della famiglia.

Già prima di conoscere la coppia, durante il lavoro in équipe, mi parve chiaro che la signora era molto impaurita e si sentiva gravemente responsabile sia della patologia della figlia sia della scelta di abbandonare i protocolli proposti dalle precedenti istituzioni. I suoi sentimenti di colpa (e forse anche il suo bisogno di fuggire da questi, come da quelle proposte

terapeutiche) avevano peraltro trovato nuovo alimento dai contenuti della relazione anamnestica ricevuta alla dimissione della figlia, nella quale venivano enfatizzati alcuni aspetti della interazione madre-bambina relative alle prime fasi dello sviluppo (dai sei mesi ai sette anni circa). Vi si leggeva che c'era stato un allattamento fino a sei mesi, senza che questo fosse accompagnato da una sguardo interattivo tra le due e che era stato interrotto perché S. mordeva il seno. Il processo separativo era avvenuto senza la mediazione di un oggetto transizionale. All'età di quattro anni, S. aveva manifestato una tosse abbaiante di natura psicogena, in concomitanza con il trasferimento lavorativo della mamma in un'altra città, distanza che si era protratta per un anno. La signora, in sostanza, si era "sentita accusata" di non avere allattato adeguatamente la figlia e di non avere saputo gestire le fasi del processo separativo; pur negando un sua responsabilità in questi aspetti, riconosceva quale possibile fattore eziologico dell'intervenuto disturbo alimentare della figlia l'abbandono vissuto dalla stessa per il suo trasferimento.
Sovrastata da questi sentimenti e dai dubbi sulla bontà della sua scelta, non sono mancati neppure a noi gli attacchi aggressivi più o meno consapevoli, a testimonianza della sua diffidenza, espressi con atteggiamento critico, svalutante nei confronti delle diverse figure professionali e dell'istituzione. Il marito appariva meno aggressivo e oppositivo della signora, ma veniva fortemente influenzato dal pensiero di quest'ultima. Tali sentimenti negativi hanno potuto tuttavia essere analizzati, trasformati e adeguatamente canalizzati, con un fermo contenimento da parte della terapeuta.

Fin dai primi colloqui è apparso evidente il ruolo predominante della signora sia nella funzione genitoriale – nella quale il marito occupava evidentemente una posizione più marginale – sia nella loro relazione di coppia, fortemente conflittuale e orientata alle accuse reciproche, sebbene solo inizialmente in maniera più esplicitata da parte della donna. Entrambi molto ansiosi e preoccupati, ma consapevoli della serietà del problema, hanno aderito, nonostante le difficoltà, l'aggressività espressa verbalmente e con gli agiti (ritardi alla sedute, soprattutto da parte dell'uomo; annullamento delle sedute, ecc.), all'intero progetto terapeutico, che ha potuto proseguire fino alla sua conclusione con esito favorevole.

Anamnesi familiari

Entrambi i coniugi sono originari del sud Italia. Si sono conosciuti a Roma, durante il periodo universitario e successivamente si sono sposati.
Le anamnesi familiari fanno rilevare, per la signora, una relazione privilegiata con il padre, figura particolarmente idealizzata, descritta dalla coppia come "persona speciale" che, però, per problemi di salute, ha dovuto abbandonare il lavoro, fin da quando lei era bambina (8 anni). Da allora, si è presa cura di lui, surrogando una madre "inadeguata sul piano emotivo", spenta, affetta da una grave forma depressiva.
Secondogenita, la signora era rimasta sola in casa ad occuparsi di lei, dopo che la sorella più grande, "da sempre più ribelle", si è allontanata prima per motivi di studio, poi di lavoro. Pur negando la presenza di altri casi, pregressi e/o attuali, di disturbi alimentari in famiglia, ha marginalmente riferito di avere vissuto lei stessa, da giovane universitaria e in prossimità della morte del padre, un periodo di significativo dimagrimento e rifiuto del cibo, che però era riuscita a risolvere da sola. Riguardo la presenza di disturbi psichici, anche di altra natura,

all'interno della famiglia, ha riferito di uno zio paterno che, affetto da disturbi di tipo paranoide, si era completamente ritirato dalla vita sociale; aveva un rapporto di maggior apertura solo con la signora, l'unica della quale si fidava (l'esterno era pericoloso).
L'anamnesi familiare del marito è caratterizzata da storie di sradicamenti ed emigrazione: nato in un paese sudamericano da genitori emigrati per motivi di lavoro, viene in Italia piccolissimo per riportare nella terra di origine il nonno paterno. Tale scelta, subita dalla madre, ha determinato un'accesa conflittualità tra i genitori, che ha reso difficile il clima familiare. Il padre è morto traumaticamente quando lui aveva solo quattro anni; la madre non ha mai potuto elaborare questo lutto. Lui ha tentato di proteggersi dal pesante clima domestico con comportamenti di fuga (passava molto tempo fuori casa, leggeva i fumetti e guardava i film). Non è in grado di riferire della presenza di disturbi psichici in famiglia, consapevole del fatto che non c'era "spazio" sociale e culturale per potersene occupare.

Anamnesi di S. raccolta durante i colloqui con i genitori

Il concepimento di S. è stato voluto per dare una sorellina a M., che aveva sei anni. La signora, allora trentanovenne, avrebbe vissuto la cosa con un sentimento di rinnovata pienezza e l'arrivo della bambina, non avrebbe mutato nulla nelle relazioni familiari, sebbene abbia comportato la rinuncia al suo trasferimento, per motivi di lavoro, in una città della Toscana. Nel riferire ciò ha riconosciuto, per la prima volta, la sua difficoltà a separarsi dalle figlie, affermando di vivere con dispiacere la loro distanza da casa, ancora oggi che sono più grandi.
La gravidanza sarebbe stata regolare. Unica "*nota negativa*" lo stato d'ansia che l'ha accompagnata per il lavoro e per il ruolo che le era stato affidato, il timore di non poter essere presente come necessario per la figlia, per esempio al momento dei pasti. Il parto è avvenuto in modo naturale. L'allattamento si è protratto per sei mesi, fino a che la stessa S. non avrebbe deciso di smettere. Lo svezzamento è stato graduale, ma anticipato rispetto a quello della sorella. Tale scelta sarebbe stata orientata dal fatto, racconta come a sollevarsi dai sentimenti di colpa, che, a dire del pediatra, S. si infastidiva di doversi nutrire al seno per la esigua quantità di latte che sentiva di ricevere, tanto è che la mordeva spesso. Chi invece avrebbe sofferto di più di questa separazione sarebbe stata proprio la signora, che avrebbe voluto allattarla per nove mesi come aveva fatto con la sorella.
Viene segnalato un disturbo del sonno precoce che ha posto la necessità dell'addormentamento con contatto fisico nel letto dei genitori fino all'età di 5 anni. Al nido la separazione dalla madre era difficile, per questo l'inserimento è stato proseguito dal papà. Nelle successive tappe scolastiche tutto è andato bene. "*Era un esempio per tutti. Le venivano e le vengono tutt'ora affidati i compagni difficili*", queste le parole dei genitori. Lo sviluppo è stato invece problematico perché nel periodo pre-adolescenziale la crescita in altezza sembrava essersi arrestata, mentre il ciclo è arrivato quando aveva 11 anni. Vengono, inoltre, riferite fobie degli insetti e comportamenti rituali in particolare nella preparazione dei cibo.
La socializzazione appare problematica in ambito intra ed extra-familiare. Le relazioni all'interno della famiglia sono caratterizzate da scarsa comunicazione. S. viene descritta dal papà come "*un'attenta osservatrice*", "*a volte anche in modo esagerato*" e dalla mamma come una ragazza dal carattere determinato, pronta a prendere posizioni, un pò "*rigida*". Pur avendo relazioni amicali esterne, queste non sarebbero mai state stabili, poiché S. "*è categorica… capace di grandi affetti, ma anche di interrompere relazioni in maniera definitiva*", dice ancora la mamma.
Il sintomo anoressico, accompagnato da aspetti ossessivi e fobici, inizia circa un anno prima il loro arrivo in Aba, quanto la ragazza, insoddisfatta della sua forma fisica, ha iniziato una dieta. Dopo due mesi aveva già perso 13 chili ed era giunta a pesarne 33.

Tale stato di cose ha prodotto un'esasperazione dell'atteggiamento intrusivo e ipercontrollante della signora nei confronti della figlia, soprattutto rispetto al comportamento alimentare, alla patologia, alle cure e persino alle relazioni terapeutiche, al punto da sostituirsi a lei nelle scelte e nei pensieri.
Il papà, dal canto suo, mostrava difficoltà ad accettare questo tipo di disturbo e aveva quindi un atteggiamento, svalutante, seppure limitatamente alla patologia, e "colpevolizzante" nei suoi confronti.

Il lavoro con la coppia genitoriale

Il mio lavoro con la coppia genitoriale si è protratto per circa un anno. Nelle sue prime fasi erano prevalentemente le paure fantasmatiche che accompagnavano il disturbo anoressico, i dubbi e i sentimenti di sfiducia vissuti da entrambi a minacciare la tenuta del setting. Successivamente, al progressivo miglioramento, almeno sul piano sintomatologico, di S., cominciava a prevalere la conflittualità della coppia, l'insofferenza sempre più manifesta della donna nei confronti del marito, che peraltro, arrivava sempre in ritardo, e il suo bisogno di porre in primo piano vissuti e sofferenze personali (paura di guidare, vertigini, insoddisfazione lavorativa), elemento che ci porterà da lì a breve a modificare il progetto di intervento con il passaggio dal lavoro con la coppia al lavoro individuale per entrambi.

Prima di arrivare a questo passaggio, trovo utile, anche al fine di significare e comprendere meglio i fattori psicodinamici correlati all'insorgenza del disturbo alimentare della ragazza (i processi identificativi, la complessa e ambivalente evoluzione del processo separativo/individuativo, il problema della (ri-)definizione identitaria omogeneo in tutti i membri della famiglia) evidenziare alcuni elementi analitici importanti emersi in questa fase.

La comunicazione dei coniugi appariva povera, soprattutto sul piano emotivo.
La signora si esprimeva con particolare proprietà di linguaggio, ma quasi con un tono désaffecté, come direbbe la McDougall; appariva fredda, distaccata e delusa. Aggressiva, svalutante e risentita nei confronti del marito, affermava di non sentirsi né capita né aiutata, neppure nel gestire il problema della figlia. Era tuttavia chiaro che non volesse assolutamente rinunciare al ruolo primario e privilegiato nel rapporto con questa ed altrettanto chiaro che colludessero entrambi nel mantenimento dei compiti che si erano reciprocamente attributi. Il marito, infatti, pur mostrando una sincera volontà partecipativa nella funzione genitoriale, e supportiva/affettiva nei confronti della moglie, manteneva una posizione delegante.
Dopo circa un mese dal nostro primo incontro, la signora riferiva un sogno nel quale vedeva "*S. in croce, e se stessa in croce su S.*". Questo sogno, privo di dettagli nei miei ricordi, mi appariva, e ancor più mi appare oggi, come un dipinto intensamente evocativo e ricco di potenzialità associative e interpretative, espressione iconica di processi dinamici profondi ed emozioni intensamente dolorose, che faticano o addirittura non riescono ad accedere alla parola, come direbbe la McDougall (1990), mentre possono essere espresse solo attraverso il linguaggio simbolico del pensiero onirico. Se primario appare il processo identificativo intenso e fusionale orientato al sacrificio estremo, sacrificio che la signora, sostituendosi al ruolo e alla funzione della "inadeguata" madre, ha "scelto" ed esperito già da bambina (dall'età di 8 anni) con la cura dedita al padre e allo zio paterno. C'è dramma in questo sogno, sacrificio e morte, intesa si quest'ultima come rischio della perdita e della sconfitta, ma anche, onnipotentemente, come unica possibile via per il trionfo e la "resurrezione". Non c'è

distinzione tra i corpi: l'una "muore" sull'altra, ma la copre anche, annullandone l'identità. Conseguentemente, anche la loro "resurrezione" può avvenire solo per entrambe. La croce, con tutto il suo portato condensato e simbolico di "sacrificio" e morte, dà voce alla paura, alla confusione, all'indifferenziazione ("un corpo per due, una vita per due", ibidem), che ha una matrice transgenerazionale e dalla quale ancor più per questo è difficile orientarsi verso un'adeguata differenziazione ed individuazione.
Questo sogno consente di formulare almeno una prima ipotesi sul significato dello sviluppo e del mantenimento del sintomo anoressico, il quale sembra assumere per S. una funzione di definizione identitaria. "*S.* – riferisce la mamma – *dice*: '*Io sono anoressica*'", come se trovasse nell'anoressia l'unica possibilità di definire i propri limiti corporei e la propria identità come separata da quella della madre.
Il lavoro con la coppia genitoriale proseguiva di pari passo con i miglioramenti di S., i cui segni cominciarono a manifestarsi già in prossimità della pausa estiva e proseguivano nel tempo, come veniva puntualmente riferito da entrambi, sebbene in autunno permanessero ancora le preoccupazioni per comportamenti rituali, in particolare quelli relativi alla preparazione dei pasti, i più difficili da modificare, del resto, e ai quali S. continuava a dedicarsi con pervicace assiduità.
I mesi successivi si sono rivelati particolarmente impegnativi, per l'accesa conflittualità e l'intensità dei vissuti emotivi, e non solo, espressi dai coniugi, ma anche altrettanto produttivi, per l'avvio di importanti ed evolutivi processi di consapevolezza che hanno richiesto/consentito, da li a poco, di rimodulare il progetto di intervento con il passaggio al setting di lavoro individuale.
Sono emersi profondi sentimenti di colpa e inadeguatezza associati a un vero proprio senso di "*fallimento*", come lo ha definito la signora in lacrime, rispetto alla funzione genitoriale: S. comincia a manifestare, seppure ambivalentemente (ancora nella forma della formazione reattiva), i bisogni/desideri di libertà, autonomia, indipendenza (in tal senso è stato possibile leggere, in quella fase del percorso terapeutico, il permanere delle ritualità comportamentali e la scelta quasi costante della solitudine).
Lavorare in toni sia rassicurativi e contenitivi che di mentalizzazione su questi aspetti e vissuti, sulle difficoltà della ragazza a separarsi, sull'opportunità però di dare spazio ai suoi desideri (Maffei e Nissim 1987) e ai bisogni autonomia e indipendenza, piuttosto che alle necessità di controllo e direttività (la signora tentava spesso persino di direzionare la gestione delle modalità e dei tempi con i quali la ragazza organizzava i suoi pasti, cioè di quelle ritualità che tanto la preoccupavano, rischiando così tuttavia di inasprirle), ha consentito, seppure con il manifestarsi di inevitabili oscillazioni nel succedersi delle sedute, una evoluzione positiva dei livelli di consapevolezza, della disponibilità al cambiamento e, conseguentemente, del processo terapeutico.
La signora, inoltre, ha riconosciuto in se stessa da ragazza lo stesso tipo di funzionamento ossessivo della figlia che si manifestava con alcuni comportamenti/rituali aventi lo scopo, come ha lei stessa sostenuto, di mantenere in vita il padre. Eppure, sia in lei, sia nel marito si avvertiva ancora chiara la sofferenza di non riuscire non solo a ricordare il proprio bisogno di autonomia e indipendenza, ma neppure a comprenderne il senso.
Il dolore per il rifiuto della figlia ha continuato a presentarsi infatti nei successivi incontri, esperito dalla madre con un vissuto di "tradimento" e dal papà con quello di oppositività e di non considerazione nei suoi confronti. Allo stesso tempo, tuttavia, la signora cominciava a portare in seduta problematiche di natura più personale (la paura di guidare, le vertigini, l'insoddisfazione lavorativa), proposti anche quali possibili ragioni del bisogno della figlia di differenziarsi distanziandosi da lei; il signor A., d'altro canto, pur esprimendo il proprio

dispiacere, sembrava mostrare un migliore riconoscimento dell'importanza e della funzionalità dei bisogni separativi espressi da S., consapevolezza che ha consentito di lavorare sulla sua funzione in questo compito evolutivo della figlia.
Dopo la pausa natalizia, sono stati riferiti nuovi miglioramenti da parte della ragazza: i rituali sono diminuiti, i pasti si svolgevano in modo più sereno e libero, senza necessità di pesare tutti gli alimenti. Nella relazione di coppia permaneva una certa conflittualità accompagnata da una persistente recriminazione della signora che sembrava spostare difensivamente sulle difficoltà del marito a modificare alcuni pattern di comportamenti ansiosi, la sua comprensibile rigidità rispetto alla possibilità di lavorare in un setting di coppia sulle personali fobie e preoccupazioni. Mentre maturava la consapevolezza, accompagnata da ansie e negazioni difensive, della progressiva crescita a maturazione delle figlie, in particolare di S. che risultava essere una ragazzina molto corteggiata, si facevano evidenti le difficoltà nella comunicazione affettiva, soprattutto da parte dell'uomo, ma anche la chiusura della triade femminile che escludeva il maschile – marito/padre – da tutte ampiamente svalutato.
E' stata a questo punto valutata in équipe la possibilità, peraltro richiesta anche dalla signora, di offrire ai coniugi spazi terapeutici separati, e per contenere la conflittualità che ostacolava il lavoro nel setting duale e per offrire ad ognuno uno spazio, di differenziazione e riconoscimento, il cui bisogno appariva sempre più emergente. La signora è pertanto passata ad un lavoro individuale con un collega, mentre il marito ha proseguito con me.

Il lavoro nel setting individuale con il signor A.

Gli incontri individuali con il signor A. sono iniziati nel periodo primaverile e si sono protratti per circa un anno. La frequenza delle sedute è rimasta quindicinale. Non fu sempre costante: le assenze si facevano più frequenti man mano che il legame terapeutico, divenendo più significativo, lo esponeva maggiormente alla paura di dover gestire successivamente il dolore della separazione.
Comunque, da quel momento, i tre membri della famiglia hanno proseguito il loro lavoro in setting distinti, ognuno con il proprio terapeuta, e trovavano una simbolica possibilità di incontro, rappresentazione e riconoscimento, quali individui separati ma anche come gruppo famiglia (la famiglia A.), durante le riunioni svolte dall'équipe curante.
Nella descrizione diacronica del lavoro svolto insieme, mi soffermò sui contenuti più esemplificativi dei fattori psicodinamici individuali e familiari, di matrice transgenerazionale, che apparivano correlabili alla genesi e al mantenimento del disturbo alimentare di S. Primari apparivano, in alcune fasi, l'attività di alcuni meccanismi difensivi di tipo primitivo, che faceva emergere nel signor A. dubbi sulle capacità di conservare la propria integrità psichica, e la tematica identitaria (ricordiamo che il signor A. è figlio di emigrati ed emigrato lui stesso dal sud al centro Italia)

Al nostro primo appuntamento è arrivato insolitamente in orario, anzi leggermente in anticipo. Si mostrava sereno e sorridente. Ha riferito di avvertire un senso di "*stranezza*" per

l'assenza della moglie: per la prima volta, dopo tanti anni, aveva un colloquio diretto con una persona. Finalmente, ho pensato, sentiva forse di poter essere individuo, visto e riconosciuto da qualcuno.
Nel succedersi delle sedute sono emersi sentimenti di "smarrimento" e problematiche identitarie per scelte di vita alle quali si è sentito più indirizzato che consapevolmente orientato (compresa la scelta della facoltà universitaria) e per la perdita dei propri punti di riferimento, per la quale ha sofferto di più venendo a Roma. I contenuti portati (episodi quotidiani, di vita domestica e lavorativa, ricordi…) apparivano caratterizzati da temi quali il bisogno di approvazione e riconoscimento; il dolore per la perdita precoce (quando aveva solo 7 anni) del papà, a seguito della quale ha assunto un'identità di "orfano" che non ha potuto essere risanata; il dispiacere per il non soddisfacente rapporto affettivo con le figlie, in particolare con S., alla quale sentiva di riuscire ad esprimere poco efficacemente entusiasmo per i suoi successi o la quale non riusciva a cogliere il valore dei suoi apprezzamenti, mentre era esageratamente critica nei suoi confronti. Di analoga severità appariva, ricordiamo, il giudizio espresso dalla moglie.
Correlato al problema identitario era il sentimento di sofferenza, associato a vissuti depressivi, per il mancato riconoscimento dell'efficacia del suo operato nei contesti sia familiare che lavorativo e, in particolare, per le difficoltà comunicative con la figlie. Ma anche la paura del loro giudizio e quella, che ogni genitore/adulto può esperire, di entrare in contatto con una fase evolutiva, quella adolescenziale, la quale, facevo rilevare, spesso rimane inascoltata o viene solo "indirizzata": lui stesso, del resto, non aveva potuto seguire i suoi desideri e le sue aspirazioni ma piuttosto, aveva dovuto assecondare le indicazioni degli adulti e di un mondo esterno (figure significative, istituzioni) spesso svalutante. Incoraggiato dalla restituzione della terapeuta e dalla sua rassicurazione relativa all'assenza di qualsiasi forma di giudizio, il signor A., visibilmente emozionato, aveva potuto per la prima volta riflettere sulla possibilità di ascoltare le sue aspirazioni e riconoscerle come ancora perseguibili.
Si è rivelato possibile, da questa fase, lavorare sulle relazioni con le figure di autorità e genitoriali, con le regole sociali e culturali del paese di origine, improntate all'arroganza e al prevalere della forza e del più forte, sulle relazioni con il mondo adulto. Sono emersi allora vissuti di sopraffazione e sconfitta determinati da reali fallimenti ideologici e dell'impossibilità di opporsi ad una realtà rivelatasi disfunzionale. Ma anche sentimenti di rabbia, più frequentemente autodiretti in senso autosvalutativo, che troverebbero origine in esperienze relazionali deludenti perché poco autentiche, le quali minacciavano fortemente il suo sentimento di sé. A fronte di un maggior contatto e riconoscimento degli aspetti affettivi e relazionali, permaneva un vissuto di "spaesamento" e di mancanza di legami amicali e relazionali in grado di favorire i sentimenti di appartenenza e identitari: la famiglia ha avuto da sempre scarse relazioni sociali e si è organizzata in un modello di funzionamento che potremmo definire di autosufficienza.
La tematica della fragilità identitaria, nella storia del signor A., sembrava adesso emergere come figura e condensare in sé elementi di fondo e processi psichici difensivi di tipo primitivo (scissione, idealizzazione, svalutazione di sé e dell'altro, proiezione), e di notevole complessità, sui quali è stato necessario lavorare a lungo per favorire il passaggio ad un funzionamento più evoluto e funzionale.
In seguito a ciò, si faceva più evidente l'ansia correlata alla significatività che il legame terapeutico stava assumendo, al possibile dolore per la separazione che prima o poi avrebbe dovuto essere affrontato. Questi fattori unitamente alla difficoltà di sperimentare un'esperienza relazionale per lui insolita (come abbiamo detto, per la prima volta dopo tanti anni aveva un colloquio diretto con una persona, non "mediato" per così dire dalla presenza

della moglie che svolgeva una professione più "prestigiosa" della sua, si mostrava, con vezzo, intellettualmente più attiva e rispetto alla quale traspariva la presenza di un suo vissuto di inibizione), con quel femminile che tante volte lo aveva frustrato e fatto sentire in difficoltà (anche al lavoro era l'unico uomo e si sentiva spesso svalutato o non sifficientemente apprezzato e dalle colleghe e dalla preside), lo hanno indotto a interrompere prematuramente il percorso terapeutico.
Bisogna peraltro considerare che la domanda iniziale della coppia era quella di poter ricevere un sostegno ad una funzione genitoriale che diventa particolarmente difficile quando ci si misura con una patologia in grado di mettere a rischio la vita della propria figlia. Il setting individuale apriva invece di più alla possibilità, grazie, come direbbe Bion, alla funzione rispecchiante dell'analista, di un incontro autentico con la propria persona e ad una possibile più profonda trasformazione ed evoluzione della personalità, a cui il signor A., non sembrava pronto.
E' da dire, comunque, che questa interruzione è stata concordata con la terapeuta ed è avvenuta alla maturazione, nel signor A., di un sentimento di maggior fiducia in sé, di un mutamento evolutivo delle sue modalità relazionali nel contesto sia familiare (una maggiore partecipazione alla vita e alle attività della figlie con una conseguente maggiore soddisfazione rispetto le proprie capacità genitoriali e un riavvicinamento meno conflittuale con la moglie) che lavorativo, e in una fase in cui importanti evoluzioni trasformative stavano avvenendo anche in S., la quale pure, da lì a pochi mesi, avrebbe concluso il suo percorso terapeutico.
Ora, sebbene l'ansia per il dolore separativo sia stata sempre affrontata e superata nel lavoro con l'analista, gli altri aspetti citati, i progressivi miglioramenti della figlia e non ultimo l'aggravio economico che l'intero progetto terapeutico aveva comportato alla famiglia, l'hanno determinato ad interrompere i propri incontri.
Era stato però possibile offrirgli, in un tempo relativamente breve, uno spazio relazionale di riconoscimento e auto-riconoscimento individuativo, rispetto ai giudizi svalutanti e ipercritici della moglie e del mondo esterno; di (ri-)definizione identitaria più certa, con l'affermazione di un sentimento di Sé più fiducioso e positivo.
Un sogno riferito con aria soddisfatta e il volto illuminato a circa un anno dall'inizio del lavoro individuale appare in tal senso esemplificativo della raggiunta possibilità di riconoscersi in una individualità separata dalla moglie e da un gruppo famiglia poco disposto a riconoscere le sue qualità, del più generale percorso evolutivo e trasformativo che il signor A., aveva potuto raggiungere, ma anche del suo sentirsi pronto a proseguire da sé:
Doveva partecipare ad un convegno su un tema di economia a finanza (di cui si parla in famiglia per gli studi della figlia e della moglie). In un primo momento, chiede alla moglie aiuto nella stesura-impaginazione del discorso. Ma alla fine decide di parlare a braccio, da solo, senza aprire il pacchetto preparato della moglie.

Conclusioni

Il caso clinico proposto, oltre a confermare l'importante ruolo della famiglia, delle interazioni dinamiche che in essa si sviluppano fin da primi mesi di vita del bambino (la qualità della relazione diadica madre-figlio, della triangolazione edipica e della funzione simbolica che il padre può svolgere in questa fondamentale interazione per favorire il raggiungimento di un'autonomia somatica e psichica di quest'ultimo); ad evidenziare in che modo l'insuccesso di uno o più di questi processi, o gli esiti del suo più complesso funzionamento psicodinamico gruppale possano concorrere significativamente nella genesi e nel

mantenimento dei disturbi come le anoressie e le bulimie, riafferma quanto sia di fondamentale importanza il ricorso a modelli di cura integrati, che siano non solo multidisciplinari, ma consentano di lavorare su molteplici livelli di complessità (gli aspetti di ordine più ampiamente psicopatologico e di psicopatologia dello sviluppo, i processi di funzionamento psichici profondi, individuali e gruppali, gli aspetti culturali e identitari) e setting di cura.
Si tratta di complessità multistrato e concentriche, tutte ampiamente coinvolte nei fenomeni psicosomatici, le quali possono trovare possibilità di rappresentazione e cura con progetti di intervento individualizzati e/o specifici al singolo caso, ma sempre ri-modulabili in funzione dei fattori e delle processualità dinamiche e transgenerazionali via via emergenti e, soprattutto, che prevedano, ove possibile, il coinvolgimento del gruppo famiglia.
Centrali rimangono gli interventi dei gruppi équipe e istituzionali, spazi in grado di offrire contenimento alle manifestazioni cliniche gravi e alle conflittualità intense, e ancor più di attuare livelli di intervento sul nucleo famigliare che possano essere anche sincronicamente individuali, consentendo in questo modo, a tutti e ad ognuno, il risanamento e/o il completamento dei processi separativi, ove questi siano stati assenti o insufficienti; significative trasformazioni del funzionamento delle personalità; rilevanti costruzioni e/o riparazioni di identità soggettive e individualità separate, che possano esprimersi in modo sano all'interno del gruppo famiglia, ma anche identità gruppali capaci di adeguata integrazione nei contesti sociali di riferimento.
Un tale modello di intervento consente, allo stesso tempo, di lavorare sulle generazioni, sulla grammatica del loro funzionamento, sugli aspetti traumatici irrisolti e trasferiti transgenerazionalmente (Comelli 2015); permette altresì di mantenere vitale e attivo il campo familiare nella mente del gruppo équipe, la cui attività sognante, intesa in senso bioniano, e trasformativa, può attivare e facilitare la successiva rappresentazione ed elaborazione degli elementi analitici emersi nei rispettivi setting individuali, i cui effetti risananti ricadono positivamente e omomorficamente (Kaës, 1993) sul funzionamento del nucleo familiare più ampio.
Rispetto al caso in esame possiamo dire che la famiglia A., all'esito per percorso svolto, era riuscita a superare la posizione della fusionalità, del funzionamento di tipo sincretico (Bleger 1988) tipico delle famiglie nelle quali prevalgono gli aspetti narcisistici, anche gruppali, l'azione di meccanismi difensivi di tipo primitivo, l'assenza di individuazione, per orientarsi verso più mature ed evolute differenziazioni individuali, una più fiduciosa apertura e un maggior sentimento di appartenenza alla realtà socio culturale nella quale vivono e nella quale S. con la sorella sono nate.

Bibliografia

Aguair De Mandolado M., *Il paradigma della complessità e i disordini della condotta alimentare. Trauma, conflitto e narcisismo*. Inedito.
Bini F. (2015), Diffusione sociale dell'anoressia: epidemiologia, fattori, modelli, e marketing della prevenzione. In *Tesi di laurea Magistrale Università degli Studi di Pisa Corso di Laurea in Marketing e Ricerche di Mercato*. Relatore Prof. Piero Manfredi.
Bion W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972.
Bleger J. (1966) Gruppo familiare e psico – igiene. In *Psico-higiene e psicologia istituonal*. Editora Artes Medica, Porto Alegre 1984 pp. 96-107.
Bleger J. (1988), Il gruppo come istituzione e il gruppo nelle istituzioni. In AA. VV. L'*istituzione e le istituzioni*. Roma: Borla.
Bruch H. (1988), *Anoressia*. Casi clinici. Milano: Raffaello Cortina.
Cesàro A. N. (2007), *Del genere sessuale*. Napoli: Alfredo Guida Editore.
Chasseguet Smirgel J. (1994), La lotta delle donne per l'autonomia evidenziata dai disturbi alimentari (dattiloscritto).
Comelli F. (2015), *I disturbi psichici bella globalizzazione. Dalla crisi del campo familiare ai sistemi di cura per dipendenze anoressia e distruttività*. Milano: Franco Angeli.
Devereux G. (1978), *Saggi di etntopsochiatria generale*. Roma: Armando.
Freud S. (1984), Le Neuropsicosi da difesa.Torino: Bollati Boringhieri, 2002.
Kaplan L.J. (1991), *Perversioni femminili*. Milano: Raffaello Cortina, 1992.
Kaës R (1993), *Il gruppo e il soggetto del gruppo*. Roma: Borla, 1994.
Kaës R. (1999), *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Roma: Borla.
Maffei G. Nissim S. (1987), Appunti su separazione e morte nell'anoressia. In *Quaderni di psicoterapia infantile*, n. 16. Roma: Borla.
McDougall J. (1990), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi somatici*. Milano: Raffaello Cortina, 2004.
R. A. Gordon (2004), *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
Winnicott D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.

Lilli Romeo, Psicoterapeuta Psicoanalista di Gruppo (IIPG) Socia e già Presidente di Argo. CTU presso il Tribunale Ordinario di Roma.
Email: lilli.lilli@libero.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Declinazioni dell'aggressività in un disturbo alimentare infantile

Mara Sarnelli

Abstract
Attraverso il caso clinico specifico di una bambina di nove anni, che si nutre esclusivamente di cibi liquidi, l'articolo indaga alcune delle possibili dinamiche inconsce intersoggettive sottese all'instaurarsi di un disturbo alimentare infantile. In particolare, l'Autrice si interroga sulla funzione dell'aggressività nel processo di crescita, sulle possibili conseguenze patologiche della sua mancata integrazione e sul ruolo della dentizione nello sviluppo infantile, in qualità di prima barriera tra l'infans e l'oggetto. Infatti, all'interno dell'ambiente simbiotico e confusivo delineato nel caso clinico, la negazione dell'aggressività ostacola il dispiegarsi dei processi di differenziazione sia rispetto all'oggetto, sia nei confronti del *sexuale* (Laplanche, 2003). L'assenza di confini corporei si riflette sull'impossibilità di rinunciare alla bisessualità psichica e all'onnipotenza infantile, nutrendo il fantasma del *genere neutro* (Green, 1973) e della non definizione del soggetto.

Parole chiave: disturbo alimentare infantile, aggressività, dentizione, bisessualità psichica, genere neutro

Abstract
Through the analysis of the specific clinical case of a nine year-old girl, who only eats food in liquid form, this essay investigates some possible intersubjective subconscious dynamics, underlying the establishment of an infantile eating disorder. Particularly, the author explores the function of aggression in the process of growth, the possible pathological consequences of its failed integration, and the role of teething in child development as a first barrier between the infant and the object. In fact, within the symbiotic and confusing environment described in the clinical case, the denial of aggression hinders any process of differentiation in relation to both the object and the sexuale (Laplanche, 2003). The absence of body boundaries impinges on the impossibility of renouncing psychic bisexuality and infantile omnipotence,

nourishing the ghost of *gender neutrality* (Green, 1973) and of an undefined subject.

Key words: childhood eating disorder, aggression, teething, psychic bisexuality, gender neutrality

«Io non riesco più a capire come abbiamo potuto trascurare la presenza ubiquitaria dell'aggressività e della distruttività non erotica, e mancare di dare a questa il posto dovuto nella nostra interpretazione della vita» (Freud, 1929, p. 606)

La psicoterapia in età evolutiva consente al terapeuta infantile una posizione privilegiata nell'osservare il valore intersoggettivo del sintomo e i significati inconsci che esso assume all'interno del legame fra il soggetto e la coppia genitoriale. La caratteristica interpersonale del sintomo è particolarmente evidente nelle condotte che rientrano nel campo dei disturbi alimentari, essendo l'alimentazione una delle prime forme di accudimento e di relazione tra la madre e il bambino. Nella vita dell'individuo, infatti, l'appetito viene molto presto caricato di valenze simboliche, inconsce, fantasmatiche e relazionali, che rendono conto della complessità di tali disturbi.

Pertanto, nei casi di condotte anoressiche infantili o di alimentazione iperselettiva, a cosa dice realmente "no" un bambino nel momento in cui rifiuta il cibo?

Nel caso clinico che qui presento, l'alimentazione scarsa e limitata ai cibi frullati di Viola, la mia paziente di nove anni, è il risultato di un patto narcisistico (Kaës, 2009) con la coppia genitoriale, e in special modo con la madre, volto a negare e mantenere scissa l'aggressività primaria. Per aggressività primaria, Winnicott intende quel gesto impulsivo, istintuale e vitale, insito nell'appetito e nella motilità sin dall'inizio della vita, che diviene aggressivo se incontra un'opposizione e che, al contrario, rafforza il Sé se viene accolto dall'ambiente, divenendo la base per la creatività (1). Per Viola e i suoi genitori la rimozione dell'aggressività ha lo scopo di eludere i processi separativi così da permanere in una relazione simbiotica, onnipotente e a-temporale. Infatti, Viola non solo si nutre di pappine, ma è lavata dalla madre e dorme da sempre nel letto matrimoniale, mentre nella sua cameretta è ancora presente la culla che utilizzava da neonata. In questo contesto incurante dei bisogni di crescita ed autonomia di Viola, il rifiuto dell'uso dei denti si pone al servizio sia della ricerca di uno stato interno a-conflittuale, contraddistinto dalla negazione dei propri bisogni, sia delle manovre inconsce di ritorsione e di controllo nei confronti

dell'oggetto, nonché di unione con esso, in una dimensione infantile perenne e immutabile.
Nel primo anno di vita, il processo della dentizione costituisce un fondamentale momento evolutivo per la psiche, poiché il bambino ha l'opportunità di acquisire uno spazio mentale e integrare l'ingente carica vitale costituita dalla pulsione orale aggressiva. Infatti, per l'infante l'ipertrofia gengivale e la progressiva eruzione dentaria comportano il crollo dell'illusione di un seno infinitamente gratificante (Giannotti, De Astis, 1989). Le sensazioni dolorose che invadono il cavo orale, precedentemente fonte di gratificazione e luogo della magica ricostituzione bocca-seno, diventano gradualmente la prova dell'esistenza di uno spazio tra sé e la madre, che tra l'altro è proprio l'artefice delle sensazioni che provocano rabbia. Sulla spinta di queste sensazioni orali e dell'eruzione dentaria, il bambino è costretto ad operare uno spostamento, ossia a deflettere l'attacco orale sugli oggetti inanimati e allo stesso tempo a mantenere nella mente l'immagine di una madre viva. Così facendo, fantasia e realtà tendono a distanziarsi e le fantasie assumono un carattere più mentale che corporeo. Tuttavia, nei casi di mancato supporto da parte dell'ambiente o di disturbo nel rapporto con l'oggetto materno, l'eruzione dentaria può apparire come un affronto ad una fusione onnipotente altamente idealizzata e la pulsione orale può essere percepita persecutoriamente come "non-me", oppure può suscitare un'aggressività reattiva tale da portare ad un precoce investimento dell'apparato percettivo sensoriale.
Nel caso specifico di Viola, l'utilizzo dei denti sembra inibito proprio al fine di scongiurare il ripresentarsi della carica aggressiva orale e le fantasie ad essa connesse, riguardanti sia l'eventualità di attaccare e danneggiare l'oggetto, sia l'esistenza di una barriera che si oppone all'unione con esso.
La prima volta che la incontro, Viola usa due espressioni che si imprimono nella mia mente. La prima riguarda la motivazione che la paziente adduce al cambiamento del proprio progetto terapeutico, secondo il quale Viola inizia la psicoterapia con me e aumenta la frequenza delle sedute. La bambina, infatti, sostiene di non riuscire a *tirar fuori* qualcosa che ha dentro. Sulla base delle sue parole, ho l'impressione che Viola immagini il processo terapeutico come un movimento di estrazione, piuttosto che di assimilazione di una funzione di cui poter fare un uso soggettivo e che accresca la propria persona al pari del cibo solido che rifiuta di ingerire. La seconda riguarda una sua curiosità. Viola chiede: *come è possibile che nella caldaia della propria casa sia nata una piantina?* Con questo quesito, mi sembra che Viola riporti le tracce di un ambiente primario rappresentato come meccanico ed asettico, in cui gli aspetti di vitalità e di affermazione del Sé sono custoditi nascosti, quasi celati.
Con il progredire del lavoro psicoterapeutico e la ricostruzione della vita di Viola e della sua famiglia attraverso le sedute con la coppia genitoriale, le due

questioni riferite *d'emblée* dalla paziente mi risultano sempre più intricate tra loro. La madre di Viola è la primogenita di una coppia di alcolisti con condotte aggressive, limitate per lo più tra i due partner. I nonni di Viola generano altri tre figli minori, del cui accudimento la madre di Viola si fa carico con l'intento di preservarli dall'aggressività della coppia genitoriale. Alla nascita di Viola, la madre inizia a soffrire di un disturbo ossessivo compulsivo, che le impedisce di occuparsi della neonata e che appare come un tentativo estremo di padroneggiare la depressione post-partum attraverso i pensieri ossessivi. Questi vertono intorno al tema della sporcizia e le impongono il bisogno impellente di pulire, tanto che per timore di sporcare e di sporcarsi, la madre non riesce a tenere la bambina in braccio, ad allattarla, a prepararle da mangiare o a consentirle di muoversi liberamente in casa. Per questo motivo, l'accudimento della bambina è delegato in parte ai nonni paterni, che vengono descritti come presenti e di supporto, soprattutto durante i primi anni di matrimonio della coppia e di vita della nipote, anche perché i genitori di Viola abitano nella casa accanto alla loro. Tuttavia, quando Viola ha tre anni, i nonni paterni si trasferiscono improvvisamente in un paesino fuori città, a seguito di una forte lite con il fratello minore del padre di Viola, ancora convivente con i propri genitori malgrado l'età adulta. Anni dopo, la nonna paterna diviene invalida e costretta su una sedia a rotelle a causa di una caduta. Per Viola, questi eventi assumono il significato di una riattualizzazione continua della precoce perdita primaria dell'oggetto materno.

I genitori di Viola sono misteriosi rispetto alle motivazioni che li hanno spinti a costituirsi come coppia fin da ragazzi, ma sembrano condividere inconsciamente dei vissuti di ambivalenza e di abbandono rispetto alle figure genitoriali, nonché dei vissuti depressivi. Entrambi, infatti, condividono il bisogno di dormire a contatto con la figlia per non sentirne la mancanza e il timore che Viola si allontani da loro con l'arrivo della pubertà, essendo la loro unica figlia, scelta dettata dalle catastrofiche conseguenze della prima gravidanza sulla salute psicofisica della madre. Inoltre, entrambi si mostrano ambivalenti nei confronti della psicoterapia della bambina e della sua funzione separatrice. Questa, infatti, non viene cercata attivamente dai genitori, dal momento che la presa in carico da parte della ASL ha inizio dopo un ricovero ospedaliero della bambina da cui si evince il suo scarso peso fisico. Inoltre, la psicoterapia sembra portata avanti sulla spinta del timore persecutorio che la bambina possa essere allontanata da casa, in conseguenza al coinvolgimento della ASL e dei servizi sociali, piuttosto che per una reale preoccupazione rispetto alla salute della figlia. Quando ha inizio la psicoterapia della bambina, la madre è in cura farmacologica, ma i pensieri ossessivi sono ancora presenti.

Il nodo della patologia di Viola e del legame narcisistico con i genitori si consolida proprio nella rimozione comune dell'odio sano e nel controllo

spasmodico dell'aggressività. In *L'odio nel controtransfert* (1947), Winnicott riporta diciassette motivi per cui una madre sana odia il proprio bambino ancor prima che lui possa odiare lei. Nel caso della madre di Viola, l'identificazione con una coppia di genitori aggressiva e generatrice allo stesso tempo, riattualizzata in seguito alla propria maternità, porta ad una cospicua rimozione dell'odio. A questa si aggiunge la fantasia, condivisa da madre e bambina, che la nascita e la separazione siano fonte di danno, a causa dell'insorgenza dei disturbi della madre successivamente al parto.

Nella coppia madre-bambina, la rimozione dell'odio sano si traduce in una reciproca cattura narcisistica e in un consolidamento teso ad annullare l'alterità, la differenza e i confini personali, che farebbero riemergere l'odio latente qualora si percepissero. Il contatto corpo-a-corpo all'interno del letto matrimoniale rappresenta l'emblema della ricerca di una dimensione fraterna, paritaria, regressiva e magmatica, in cui i conflitti sono evitati e i processi psichici legati alla crescita sono messi in scacco. Parallelamente a questa difficoltà a pensare ed elaborare la differenza, la presenza fisica è erotizzata e il contatto percettivo-sensoriale tappa il buco della castrazione originaria, ancor più enfatizzato dalle carenze di identificazione primaria tra la madre e la figlia, di *holding* e di *rêverie* materna.

L'odio rimosso che impregna la relazione tra la bambina e i suoi genitori rivendica la propria presenza con un rincaro di violenza: per Viola non è possibile uno spazio di esistenza personale, questione che il suo corpo inconsistente incarna concretamente. In questo contesto, il collasso sull'oggetto attraverso una modalità imitativa di esistenza è l'unica soluzione che Viola possiede per non cadere nel vuoto della patologia materna. Infatti, a proposito delle conseguenze patologiche di un alterato rapporto oggettuale, Gaddini (1984, p. 614) scrive: «Passare da uno stato di perenne sopravvivenza a vivere di vita propria costituisce, per queste persone, il massimo pericolo. Paradossalmente, se un desiderio di vivere di vita autonoma dovesse prevalere, esso coinciderebbe inconsciamente con il cessare di sopravvivere, vale a dire con l'annientamento di sé. Vi sono, a nostro avviso, stati depressivi, che costituiscono una sorta di barriera protettiva del Sé infantile, intesa a impedire qualunque movimento o cambiamento nella struttura dell'Io. La cosiddetta angoscia depressiva altro non è, in questi casi, che angoscia di perdita di sé».

Pertanto, Viola utilizza il controllo del proprio corpo e di ciò che entra in esso per tenere a bada i desideri, i bisogni e il pulsionale, in definitiva tutto ciò che circoscrive la propria esistenza personale. Così facendo, Viola padroneggia, o anche appiattisce, il proprio mondo interno, la confusione che lo regna e il conflitto identificatorio con la *madre morta* (Green, 1980). Nella sua assenza di forme specifiche, il corpo indifferenziato di Viola diviene testimone del conflitto tra il desiderio di unione con la madre in un'infanzia senza fine e quello di

separazione da lei, nella speranza di fare il vuoto dell'oggetto alienante attraverso l'incarnazione di un senso di vuoto. Tuttavia, il tentativo di superare *l'impasse* attraverso il rifiuto dell'identificazione con la madre, del corpo e del sessuale, piuttosto che per una loro elaborazione, risulta fallimentare. Infatti, nei processi costitutivi della psiche, la differenziazione con l'apparato psichico dell'altro si fonda su movimenti relazionali in cui l'attività soggettiva emerge in primo piano e la funzione materna si sposta sullo sfondo. A proposito di questo movimento di scambio, Balsamo (2014) scrive: «Ciò che è doveroso ammettere, per il funzionamento stesso dell'apparato, è che la separazione non può esistere se non nell'integrazione di ciò che lascia fuori di sé, in modo da realizzarne un'assimilazione. I limiti non sono dunque mai netti, nel senso di un tutto o nulla, e nessuna costruzione dello psichico può mai realizzarsi se non in un mutuo scambio con ciò che lo istituisce e lo fonda nella sua possibilità».
Nel caso di Viola, dunque, come smuovere l'appiattimento psichico all'interno di un'infanzia congelata e avviare così i processi separativi necessari alla crescita?
Nel lavoro terapeutico e soprattutto attraverso i giochi, Viola può gradualmente esprimere, rappresentare in nuove forme e utilizzare diversamente sia la rabbia incistata, sia la sofferenza per la propria ferita narcisistica. Con i giochi e i disegni, la rabbia di Viola può essere pensata, parlata ed ascoltata, grazie allo sguardo di un oggetto che sopravvive senza riportare danni o ritorsioni. All'interno di questo lavoro di bonifica, Viola ed io ci trasformiamo in regine di paesi stranieri che lottano tra loro, per contrastare il desiderio di invasione dell'altra e per difendere il nostro territorio. Grazie alla funzione di contenimento del setting, Viola può inventare quello che lei definisce il "*death note*", ossia un quaderno su cui annotare i nomi delle persone che vorrebbe morissero e su cui, in realtà, scrive esclusivamente le parole "mamma e papà". Oppure ancora, Viola può minacciare di lanciare e lasciare in un buco la bambola a cui sente di somigliare, visto che la madre la veste come una piccola barbie dai vestiti graziosi ma poco comodi o coprenti anche in inverno, inscenando così la propria rabbia nel sentirsi trattata come il giocattolo della madre.
Riporto una sequenza di una seduta in cui Viola ed io giochiamo a basket:

Quando è il mio turno di lanciare, Viola siede sulla mia sedia, sostenendo che le piace perché è molto comoda. Allora propone che colei che non deve lanciare si segga al mio posto, assumendo contemporaneamente un'espressione soddisfatta, quasi superba. Intanto che giochiamo, commento che forse Viola sta dicendo che a volte i grandi possono far arrabbiare perché si trovano in una posizione più comoda, perché possono decidere cosa fare, come comportarsi, quali regole seguire. Viola prende le forbici e incide un piccolo taglio sulla superficie di gomma della pallina, mentre dice: "ho fatto un danno

e mi è piaciuto". Riprende a giocare e ha un lapsus quando cerca la pallina nel canestro. Chiede: "dove sta questa Mara?". Le rimando che a volte Viola vorrebbe fare con la dottoressa quello che fa con la pallina, ossia vorrebbe lanciarla, colpirla, graffiarla e acchiapparla per tenerla con sé, per sapere sempre dov'è e cosa fa. Aggiungo che forse a volte vorrebbe controllare anche la mamma per assicurarsi che non faccia nulla che possa farla arrabbiare o dispiacere. Silenziosamente Viola disegna uno smile sorridente con le scocche rosse, di cui ritaglia la sagoma per attaccarla sulla propria fronte come se fosse una maschera. Commento che ha rappresentato una bimba sorridente e paffuta, ma chissà cosa nasconde quella maschera e chissà se sotto non c'è una bimba tanto arrabbiata e triste. Viola recupera il cappotto prima di salutarci ed io le domando se non voglia lasciare la maschera in stanza. Lei scuote il capo ed io commento che si tratta di una parte importante di Viola, per cui desidera portarla con sé in modo che la vedano anche i suoi genitori. Lei esce dalla stanza e raggiunge i genitori con la maschera ancora attaccata al volto.

Come conseguenza dell'inizio dell'elaborazione della rabbia, nel setting terapeutico Viola comincia ad accostarsi ad un'altra questione, che per lei risulta particolarmente ingarbugliata: quella del *sexuale*, che Laplanche (2003) definisce come «il residuo inconscio della rimozione-simbolizzazione del genere mediante il sesso» (p. 147). Rispetto a questo argomento, Viola oscilla tra una confusione/ignoranza rispetto a tutto ciò che attiene alla sessualità, compresa la differenza corporea tra maschi e femmine, e una curiosità/conoscenza coltivata di nascosto grazie al supporto di internet. In particolare, le ricerche di Viola si indirizzano verso le definizioni di eterosessualità, omosessualità e transessualità, a cui la bambina attribuisce dei significati del tutto personali che sfrutta al fine di definire la propria identità all'interno di una categoria riconosciuta. Infatti, Viola si ritiene dapprima omosessuale, intendendo che è sia maschio che femmina, e in un secondo momento si definisce *pansessuale*, ossia amante delle persone di entrambi i sessi.
Il corpo-a-corpo con la coppia genitoriale e l'inclusione nel letto matrimoniale, così come fantasmaticamente nella scena primaria, ostacolano il dispiegarsi della funzione *transizionale* (Fusacchia, 2020; Roussillon, 2004) della scena primaria stessa, che può avere luogo solo in una dimensione di assenza fisica materna e di rappresentazione psichica dell'oggetto assente. La scena primaria è un *processo* (Gaddini, 1974), che costituisce la fantasia inconscia centrale sulla nascita e l'origine del soggetto, che secondo Green (1991, p.142) «è e non può che essere una problematica del corpo, sul corpo e sui corpi. Compresi quelli dei genitori che sono la nostra origine».
Lo psichico e il corporeo si fondano reciprocamente e si definiscono a vicenda, per cui l'aggrovigliamento tra Viola e i suoi genitori crea confusione su entrambi

i livelli. Questa confusione alimenta il fantasma del genere neutro (Green, 1973), in cui la sessualità *in toto* è respinta e il soggetto permane in uno stato di onnipotente non definizione, incapace di confrontarsi con la mancanza implicita nella rinuncia alla bisessualità psichica. Il fantasma del genere neutro è simmetrico e complementare alla bisessualità psichica. I suoi imperativi, che Viola incarna concretamente nel suo corpo scheletrico, sono: essere né maschio né femmina o entrambi, essere tutto o essere niente come condizione ideale d'autosufficienza, sfiorare la morte per sentirsi immortali. L'aspirazione del fantasma non è la soddisfazione del desiderio sessuale, ma l'annientamento psichico. Inoltre, l'attribuzione di un sesso al bambino è strettamente dipendente dal desiderio dei genitori, anche loro presi in un conflitto relativo alla propria bisessualità psichica. Infatti, Green (1973, p. 263) scrive: «Questo fantasma potrebbe essere stato elaborato sul fantasma materno, che desidera che il suo bambino non sia affatto, né sessuato né vivente. Ma la richiesta d'amore materno va di pari passo con una sete d'amore inestinguibile, con una sensibilità esacerbata rispetto a qualsiasi manifestazione di rifiuto da parte dell'oggetto amato, sostituto paterno o materno che sia». Allo stesso tempo, però, il fantasma del genere neutro viene descritto da Green come «manifestazione di obbedienza al desiderio della madre e vendetta nei suoi confronti, in un rigetto violento di lei» (1973, p.263), attuato attraverso l'aspirazione al Niente e l'estinzione di ogni eccitamento, bisogno e desiderio, entrambi edificati con l'aiuto di un potente narcisismo negativo.

Così, Viola da una parte nutre la propria onnipotenza aderendo alla fantasia di essere tutto e tutt'uno con la madre e, dall'altra parte, si vendica delle assenze materne. Il trionfo sulla madre si manifesta attraverso la propria salute cagionevole, fonte di svilimento delle capacità genitoriali, e la richiesta di continue cure fisiche, tra cui la preparazione di cibi frullati che poi in parte rifiuta. Ma il fantasma del genere neutro sottende anche alla necessità di Viola di rigettare il femminile, inteso sia come passività originaria, sia come identificazione con la madre e oggetto delle sue proiezioni. L'idea della bambina di essere sia maschio che femmina nasce dalla propria percezione di avere dei gusti da maschiaccio, dunque più affini al padre, ad esempio nella scelta dei giochi e soprattutto nell'odio per le bambole. D'altronde, non solo la madre la veste in modo che somigli esteticamente ad una bambola, ma Viola racconta di avere la stanza piena di bambole, che la madre puntualmente le regala perché convinta che il genere della figlia sia garanzia di gradimento. Anche l'interesse e la simpatia che Viola nutre nei confronti degli omosessuali hanno il significato di un'opposizione ai genitori, visto che la coppia è molto religiosa e pertanto contraria alle unioni non etero.

Come sostiene Balsamo (2014) esistono "molti modi per dire no". Questi rispecchiano i diversi registri di funzionamento dello psichico e le oscillazioni in

atto al suo interno, che conducono ad esiti differenti. Eppure un "no" deve esistere affinché il soggetto limiti l'azione dell'oggetto materno e si appropri di un desiderio personale. I "no" di Viola si esprimono attraverso il rifiuto dell'aderenza totale alle proiezioni materne, ma anche, a mio avviso, tramite la salvaguardia di aspetti vitali e soggettivi, tenuti segreti e al riparo come la piantina che vive e cresce nella caldaia della sua casa. All'interno del setting e in presenza di uno sguardo altro, nonostante la disapprovazione dei genitori, Viola coltiva la sua curiosità per la sessualità, simpatizza per il movimento LGBTQ+, di cui costruisce la bandiera arcobaleno da sventolare in stanza, e imprime su una sorta di diario segreto tutta la potenza della sua rabbia contro la presa genitoriale. Progressivamente Viola comincia a *tirar fuori*, riprendendo le sue parole, aspetti creativi di sé, in qualità di affermazioni personali della soggettività della propria esistenza.

Note

1) Nel corso della crescita l'aggressività si trasforma in base alle cure che ricevedall'ambiente. Cure materne sufficientemente buone e un ambiente facilitante portano all'integrazione dell'aggressività, mentre in loro assenza questa si manifesta con modalità distruttive e antisociali.

Bibliografia

Balsamo M. (2014), Sui molti modi di dire no. Lavoro inedito.

Freud S. (1929). *Il disagio della civiltà*. In OSF: X. Boringhieri: Torino, 1975.

Fusacchia M. G. (2020). In principio era… l'intendersi. *Richard & Piggle*, 28 (1), 49-58.

Gaddini E. (1974). Formazione del padre e scena primaria. In *Scritti (1953-1958)*. Raffaello Cortina Editore: Milano, 2002.

Gaddini E. (1984). La frustrazione come fattore della crescita normale e patologica. In *Scritti (1953-1958)*. Raffaello Cortina Editore: Milano, 2002.

Giannotti A., De Astis G. (1989). *Il diseguale*. Borla: Roma.

Green A. (1973). Il genere neutro. In: *Narcisismo di vita narcisismo di morte*. Borla: Roma, 2005.

Green A. (1980). La madre morta. In *Narcisismo di vita narcisismo di morte*. Borla: Roma, 2005.

Green A. (1991). L'originario nella psicoanalisi. In Preta L. (a cura di), *La narrazione delle origini*. Laterza: Bari, 1991.

Kaës R. (2009). *Le alleanze inconsce*. Borla: Roma, 2010.

Laplanche J. (2003). Il genere, il sesso, il sexuale. In: *Sexuale. La sessualità allargata nel senso freudiano*. Mimesis Edizioni: Milano, 2019.

Winnicott D.W. (1936). Appetito e disturbo emozionale. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli: Firenze, 1975.
Winnicott D.W. (1939). L'aggressività e le sue radici. In *Il bambino deprivato*. Raffaello Cortina: Milano, 1986.
Winnicott D.W. (1947). L'odio nel controtransfert. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli: Firenze, 1975.
Winnicott D. W. (1950). L'aggressività ed il suo rapporto con lo sviluppo emozionale. In *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli: Firenze, 1975.

Mara Sarnelli è Psicologa e Psicoterapeuta associato SIPsIA (Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia). Si occupa di Psicologia dell'età Evolutiva a Napoli, dove svolge attività privata e collabora con un centro convenzionato ASL.
E-mail: marasarnelli89@gmail.com

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

Il lavoro di équipe nelle istituzioni

Valerio Galeffi, Giorgia Lagattolla

Abstract
Il presente contributo intende mettere in luce il valore del lavoro di équipe nelle istituzioni, con particolare riferimento all'esperienza dell'Aba di Roma. Non si tratta semplicemente di un gruppo di professionisti a confronto, l'équipe è uno stile di lavoro, un modo di circolazione e costruzione di saperi, un luogo dal quale attingere ispirazione e fare legame nella diversità.
La riunione di équipe permette due livelli di confronto: interdisciplinare e analitico-dinamico.
Il primo avviene nell'incontro delle diverse discipline sul comune terreno offerto dal lavoro su un caso. I saperi della psicoanalisi, della medicina e della psichiatria si misurano per articolarsi ogni volta in modo nuovo. Le diverse competenze professionali sono mobilitate come risorse di un percorso studiato e costantemente rivisitato alla luce degli sviluppi o delle difficoltà emergenti, caso per caso.
Il secondo livello di confronto si realizza nel dialogo tra professionisti analiticamente orientati ma formati in diverse scuole. Su questa base si fonda il modello di lavoro che caratterizza il nostro operato. L'esperienza dell'ascolto è al cuore di questo momento e lo rende fecondo per diverse ragioni. La discussione di un caso in équipe consente a colleghi di molteplici formazioni di ritrovarsi o differenziarsi su alcuni aspetti clinico-teorici, stimolando una riflessione critica sulle proprie coordinate di lavoro. Ogni riunione di équipe riposiziona l'ascolto come fondamento della pratica della psicoterapia, ne ricorda il valore.
Il contributo si conclude con una riflessione sull'importanza del lavoro di équipe nei contesti di crisi, come quello della pandemia che da marzo del 2020 ci vede impegnati in prima linea nell'accoglienza delle sofferenze emergenti e nell'intervento a loro dedicato.

Parole chiave: équipe, Aba, psicoanalisi, ascolto, pandemia

Abstract
This contribution intends to highlight the value of teamwork in institutions, with particular reference to the experience of Aba (Bulimia Anorexia Association) of Rome. It is not simply a group of professionals - the teamwork is a working style, a way of circulating and building knowledge, a place from which to draw inspiration and bond in diversity.
The team meeting allows two levels of discussion: interdisciplinary and analytical-dynamic.
The first takes place when the different disciplines meet on the common ground offered by working together on a case. The knowledge of psychoanalysis, medicine and psychiatry articulate themselves each time in a new way. The various professional skills are mobilized as resources on a path that is studied and constantly revisited in the light of developments or emerging challenges, case by case.
The second level of comparison takes place in the dialogue between analytically-oriented professionals, trained in different schools. The work model we operate on is based on this approach. Listening is at the heart of this moment and makes it fruitful for several reasons. The discussion of a case in a team allows colleagues from multiple backgrounds to agree or differentiate themselves on some clinical-theoretical aspects, stimulating a critical reflection on their specific work coordinates. Each team meeting repositions the listening as the foundation of the practice of psychotherapy, remembering its value.
This contribution ends with a reflection on the importance of team work in different crisis contexts, such as the one we experienced through the pandemic, which, from March 2020, sees us working together in the front line to welcome and address the emerging suffering.

Keywords: team, Aba, psychoanalysis, listening, pandemic

Il lavoro di équipe nelle istituzioni

Ci sono appuntamenti che hanno un sapore diverso dagli altri. Andare dal dentista, dal commercialista o dal meccanico a riparare l'auto sono azioni che rientrano nel campo della necessità; ci sono, poi, gli incontri romantici o quelli con una passione, con un interesse, che permettono di addentrarsi nel campo del desiderio. Quando si va da un analista, si fa una supervisione o ci si trova in una équipe ad orientamento analitico, lì l'appuntamento è con l'inconscio. Non sempre e non solo, ovviamente, ma qualcosa di quest'ordine si manifesta quando si arriva alla riunione con la disposizione di chi, avendone fatto esperienza, è

aperto a imbattersi nel nuovo, che sorge dentro di sé o che sorprende nell'ascolto dei colleghi. L'incontro di équipe del venerdì in Aba è questa occasione.
Se consideriamo, come sostiene Lacan, l'inconscio articolato come un discorso, "il discorso dell'Altro" (Lacan, edizione 2002, p. 545), prendere come bussola l'inconscio significa anzitutto saper produrre uno spazio per pensare ai pazienti e parlare di loro. Si tratta di fare della riunione la sede della parola: "Se l'esperienza analitica ci ha mostrato qualcosa è proprio che ogni rapporto interumano è fondato su un'investitura che viene in effetti dall'Altro. Questo Altro è sempre in noi sotto forma dell'inconscio, ma nulla nel nostro personale sviluppo può realizzarsi, se non attraverso una costellazione che implica l'Altro assoluto come sede della parola" (Lacan, edizione 2007, p. 374). Allo stesso tempo addentrarsi in questo campo comporta che ogni membro dell'équipe si faccia responsabile del proprio inconscio e del proprio lavoro, ne risponda in prima persona. Le due condizioni sono essenziali perché l'équipe continui ad essere, fuori dal tempo dedicato alla terapia con ogni singolo paziente, un motore invisibile della cura e uno spazio di continua messa in discussione, di rettifica soggettiva per noi professionisti.
Si rivolgono all'Aba in maggior misura pazienti che soffrono di disturbi alimentari. Chiunque abbia esperienza in questo campo sa che in certi casi si tratta di soggetti particolarmente fragili, con un "disordine provocato nella più intima giuntura del sentimento della vita" (Lacan, edizione 2002, p. 555). Le patologie somatiche spesso sembrano accompagnarsi ad una sorta di cortocircuito nel pensiero. L'area della pensabilità viene così compromessa. Per tutti i pazienti, ma in particolar modo per quei soggetti la cui esistenza non ha potuto installarsi e trovare un posto adeguato nelle parole e nel desiderio dell'altro, l'incontro di équipe rappresenta quel laboratorio di desiderio, di riflessione e di parole che fa da argine alla sofferenza e che permette al gruppo di lavoro di essere continuamente attivo sulla vastità del pensiero, arginando l'aridità che molti pazienti riportano nella loro esperienza mentale.
L'équipe multidisciplinare dell'Aba di Roma è costituita da psicoterapeuti ad orientamento analitico, psicologi tirocinanti, educatori, psichiatra e medico nutrizionista. Il tempo della riunione è dedicato al confronto offerto dalle difficoltà incontrate nel lavoro, confronto che non si riduce a uno scambio di considerazioni ma diventa uno stile di lavoro, un modo di circolazione e costruzione di saperi, un luogo dal quale attingere ispirazione e fare legame nella diversità.
La riunione permette due livelli di confronto: interdisciplinare e analitico-dinamico.
Il confronto interdisciplinare consente di elaborare un sapere nuovo su ciascun paziente, a partire dalla condivisione del lavoro che i diversi professionisti, implicati nel progetto di cura, conducono con quel particolare soggetto. Si tratta

di far convergere i campi della psicoanalisi, della medicina e della psichiatria per produrre un'articolazione comune e condivisa.
Marcel Sassolas individua nella coerenza intellettuale delle concezioni della psicopatologia e del suo trattamento tra i membri dell'équipe terapeutica un elemento determinante per il clima affettivo del gruppo. La convinzione intellettuale dell'intera équipe rispetto al progetto di cura proposto permette di gestire le vicissitudini del percorso terapeutico ed il carico emotivo che ne deriva, consentendo alle situazioni più difficili di divenire momenti di verità per il gruppo.
Nelle parole di ciascun membro dell'équipe risuona qualcosa del paziente e qualcosa del modo in cui il singolo professionista sta affrontando il lavoro, con il proprio desiderio e con le difficoltà uniche che pone ogni caso. Non di rado accade che si possa parlare di soggetti che svolgono contemporaneamente un percorso di terapia, di riabilitazione nutrizionale e che assumono farmaci. La riflessione comune sul progresso del lavoro consente, dove necessario, di convocare l'uno o l'altro professionista a riposizionarsi in modo più favorevole al percorso del paziente. Questo avviene talvolta per le difficoltà che un caso pone a quel particolare professionista, e che il confronto tra colleghi aiuta a mettere a fuoco; altre volte invece si tratta di una strategia di lavoro, per la quale si può stabilire che in quel momento del percorso del paziente si ritiene più utile che certe questioni siano maneggiate da una figura professionale piuttosto che da un'altra. Ad esempio: una paziente pone il problema della sua fame, è una fame che la tormenta e la lascia in uno stato di angoscia e senza energie, è un vero "buco" a cui dover far fronte. Il terapeuta consente alla parola del soggetto di produrre un discorso attorno alla fame, discorso che tuttavia non riesce ad imbrigliare del tutto lo stato di sofferenza del corpo. Ciò che la paziente chiede è che la sua fame sia riconosciuta come qualcosa di reale. In questa situazione il medico nutrizionista, in virtù del sapere che concerne la sua disciplina, un sapere sul corpo e sul suo funzionamento, può assumere la responsabilità di questo riconoscimento e proporre una soluzione che tenga conto di questo aspetto "reale" della fame. Si produce nella paziente una pacificazione del senso di fame. Si tratta di un esempio in cui il lavoro combinato tra diversi professionisti può consentire l'invenzione di soluzioni *ad hoc*.
Ogni volta in équipe si tratta di accordare gli strumenti, ciascuno il suo, per misurarsi nell'esecuzione della sinfonia che impegna tutti a fare bene, secondo il proprio strumento e la propria partitura. È un continuo contatto di tutti con le aree vitali, nel tentativo di far emergere un'opera che coinvolga mente e corpo.
Al confronto interdisciplinare si aggiunge un secondo livello di confronto che si realizza nel dialogo tra professionisti analiticamente orientati ma formati in diverse scuole. L'esperienza dell'ascolto è al cuore di questo momento e lo rende fecondo per diverse ragioni.

Nella comunicazione tra esseri umani è sempre implicato un certo grado di difficoltà, c'è sempre la possibilità del malinteso, dell'equivoco, l'occasione per dire: "hai capito male" o "non mi sono spiegato bene". In fondo un paziente spesso si lamenta di questo, del fatto che non viene capito, non viene ascoltato, si duole di questa impossibilità di intesa perfetta con il mondo. In una équipe formata da professionisti provenienti da scuole diverse questa impossibilità di intesa può apparire uno scoglio. A ben vedere non lo è. Non lo è perché se si fa posto all'ascolto, se ci si spoglia della propria armatura, quella che ci ritroviamo ad indossare, piena di concetti di cui abbiamo bisogno di avvalerci per orientarci nella clinica, ebbene, se si riesce a stare di fronte ai colleghi come si sta di fronte ad un paziente, liberi dal giogo della propria soggettività e, in modo equivalente, liberi dal giogo della propria formazione, allora la propria soggettività e la propria formazione possono apportare un vero contributo. L'ascolto si riposiziona, di riunione in riunione, come fondamento della nostra pratica. Esso permette di lasciare temporaneamente la propria cornice di riferimenti teorici per fare un breve, significativo viaggio attraverso le parole, il linguaggio dei colleghi. Come accade al ritorno da un viaggio, alla fine di ogni riunione si esce arricchiti. Ciò non vuol dire necessariamente che al rientro a casa si adottino nuovi costumi, piuttosto l'affaccio su altre possibili letture di un caso rappresenta un'occasione continua di riflessione critica sul proprio modo di operare e offre utili spunti per la propria pratica.

Il presente contributo si conclude con una riflessione sul valore del lavoro di équipe nella crisi che da marzo 2020 interessa la popolazione mondiale, con un conseguente aumento del disagio psicologico ed esistenziale. Il trauma collettivo ha fatto eco in ciascun soggetto in modo del tutto unico. Noi professionisti della salute non siamo esenti da questo trauma, la cui elaborazione richiede, come sempre, la parola. Ciascuno di noi ha risposto in modo singolare, dal punto di vista umano e professionale, a un evento inatteso con il quale abbiamo dovuto imparare a convivere nel corso dei mesi. Il confinamento è una delle misure che ha prodotto maggiore smarrimento, ostacolando quell'abitudine all'incontro dialettico con gli altri che è al fondamento di ogni comunità. Ha invece fatto irruzione nell'esperienza quotidiana la parola traumatica della conta dei morti e delle terapie intensive, un *memento mori* dal potere depressivo, replicato in una ridondanza quotidiana che ha sottolineato la posizione di impotenza dell'essere umano. L'abitudine al lavoro di équipe ha consentito di continuare a tenere vivo il dispositivo della parola, lasciando aperto il discorso attorno alla sofferenza. L'équipe è stato il luogo nel quale si è potuto ancora trasformare il grido smarrito dell'essere umano in una domanda che chiede e trova risposta nell'altro: "Quando un bambino grida, c'è una situazione totale, che comprende la madre, il grido e il bambino [...] si tratta del grido in quanto chiama la sua risposta" (Lacan, edizione 2007, p. 187). Questo paragone intende mettere in

luce come di fronte allo smarrimento collettivo, ai sentimenti di solitudine e abbandono con i quali la pandemia ci ha confrontati, l'équipe ha potuto incarnare per noi professionisti, dapprima a distanza e poi di nuovo in presenza, una risposta, quella stessa risposta che individualmente ciascuno di noi ha potuto dare alle tante domande di aiuto che continuano a pervenire alla nostra istituzione e alle quali da sempre offriamo ascolto.

Bibliografia

Lacan J. (2002), Una questione preliminare ad ogni possibile trattamento della psicosi, in *Scritti, Vol. II*. Torino: Einaudi 2002.
Lacan J. (2007), *Il Seminario. Libro IV. La relazione oggettuale 1956-1957*. Torino: Einaudi 2007.
Sassolas M. (2001), *Terapia delle psicosi. La funzione del curante in psichiatria*. Roma: Borla 2001.

Valerio Galeffi, psicoterapeuta, psicoanalista di gruppo. Collabora con l'Aba di Milano (associazione per lo studio della ricerca sulla anoressia, bulimia e disordine alimentare). Responsabile dello studio associato di psicologia e psichiatria - Aba Roma.
Email: valerio.galeffi@gmail.com

Giorgia Lagattolla, psicoterapeuta, partecipante SLP (Scuola Lacaniana di psicoanalisi). Collabora con l'Aba di Roma dove si occupa di terapie individuali e di percorsi di sostegno genitoriale.
Email: giorgialagattola@virgilio.it

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

RECENSIONI

"My Skinny Sister: Neanche un bicchiere d'acqua" di Sanna Lenken

Chiara Matera

"Nel mare dell'amore
Nuoterò da te
La tua bellezza ti lega al mio cuore
Per l'eternità"

Mentre uno scarabeo esplora la mano di Stella, disegnando labirinti e percorsi, lo spettatore viene accompagnato alla vicenda con queste poetiche parole. È chiaro già da subito che si parlerà di legami e promesse. La regista, Sanna Lenken, sceglie il punto di vista di Stella, la sorella minore che, passando per momenti di tormento e paura, è l'unica in grado di accorgersi del mondo interno di Katja, sua sorella maggiore.
È quest'ultima che manifesterà un disturbo alimentare, oscillando tra momenti di digiuno, attimi in cui perderà il controllo ripescando il cibo nella spazzatura ed altri in cui metterà in atto condotte compensatorie. Katja è una pattinatrice che, per tutta la durata del film, non farà altro che allenarsi, isolata nel suo sogno e sempre più tormentata dai momenti in cui, in famiglia, si mangia e si passa del tempo insieme. Non compare mai un suo amico, un momento di scambio o di socialità. Sembra non esserci nulla oltre al pattinaggio. Le uniche relazioni sono con Stella e i suoi genitori.
È possibile seguire il climax dello stato emotivo di questo personaggio solo perché Stella le volge uno *sguardo*, inizialmente di ammirazione, poi di gelosia e nel corso del tempo sempre più preoccupato. Stella è l'unica che la "vede" ripescare il cibo dalla spazzatura, mangiare con frenesia per poi correre a vomitare in bagno, allenarsi anche quando le era stato proibito. L'unica che si accorge del suo tormento e della sua vergogna e, dai cambiamenti di questo sguardo, spesso silenzioso, lo spettatore può seguire, con sensibilità e vicinanza, l'espandersi del disturbo alimentare nella sorella maggiore quanto della preoccupazione in quella minore.

Prima ancora che il disturbo alimentare di Katja occupasse tutto lo spazio interno ed esterno dei personaggi, della famiglia e degli spettatori, la pellicola mostra gli *incontri* tra le due protagoniste, momenti di gioco e scambio. Dopo essersi allenate insieme, al tramonto, Stella prova ad imitare un salto di Katja, tentano di mantenere l'equilibrio legate solo con le mani intrecciate, in un gioco di singoli e doppi, specchi e rispecchiamenti, come se l'una fosse l'alter ego dell'altra e viceversa. Il fratello è il primo della generazione che esiste nel nucleo familiare ed è il primo diverso-pari a noi con il quale ci si può rispecchiare durante il laborioso processo di costruzione dell'identità. Il fratello può assumere così la funzione di "alleato nella solitudine" per la vergogna che invidia e gelosia verso i genitori provocano, è un potenziale alleato così come un rivale (Brunori, 2013).
È questa la particolarità della regia, che mette in risalto i legami più che il "semplice" disturbo alimentare in sé. Quando parlo di legame, in questa storia, mi riferisco al ricatto che sembra essere centrale per la coppia di sorelle, per il mantenimento di uno spazio privato; Katja dice: "Se lo dirai a mamma svelerò a tutti le tue poesie oscene". Pur di mantenere i suoi segreti, Stella è costretta a sottostare al ricatto, pur di conservare il suo tremendo segreto, Katja è costretta a ricattare. Ma l'amore è lì dove quello sguardo continua ad esserci, come testimone del dolore, come continuità dell'esperienza, come salvezza quando Katja non sa perché è sempre triste e piange, quando sembra scollata dal suo corpo che continua a roteare sulla pista di pattinaggio, provando e riprovando, come un disco inceppato, sempre lo stesso salto, cadendo, rialzandosi, pattinando, saltando, cadendo fino a sembrare quasi morta. Sembra che il suo corpo possa sentire, pensare, comunicare esattamente quel dolore interno che c'è. Ciò che viene raccontato con le parole, viene espresso nel corpo, esattamente come raccontato da Carla De Toffoli (2013) che descrive il passaggio dell'angoscia dalla psiche al soma e ancora alla psiche e da entrambi alla relazione.
Il momento di svolta arriverà quando Stella si rivolgerà alla psicologa della scuola e scoprirà che il destino di sua sorella potrebbe anche essere la morte. Rinchiusa in bagno, come reazione alla scoperta di questa verità, romperà lo specchio, si ferirà la mano. I genitori saranno convocati. Lei racconterà tutti i momenti di vita di Katja di cui lei è stata testimone fedele. Finalmente entrano in scena i genitori, che di fronte alla confessione della figlia minore, proveranno a gestire la situazione, oscillando tra momenti di banalizzazioni e superficialità e altri di colpevolizzazioni. Da questo momento in poi, tutte le attenzioni dei genitori saranno rivolte alla figlia "malata", Stella al contrario vivrà sulla sua pelle la sensazione di non esserci, di non dover chiedere e non dar fastidio. Stella diventerà trasparente. Quando i genitori si renderanno conto che Katja non può ingerire "neanche un bicchiere d'acqua" capiranno che loro, da soli, non sono in

grado di fare nulla e tutta la famiglia cadrà in un'assenza di senso e in un livello conflittuale molto alto. Come riportato da J. E. Garcia Badaracco (2004) i conflitti sono patologici perché producono vincoli di interdipendenze patogene che rendono molto difficile o impossibile quella che noi chiamiamo la loro elaborazione o risoluzione. Si presentano come conflitti dilemmatici. Non è sufficiente prenderne coscienza per produrre un cambiamento; è necessario ottenere certi cambiamenti perché si possano aprire spazi mentali per pensare e quindi poter cambiare. Il cambiamento avverrà prima nei genitori che, disarmati, decideranno di ricoverare Katja.
La conclusione del film (2015) mostra l'incontro tra le due sorelle in clinica. Sorridono e si raccontano. Si guardano e si perdonano, forse, per tutto il dolore. Katja dice "devi venire anche domani", Stella risponde di no, che potrà tornare la settimana dopo. Questo "no" è giustificato dalla scena successiva in cui Stella è con i suoi amici di scuola, spensierata e felice. Mostra di essere in grado di difendere il suo spazio, la sua vita e i suoi bisogni. Non è più solo la sorella di Katja, di Katja la promessa del pattinaggio, un'adolescente con un disturbo alimentare; è diventata Stella.

Lacrime bevute
Che
Sanno di mare,
fredde lame taglienti sulla pelle.
Lo sguardo la scruta
La pelle si bagna
Con il rosso
Di tua madre,
con il rosso di tuo padre
con il mio.
Il sangue
È un vino
Assetato di memoria.
Sa.
Da cieca affamata
Nitidamente controlla il respiro:
non puoi avermi.
Rifiutare è
Fiutare un odore spaventoso.
Rinnegarmi è amarti.
Rinnegarti è amarmi.
Troveremo il punto per esistere,
in due.

Bibliografia
Badaracco J.E.G (2004). *Psicoanalisi Multifamiliare*. Torino: Bollati Boringhieri.
Brunori L. (2013). Tipologie filiali/fraterne, la funzione fraterna e i pari. In *International Journal of Psychoanalysis and Education*, Vol V, No. 2, 18-31.
De Toffoli C. (2016). *Transiti Corpo-mente. L'esperienza della psicoanalisi*. Milano: FrancoAngeli.

Chiara Matera è psicologa e psicoterapeuta. Ha studiato presso la Scuola Internazionale di Teatro di Roma, perfezionando le sue conoscenze nell'ambito dell'arteterapia con un Master sull'utilizzo dei mediatori artistici nella relazione d'aiuto. Segue i gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare dal 2015 presso il Dsm di Monte Tomatico (con Andrea Narracci). Ha osservato anche i Gruppi di Bilbao (con Norberto Mascarò) e quelli di Buenos Aires (con Maria Elisa Mitre).
E-mail: c_matera@libero.it

Hungry Hearts
di **Saverio Costanzo,** 2014

"Hungry Hearts" (2014) di Saverio Costanzo, è un film sui disturbi alimentari e sulla perversione del legame materno. La protagonista, Alba Rohrwacher, descrive efficacemente una delle forme di disturbo alimentare di più recente comparsa: l'ortoressia, cioè l'attenzione abnorme e spasmodica alle regole alimentari, alla scelta del cibo e alle sue caratteristiche.
Mina, interpretata da una intensa Alba Rohrwacher, e Jude, un sorprendente Adam Driver (entrambi Coppa Volpi per la miglior interpretazione, rispettivamente femminile e maschile alla "Mostra Internazionale d'arte cinematografica di Venezia" del 2014), si incontrano per la prima volta in una toilette di un ristorante cinese a New York. Da lì nasce una relazione che darà alla luce un bambino e li porterà al matrimonio. Dal colloquio con una veggente a pagamento, Mina si convince che il suo sarà un figlio speciale che andrà protetto da ogni impurità. Inizia così a coltivare ortaggi sul terrazzo di casa e per mesi decide di preservarlo dall'esterno, non portandolo mai all'esterno, imponendo regole alimentari che ne impediscono la regolare crescita, mettendone a repentaglio lo sviluppo.

Il padre decide di opporsi a queste scelte portando di nascosto il figlio da un medico che mette in evidenza la gravità della situazione. Mina però cede solo apparentemente alle richieste del coniuge e il conflitto si fa sempre più acuto.
Nella storia della coppia, il rapporto tra maternità e funzione nutritiva è sempre in evidenza ed è lo scenario in cui si sviluppa la patologica relazione tra madre-figlio.
La protagonista, rimasta orfana di madre dall'età di due anni, è cresciuta con il padre, con cui ha perso ogni tipo di rapporto col passare del tempo. Ciò rende evidente e possibile la comprensione della debolezza della funzione materna che la protagonista non ha potuto interiorizzare appieno, e la sua assolutizzazione come difesa dalla fragilità della funzione stessa. Il mondo che la circonda, il contesto, viene travolto via per lasciare posto al rapporto totalizzante con il figlio che non ha la possibilità di individuarsi come soggetto, ma che viene visto come oggetto della madre, la quale si sentirà costantemente chiamata a proteggere il figlio dal mondo, considerato come luogo impuro e malsano, da cui difendersi. La difesa passa anche attraverso il controllo ossessivo del cibo con cui nutre sé e il bambino, che a causa della inadeguatezza alimentare non si sviluppa in maniera corretta e adeguata per un bambino della sua età.
Il rapporto della protagonista col cibo fornisce allo spettatore la possibilità di avvicinarsi ad una nuova forma di disturbo del comportamento alimentare: l'Ortoressia.

Nota esplicativa

È una manifestazione patologica di origine molto recente, sviluppatasi in concomitanza con la diffusione sempre più ampia di filosofie di vita salutiste, come il veganismo, vegetarianismo e alimentazione bio, nonché conseguenza di un'attenzione particolare della società odierna verso il mangiar bene, mangiar sano. In realtà vi è una evidente difficoltà legata alla definizione diagnostica, in quanto il tutto ruota attorno ad un alone di incertezza, alimentato dalla letteratura in materia che tende a declinare l'ortoressia come un disturbo alimentare indipendente dagli altri, come un'espressione sintomatica dei disturbi alimentari già esistenti o, altrimenti, come un disturbo ossessivo-compulsivo.
La difficoltà nasce dal fatto che essa presenta dei sintomi sovrapponibili agli altri disturbi alimentari, tali da rendere i confini meno definiti.
Innanzitutto il termine "ortoressia nervosa" è stato introdotto per la prima volta nel 1997 da Steven Bratman, dietologo, per indicare un'ossessione patologica relativa al consumo di cibo considerato sano, ossia una fissazione non salutare verso cibi salutari (Bratman & Knight, 2000; Chaki et alii, 2013).
Essa può diventare un disturbo quando la persona che ne soffre manifesta una vera e propria ossessione verso un'alimentazione corretta e sana, tanto da

diventare rigidamente selettiva nella scelta di cosa mangiare, arrivando ad eliminare molti alimenti, percepiti come non adeguati.
Nel corso del tempo sviluppa regole altamente specifiche e rigide riguardo al cibo e alla nutrizione che diventano così restrittive da costringere se stesso a seguire un regime alimentare autoimposto e limitante, il quale provoca delle conseguenze negative, sia sul piano fisico che psicologico, oltre che sul piano psicosociale.
Il DSM 5 (APA, 2013) non riconosce l'ortoressia nervosa come un disturbo indipendente da altri, tant'è che viene collocato all'interno dell'area del Disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, categoria che indica un'anomalia della nutrizione e alimentazione che si esprime attraverso persistente incapacità di assumere un giusto apporto nutrizionale ed energetico.
Sicuramente possiamo evidenziare una somiglianza con l'anoressia, in quanto entrambe condividono la mancanza di piacere relativa all'assunzione di cibo e uno spostamento del controllo della propria vita sul cibo. Evitano tutti quei cibi che potrebbero contenere pesticidi, OGM, grassi dannosi, eccessivo sale e zucchero o ingredienti considerati "non puri" ed anche i metodi di preparazione ed i materiali utilizzati sono considerati parte del rituale.
Può essere considerato un disordine psicologico perché le scelte alimentari, e ciò che ne consegue, possono compromettere il benessere fisico, la vita sociale e l'equilibrio psicologico.
Una delle caratteristiche distintive è l'insoddisfazione affettiva e l'isolamento sociale causati dalla persistente preoccupazione legata al mantenimento di tali rigide regole alimentari autoimposte (Brytek-Matera, 2012), in cui una deviazione anche minima da esse provoca una serie di conseguenze emotive, quali colpa, rabbia e umore depresso fino a disturbi psicosomatici (nausea, vomito, indigestione). I sensi di colpa portano all'ulteriore irrigidimento delle regole alimentari, formando un circolo vizioso segnato da ansia crescente, mentre si provano sentimenti di soddisfazione e autostima, oltre che un senso di efficacia e di controllo sulla propria vita, dopo aver rispettato pedissequamente le regole autoimposte.
Così come nei Disturbi ossessivo compulsivi, anche nell'ortoressia i comportamenti alimentari diventano rituali che ingigantiscono l'importanza del rapporto con il cibo con la presenza di compulsioni che mirano a produrre benessere legato al controllo dell'ansia.
Una lettura affascinante del legame tra ortoressia e DCA prevede che seguire una dieta ossessivamente salutare sia un metodo più "socialmente accettabile" rispetto all'anoressia e bulimia per perdere peso, quindi potrebbe essere possibile che alcuni pazienti "usino" essa per mascherare l'esistenza di un disturbo alimentare, in quanto il comportamento "healthy" può essere un modo

socialmente approvato per esprimere i propri sintomi anoressici o bulimici.
Uno studio di Barnes e Caltabiano (2016) conferma la sovrapposizione tra ortoressia, anoressia e bulimia: la prima ha in comune con le altre due un alto livello di perfezionismo, un'attenzione forte verso l'immagine del corpo e lo stile di attaccamento.
Il perfezionismo è un costrutto caratterizzante tutti e tre i disturbi, il cui scopo è avere un'alimentazione perfetta con aderenza a regole alimentari molto rigide. Sebbene in misura minore, vi è presente anche un'immagine negativa del corpo e un'internalizzazione dell'idea della magrezza, aspetto centrale nei DCA.
Questo spiega il perché, soprattutto nei praticanti del fitness, vi sia un'incidenza maggiore, mostrando un'ansia sociale per il proprio fisico, associata all'insoddisfazione verso la propria immagine del corpo, tipica di un disturbo alimentare.
Riguardo agli stili di attaccamento ansioso, evitante e disorganizzato implicati nello sviluppo di anoressia nervosa e bulimia, secondo alcuni studi, sono predittori anche di sintomi ortoressici.
La differenza, semmai, tra DCA e ortoressia sta nell'attenzione verso la quantità del cibo, per quanto riguarda anoressia e bulimia, mentre l'attenzione degli ortoressici ricade sulla qualità del cibo.
Per quel che riguarda i punti in comune tra ortoressia, anoressia e disturbo ossessivo compulsivo sono: perfezionismo, rigidità cognitiva, funzionamento alterato, ansia, manie di controllo.
I punti in comune con anoressia sono un insight limitato, senso di colpa relativo alle trasgressioni, pensieri egosintonici, mentre con il disturbo ossessivo compulsivo abbiamo i pensieri intrusivi, i rituali nella preparazione del cibo e il focus sulle contaminazione del cibo.
Infine dal punto di vista della psicologia sociale, crisi e incertezza possono far sì che i bisogni superiori non possano essere soddisfatti, cosicché vi sia una regressione verso bisogni inferiori che vengono riletti e rivestiti di valori e significati nuovi e più elevati.
Tornando ad una più attenta analisi della protagonista del film, Mina non sceglie di diventare madre, ma quando le accade il suo mondo interno subisce uno sconvolgimento profondo, in cui vita e identità vengono letteralmente divorate dall'assolutizzazione della funzione materna, assoggettandosi al ruolo materno e "divorando" il figlio, diventato vittima e strumento delle ossessioni materne.
L'interruzione del rapporto col padre potrebbe spiegare la diffidenza nei confronti delle competenze paterne del compagno e degli uomini in generale, che si esprimono nella progressiva estromissione del compagno, oltre che della figura del medico, dalle funzioni parentali.
La storia individuale della protagonista è una storia di trascuratezza e mancanza di legami, in cui si presume che sia cresciuta nella fase di sviluppo infantile

senza la figura di accudimento primaria e in situazione di deprivazione affettiva, e in cui il vissuto della ragazza gioca un ruolo fondamentale per lo sviluppo della patologia successiva.
I tre diversi cluster di personalità individuati da Drew Westen (Westen *et alii*, 2014; Lingiardi, Gazzillo, 2014) ci danno indicazioni molto importanti sul piano del funzionamento adattivo. La protagonista si colloca nel secondo gruppo, indicato come sottotipo "coartato/ipercontrollato", caratterizzato da una generale coartazione emotiva, da una significativa inibizione sia dell'autoconsapevolezza, sia della riflessività sui processi mentali.
Dal punto di vista interpersonale, infatti, mostra un evitamento delle relazioni e comorbilità con disturbi di personalità quali schizoide, schizotipico ed evitante, ma anche dipendente e ossessivo-compulsivo.
Nel corso della storia vediamo come è sempre più evidente la coartazione emotiva e un processo sempre più rigido di inibizione della propria consapevolezza e della riflessività sui processi mentali, in quanto la protagonista è sempre più concentrata sulle sue ossessioni, manie e fissazioni, mostrando tutto ciò che riguarda atteggiamenti ipocondriaci e di autoisolamento, con il progressivo deteriorarsi del rapporto con l'Altro e con i pari, finendo per assumere comportamenti evitanti e paranoidi. Tale gruppo è correlato con impotenza, depressione, inadeguatezza, ansia e vergogna, presentando maggiormente una storia clinica passata o attuale di anoressia. Nel caso specifico la protagonista dimostra l'emergere di un episodio depressivo, ma invece di inadeguatezza, ansia e vergogna sembra sentirsi "migliore" di coloro che non le credono sulla capacità, esclusiva della madre, di "purificare" il figlio e di farlo crescere in maniera sana e naturale. Non riconosce la vergogna, bensì emerge l'assurgere da parte sua ad un sistema di valori interiorizzato rivalutato con significati nuovi e più elevati, quasi mistici. Il tutto alimentato dalle convinzioni e dallo stile di pensiero "magico" e credenze insolite sul "suo" bambino, considerato come speciale, in quanto bambino indaco, tali da influenzare i suoi comportamenti alimentari e gli aspetti nutritivi e di alimentazione del figlio. Da qui, lo sviluppo di una sintomatologia ossessivo compulsiva nei confronti della dieta e alimentazione da seguire, con dei rituali specifici e con l'uso di un certo tipo di cibo, secondo rigidi canoni qualitativi.
Dal mio punto di vista ciò porta la protagonista a sviluppare un disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo che la porta a perdere peso in maniera significativa, tant'è che si alimenta solo con acqua, da lei considerata come purificante. Vi è un'eccessiva sospettosità e ideazione paranoide, significativo evitamento delle relazioni con affettività ridotta e rigida.
Presenta dei meccanismi difensivi composti da difese primitive, quali scissione, idealizzazione e svalutazione, dissociazione e diniego, vulnerabilità a episodi temporanei di depersonalizzazione e frammentazione del sé, compresenza di

comportamenti impulsivi.
La qualità delle relazioni oggettuali è caratterizzata da una fondamentale scissione, quindi, in oggetti parziali, tra oggetto buono (il bambino, il quale non verrà mai nominato, ma sempre chiamato come "mio") e oggetto cattivo (il padre, ma anche il medico o comunque il genere maschile in generale).
Il maschile, rappresentato dalla figura del padre, del pediatra e della medicina classica, rimarrà sempre nello sfondo, percepito come minaccioso, intrusivo e mortifero.
E' evidente anche la debolezza dell'Io, espressa tramite impulsività, deterioramento del giudizio e alterazione dell'esame di realtà. Inoltre la funzione riflessiva sembrerebbe compromessa, in quanto evidente l'incapacità da parte della protagonista di compiere riflessioni sul proprio e altrui comportamento, incapacità relativa alla comprensione di sé e degli altri in termini di sentimenti, convinzioni, intenzioni e desideri, soprattutto per via dell'irrigidirsi rapidamente dei suoi meccanismi di pensiero ossessivi e ricorrenti. In quanto compromessa, tale capacità non permette alla giovane madre di dare il giusto significato alla regolazione affettiva, al controllo degli impulsi, all'automonitoraggio e all'esperienza di sé come soggetto agente (Fonagy e Target, 1997).
E' possibile affermare che il livello di organizzazione della personalità sia di tipo borderline a basso funzionamento, essendo presenti in maniera preponderante sintomi paranoidi, schizoidi e ipocondriaci, con meccanismi di difesa primitivi, vulnerabilità ad episodi di depersonalizzazione, comportamenti impulsivi e qualità delle relazioni oggettuali fatta di oggetti parziali e scissi, con relativa preoccupazione di essere invischiata in relazione controllante, ostile e intrusiva.
L'implicazione clinica utile al fine della prognosi, per tale organizzazione di personalità, è un approccio prevalentemente di tipo supportivo.

Graziano Scialò

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5)*. Milano: Raffaello Cortina, 2014.
Barnes Marta A., Caltabiano Marie L. (2016). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eat Weight Disord*. 2017 Mar;22(1):177-184. Disponibile su: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27068175/
Bratman, S., Knight, D. (2000). *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa – Overcoming the Obsession with Healthful Eating*. New York: Broadway Books.
Chaki B., Pal S., Bandyopadhyay A. (2013). Exploring scientific legitimacy of

orthorexia nervosa:a newly emerging eating disorder. *Journal of Human Sport & Exercise*, 8(4), 2013: 1045-53. Disponibile su: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/34900/1/jhse_Vol_8_N_IV_1045-1053.pdf
Bratman S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal* Oct. 1997. Disponibile su: https://www.beyondveg.com/bratman-s/hfj/hf-junkie-1a.shtml
Brytek-Matera A. (2012). Orthorexia nervosa – an eating disorder, obsessive--compulsive disorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2012; 1 : 55–60. Disponibile su: http://www.archivespp.pl/uploads/images/2012_14_1/BrytekMatera55__APP1_2012.pdf
Fonagy P., Target M. (1997). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina, 2001.
Lingiardi, V., Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi. Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina.
Shedler J., Westen D., Lingiardi, V., (2014). *La valutazione della personalità con la SWAP-200*. Milano: Raffaello Cortina.

Graziano Scialò è psicologo clinico e psicoterapeuta, lavora come libero professionista a studio privato e collabora con cooperative sociali e scuole secondarie di I e II grado nel territorio di Roma.
E-mail: graziano.scialo@gmail.com

Forme della fusionalità.
Attualità del concetto
A cura di **Alfredo Lombardozzi e Gianfranco Meterangelis**
Franco Angeli, 2021

"Sono pensieri le emozioni?" (Soavi, 1977) fin dai lontani anni '70 poneva la questione della funzione delle emozioni nella comunicazione analitica e degli scambi corporei della seduta, al di là di quelli verbali. Era stato il miglior modo di riproporre nel funzionamento della seduta di analisi il dolore psicosomatico come occasione di linguaggio proprio. Parallelamente in quegli anni l'attenzione di R.Tagliacozzo alle "angosce fusionali" e al sé/incubatrice della coesione vitale, fondava una prospettiva che metteva al centro il conflitto fra desiderio claustrofilico (di aggrappamento, regresso, adesività, finalizzati a valorizzare l'onnipotenza dell'indistinzione) del soggetto in epoca evolutiva precoce, e

desiderio di valorizzare il sé separato aspirando all'indipendenza. I temi furono evoluti, arricchiti anche con esempi clinici in un piccolo gruppo di lavoro sintonico con quelle premesse, e l'esperienza produsse un primo volume nel 1990 (*Fusionalità,* a cura di C.Neri, L.Pallier, Petacchi, GC.Soavi, R.Tagliacozzo), che spostava lo studio dell'apparato psichico verso epoche meno sviluppate, antecedenti a quel sé che le nascenti psicologie americane, kohutiane e successivamente relazionali, prendevano in considerazione. La psicoanalisi italiana avrebbe potuto gettare un ponte di incontro fra la tradizione e la novità? Il gruppo di lavoro e i suoi temi sul contegno di un analista più capace di sintonizzarsi con gli elementi primitivi dello psichismo e con le rotture precoci nella vita del sé, maturarono. E presto incontreranno una seconda ben visibile occasione, quella del passaggio di millennio e del carico di richieste sociali e culturali diverse e nuove. La filosofia culturale mutava, i bisogni psicopatologici erano sentiti e formulati in modi nuovi e le speranze di essere compresi nel gruppo globalizzato, tecnoclogico e social, erano affidate a culture che bisognava individuare in termini diversi dal passato. Questo passaggio è testimoniato dal secondo lavoro del gruppo, a distanza di 30 anni, più esteso: quello degli autori di questo libro, che si riallaccia al primo ripubblicandone alcuni capitoli, e lo risignifica con una nuova ampiezza e portata di collegamentoo internazionale. Basta vedere l'Indice e le notizie sul nuovo gruppo di autori, presentato dai vari supporti alla lettura, e notare le diverse prospettive di lavoro. Queste sono presentate in particolare da una nutrita e chiara Prefazione (Nicolò) che fa comprendere come la proposta iniziale del paradigma della "fusionalità" si sia articolata e allacciata a vari problemi e risposte. Il tema dell'analista che in seduta "è" la soggettività stessa, ferita e concreta del paziente, il quale ha perso o meglio non ha avuto accesso alla coesione vitale – da un lato, mentre dall'altro la spinta biologica, familiare e sociale lo ha fatto evolvere fino ad avere una personalità adulta intrecciata con quella primitiva, è declinato in situazioni teoriche e cliniche distanti fra loro, ma che condividono il ritrovato profondo di un diverso ascolto delle angosce primitive. I temi elaborati sono quelli del valore complementare de "La fusionalità" (Fonda); della "Fusionalità contro fusionalità"; del contenimento delle "fantasie" (Petacchi) e delle "angosce fusionali" (Tagliacozzo); del contenuto fusionale delle angosce claustrofobiche e agorafobiche (Pallier) che, se accolto, evolve verso forme di autoindividuazione. La fusionalità, declinata come compenetrazione bidirezionale della "svolta relazionale" (Meterangelis) e come relazione del soggetto con il suo oggetto sé (Lombardozzi) consente alla relazione analitica "una vita piena di avventure" (Bonanome); ed è messa in confronto con l'interpsichico (Bolognini) a partire dal prototipo originario degli scambi vitali inter-corporei e dalla fisiologia del lattante capace (o non) di attaccarsi al seno, e del paziente all'analista, al fine di individuare l'equivalenza dell'interpsichico con l'intrapsichico, e dunque

l'identità di relazione del soggetto con la parti del suo sé, nel "difficile viaggio alla scoperta della *fusionalità*" (Bonfiglio) e della molteplicità sincronica delle *realtà multiple* (Kafka, cit. da Fonda) che compongono "la continua interazione di aspetti della psiche molto diversi fra loro, a volte anche apparentemente incompatibili o paradossali", che erano fin dall'origine competenze degli stati fusionali complementari con lo sviluppo, come sottolinea con "sguardo alternativo .. dalla prospettiva dell'Infant Research" A.M. Speranza. Il contenimento fusionale offre anche una ridefinizione della relazione contenitore-contenuto (Neri) e introduce alla possibilità di alimentare il lavoro analitico con dimensionalità più attive e gradite al sé originario, il quale ha sofferto le rinunce e le ferite del mancato sviluppo.
E' stato molto bello seguire il tragitto di questo lungo lavoro e vedere raccolti nella riunione dei contributi di questo libro, che contiene la storia del primo, i frutti maturi delle molte esperienze. Ne raccomando la lettura a tutti coloro che sono interessati a vedere come anche la sofferenza estrema possa incontrare il sollievo e il sorriso dell'aiuto, nel diverso campo, non più idealizzante e controidealizzante, del moderno neo-umanesimo, che ha a sua volta favorito e stimolato il difficile transito sociale delle discipline interessate alla vita dell'inconscio psichico e corporeo, perché il loro uso da parte del gruppo allargato fosse maggiormente accessibile. Da segnalare il notevole lavoro di cura del libro svolto da Meterangelis e Lombardozzi, che ricollegandosi sia sul piano teorico-clinico sia editoriale al pensiero sorgivo del gruppo storico lo hanno riarticolato con le esperienze e gli orientamenti successivi, ampliandolo agli autori e ai lettori del tempo attuale.

Stefania Marinelli

Il gruppo come cura, **di Claudio Neri**
Raffaello Cortina, Milano, 2021

Uno sguardo ai fattori terapeutici
Il libro tratta il tema della "cura" e dei fattori terapeutici del gruppo in modo complesso e indiretto. A differenza della cultura psicologica americana rivolta maggiormente alla considerazione delle risorse della coscienza e al pragmatismo della cura a cui fa riferimento ad esempio Yalom, che elenca e tratta un certo numero di fattori terapeutici in modo esplicito e assertivo, fino a diventare una sorta di guida – nel libro *Il gruppo come cura* dobbiamo enucleare l'idea di

efficacia terapeutica dalla descrizione di una scena più mobile, trasversale e articolata a varie profondità. Ad esempio un livello di profondità è il riferimento all'epistemologia della seduta duale e della relazione di analisi classica. Su questo punto, che non compare nel testo fra gli invitati principali, ma rimane piuttosto su uno sfondo significativo a cui attingere il valore delle differenze e delle specificità distintive, potremmo tornare, lo ripeto, estraendolo però indirettamente. Un secondo livello di parentela che aiuta a comprendere il modello o paradigma della cura, sta nel dialogo con le teorie relazionali kohutiane e postkohutiane e, prima ancora, con Winnicott, autori che hanno trattato particolarmente prospettive originarie relative alla formazione del sé. Un terzo, ma primo in realtà per filiazione e prossimità epistemologica, il livello di confronto teorico e clinico con WR. Bion e con il suo studio dei gruppi, dal quale Neri questa volta più della precedente (*Gruppo*, 1995) si differenzia, pur se ne indica la derivazione costante.
Altre parentele più e meno esplicite sono numerose, così come molti modelli di pensiero tratti da discipline e scienze affini o più distanti, come ad esempio la fisica o la narrazione letteraria. Noi per parlare dei fattori terapeutici del gruppo, partiamo dal titolo scelto dall'Autore, che con un chiasmo ci annuncia che il gruppo è un dispositivo di cura: il gruppo come cura (?). Oppure: il gruppo in quanto cura, visto dal punto di vista della sua terapeusi. Un titolo anamorfosico aperto a due soluzioni, cioè, ci dice già che l'Autore immagina di poter parlare della cura da una sospensione più che da un'affermazione o definizione. Forse si tratta di un invito al lettore, terzo, a mutare fin da subito lo stato (di ascolto, di terzo, fra testo e Autore) di quiete o inerzia; e a modulare la "attivazione" senza determinarla con urgenza (vedi l'idea di *capacità negativa* dell'analista). Dunque scusandomi per le divagazioni tematiche introduttive (come nella sinfonia) vengo al punto dei fattori terapeutici. Possiamo individuarne un primo nella "buona socialità", come motore profondo della vita del gruppo. La buona socialità ci rimanda all'idea di una madre/analista che "infonde" coraggio, fiducia; o "perfonde" l'azione materna e l'accudimento trasportando e filtrando valenze ambientali incoraggianti e accoglienti, ma anche capaci di stimolare. Claudio Neri parla addirittura di "allegria", come forma particolare di "diritto alla vita" che produce sintonia, in direzione dell'equipaggiamento per la individuazione degli elementi in campo e per il coinvolgimento anche affettivo. Quest'ultimo, direi, lo possiamo caratterizzare come fattore terapeutico specifico del gruppo – vedi il ritorno dal libro precedente del *Genius loci* come figurazione presente nel campo del gruppo, necessaria allo sviluppo del suo processo e alla sua continuità identitaria. Più in generale, tenendo sullo sfondo l'amore dimostrato nel tempo dall'Autore, mediante le sue comunicazioni orali e scritte, per la ricerca psicoanalitica e lo studio delle funzioni mentali interessate a ingaggiare processi evolutivi e trasformativi, dell'individuo e del gruppo –

possiamo dire che lo studio del gruppo ribadito in modo sempre esclusivo, contenga l'attenzione invece alla complessità dell'azione intrapsichica e mentale che ogni atto analitico contiene, a diversi piani e livelli. A seconda il punto di vista, più focalizzato o più panoramico, si può dire che la terapeusi del gruppo entra in scena subito, proprio per la sua natura di "terzo". D.Chianese un autore che stimo in particolare, parlava di *un terzo* rispetto alla coppia analitica in seduta, costituito dalla teoria di riferimento dell'analista. Nel nostro caso il terzo è il gruppo. Il gruppo è terzo fra analista (conoscenza e cura) e paziente (analizzando/i o meglio soggetti del campo comune). Questo terzo sarebbe anche un primo livello di garanzia della stabilità indispensabile a formare un movimento equilibrato fra processi patologici e processi evolutivi. Inoltre a sua volta il gruppo è un terzo "multiplo" che produce pluralità e molteplicità e per questo richiede una attenzione specifica.
Sul piano delle processualità del gruppo specifiche che sviluppano fattori terapeutici, possiamo nominare anche: la circolazione degli elementi psichici all'interno del campo, come compenetrazione fra diversi soggetti. La possibilità di produrre legami fra oggetti e fra individui. La temporalità specifica delle fasi di sviluppo del gruppo, che l'analista riesce a garantire anche mantenendo una parte del suo ascolto eclissata rispetto al suo aperto coinvolgimento "paritario" all'interno del dispositivo di lavoro plurale. E' presentata come particolarmente importante la possibilità di ospitare contenuti anche estremi (come la violenza o il senso di annientamento di singoli partecipanti o anche del temporaneo travolgimento del campo condiviso) processandoli in modi tali che il loro scorrimento nei registri emozionali e di pensiero del gruppo sia approcciato per mezzo di "diversioni", come le nomina Mellier (2021), o modulazioni, o attività di oscillazione e distanziamento Queste processualità di oscillazione si presentano differenziate dalla *amplificazione tematica* (Corrao), dall'uso della metaforizzazione e simbolizzazione, maggiormente mirate all'incremento del campo comune, e consentono piuttosto al processo di non restare indifferenziato o sopraffatto o bloccato. Credo che l'Autore potrebbe indicare fattori terapeutici del tutto diversi da questi indicati: lo comprendiamo dalla differenza notevole della scrittura fra il libro *Gruppo* e *Il gruppo come cura*, anche nei passaggi in cui varie concettualizzazioni sono riprese, e ribadite con argomentazioni simili oppure diverse. Sembra cioè che il fattore terapeutico principale resti più implicito o segreto, come un'attitudine più sottile di prossimità che gioca però anche con la distanza; un ascolto "fusionale" del campo e dei partecipanti, ma anche differenziante dei singoli apporti e stili. La distanza temporale (sono trascorsi credo trent'anni fra i due libri) e la distanza fra l'affermazione forte del paradigma (pensiamo alle *fasi di vita del gruppo*; al *commuting*; al *Genius loci*; alla *Semiosfera* e al pensiero di gruppo; infine all'idea di *campo*/stato mentale condiviso) e la sua odierna attenuazione o distribuzione relazionale, sembrano

indicati nel secondo libro come fattori terapeutici in sé del lavoro sociale che il gruppo può svolgere. Ma di sicuro i fattori terapeutici si trovano anche "altrove" nel dispositivo del gruppo e nel funzionamento del suo legame con le molteplici appartenenze al gruppo sociale più generale.

Stefania Marinelli

Culture di gruppo. Per un'antropologia del gruppo psicoanalitico **di A. Lombardozzi.** Alpes, Roma, 2021

L'elogio va alla pluralità, alla coesistenza di diversi modi di vedere le realtà, alla complessità. Nella psicoanalisi di oggi, parlare di cultur*e*, al plurale, amplia gli orizzonti del senso, permette il confronto e l'incontro tra appartenenze diverse, nutre il relativo. È un'operazione di apertura disciplinare che sottende una specifica modalità di concepire l'identità e la comunità, andando al di là delle dinamiche di potere e del conflitto, dell'egemonia di una cultura sull'altra e a suo discapito. La domanda è la seguente: «Può la vecchia Europa analiticamente acculturata andare incontro alle terre 'selvagge' non solo dei continenti non psicoanalizzati, ma della realtà così cambiata e contraddittoria che ci assale?» (Preta, 2015, p. 12). Può essa tener conto delle «diversità sia culturali che dei modelli teorici» (*idem*)?
La democrazia non è un discorso estraneo alla psicoanalisi, *in nessun senso*. Essa richiama all'etica, ai valori intrinseci della prassi di cura, alla collaborazione tra le persone. Gli attori coinvolti sono l'individuo, il gruppo e le istituzioni. Circa l'individuo, i paradigmi epistemologici del mondo occidentale hanno ormai decostruito una sua certa immagine monadica di una ormai datata costituzione. L'individuo non esiste. Esiste invece un mondo interno molteplice, costituito da diverse istanze (Freud, 1932) o parti (Klein, 1946) che lo compongono, di cui è possibile osservare l'articolazione. La struttura della mente del soggetto, nonché la composizione dei gruppi sociali a cui egli si rivolge, coinvolgono le coordinate, per così dire, "geo-politiche", implicando appieno il sistema di valori di riferimento. Utilizzando i concetti di monismo e pluralismo (Berlin, 1969; Crowder, 2004), possiamo immaginare due tipologie di pensiero: vi è una "mente autoritaria", che ammette una sola verità, una sola soluzione e una "mente democratica", in grado di tenere insieme più verità e più soluzioni. Difatti, in un processo di crescita evolutiva, la persona può far spazio a più verità, *se ha lo spazio mentale per contenerle*; può dispiegare più punti di vista su un unico oggetto, in un processo complesso di articolazione di sé, dell'altro, delle relazioni, del mondo. Una vera e propria mente "democratica",

ben lontano dagli arroccamenti schizo-paranoidei assolutistici o dai conflitti nevrotici o, ancora, dalla minaccia del pensiero certo, unico, primitivo. In gruppo può succedere altrettanto: un gruppo di lavoro può essere in contatto con la matrice delle sue passioni, ma procede oltre (Bion, 1961), con modalità capaci di funzionare in un modo evoluto, di sostare, di risolvere i conflitti o di negoziarli, rispettando la singolarità di ciascuno. Insomma, una mente gruppale può ammettere le differenze. D'altro canto, un'istituzione funzionante, collegata alla propria vocazione e non troppo compromessa da vicissitudini traumatiche, può mantenere la sua operatività anche in momenti a forte carica affettiva (Correale, 2012). Un *et-et* piuttosto che un *aut-aut*: lo spazio si allarga, il campo si estende. Insomma, la democrazia è una modalità di funzionamento della mente e, aggiungerei, anche piuttosto evoluta. L'epistemologia della psicoanalisi può, quindi, dirsi aperta e non difensiva, può essere in grado di utilizzare sé stessa per "incontrare il resto del mondo" (Preta, *ibidem*).

Nella proposta di Lombardozzi, le culture dei gruppi sociali possono essere definite essenzialmente come dei processi e dei prodotti di un vivere comune localizzato in uno spazio ed in un tempo storici, coinvolte in un procedimento di oscillazione e trasformazione continuo. L'apertura della psicoanalisi nei confronti dell'antropologia arricchisce questa prospettiva generativa, narratologica e semiotica, produttrice di narrazioni individuali e sociali, seguendone il complesso delinearsi tra ciò che è in comune, il *fil rouge*, la "koinonia" (Corrao, 1995), e ciò che è specifico e personale, identitario, proprio. Come sostiene Winnicott (1971), «nel fare uso della parola cultura io penso (…) a qualcosa che è parte del patrimonio comune dell'umanità, a cui i singoli e i gruppi possono contribuire, e da cui tutti noi possiamo attingere *se abbiamo un posto dove mettere ciò che troviamo*» (p. 158, corsivo dell'autore). In *Culture di gruppo*, Lombardozzi declina queste forme diverse di umanità, transitando dai gruppi di cura ai gruppi transculturali, fino ai gruppi di preadolescenti pregni di miti cibernetici moderni.

In queste terre di passaggio, in questi spazi transazionali, la psicoanalisi può incontrare l'antropologia, esitando sostanzialmente in una relazione di scambio produttivo, a reciproco vantaggio. Come sostiene Lombardozzi (Neri, 2006), «mi piace pensare che l'antropologia culturale e la psicoanalisi possano trovare (…) punti di convergenza. Sappiamo che l'una, l'antropologia, è più orientata al relativismo ed alla contestualizzazione socio-culturale e l'altra, la psicoanalisi, ricerca tendenzialmente elementi più unificanti nella natura umana. La mia idea è che si possono incontrare sul terreno di un moderato relativismo (…), in cui è possibile ricollocare certi elementi di diversità delle culture, su una base condivisibile» (p. 19).

Bibliografia
Berlin I. (1969). Due concetti di libertà. In *Libertà*. Feltrinelli: Milano, 2010.
Bion W.R. (193). *Esperienze nei gruppi*. Armando: Roma, 1961.
Corrao, F. (1995). Ti koinon: per una metateoria generale del gruppo a funzione analitica. In *Orme*, vol II°. Cortina: Milano, 1998.
Correale A. (2012). *Area traumatica e istituzione*. Borla: Roma.
Crowder G. (2004). *Isaiah Berlin*. Il Mulino: Bologna, 2007.
Freud S. (1932). La scomposizione della personalità psichica. In *Introduzione alla psicoanalisi. Seconda serie di lezioni*. Bollati Boringhieri: Torino, 1978.
Klein M. (1946). Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti (1921-1958)*. Boringhieri: Torino, 1978.
Neri C. (2006). Intervista-dialogo di Claudio Neri con Alfredo Lombardozzi, in Lombardozzi, A., *Le figure del dialogo tra antropologia e psicoanalisi*. Edizioni Borla: Roma, 1-20.
Preta L. (2015). *La brutalità delle cose. Trasformazioni psichiche della realtà*. Mimesis Edizioni: Milano-Udine.
Winnicott D.W. (1971). *Gioco e realtà*. Armando Editore: Roma, 2006.

Adelina Detcheva

Il corpo non dimentica. L'io motorio e lo sviluppo della relazionalità
di **Massimo Ammaniti e Pier Francesco Ferrari.** Raffaello Cortina 2020

Il corpo non dimentica esplora la straordinaria intelligenza del corpo. Ebbene, il corpo ricorda. Tiene traccia delle sue origini, fin dall'utero materno; del suo plastico strutturarsi nel contesto della relazionalità primaria; della sua ristrutturazione nel rapporto terapeutico.
L'Io motorio costituisce la memoria, nel senso che la sua stessa conformazione è il risultato dell'incontro tra quanto sapientemente progettato dall'evoluzione e l'esperienza avvenuta. Qui non si parla tanto della memoria episodica, simbolica, dichiarativa; l'argomento è la conoscenza implicita: «non simbolica, non verbale, procedurale e inconscia nel senso di non essere riflessivamente conscia» (Stern, 2005, citato dagli autori a p. 158). Infatti, «le esperienze interazionali (…) sono organizzate e archiviate in un codice implicito che riguarda l'area della comunicazione non verbale, i movimenti e le sensazioni corporee, gli affetti e le aspettative» (Ammaniti, Ferrara, 2020, p. 159). Una sorta di inconscio implicito, "subsimbolico", tra i poli del sistema limbico (Mancia, 2007).

In senso evolutivo, la memoria motoria è la prima a nascere (Mundo, 2009): mentre il mondo simbolico si costituisce, mentre la maturazione cerebrale evolve, l'Io motorio dell'infante è già l'interlocutore della madre fin dalle vicissitudini della gravidanza. Difatti, «per le madri il feto è già un figlio o una figlia con cui dialogare» (Ammaniti, Ferrari, 2020, p. 24). La relazionalità è primaria, gli scambi sono immediati. Ad esempio, il battito del cuore materno dà una ritmicità che definisce il mondo sonoro del feto; quando la madre prova gioia, come ci è dato sapere grazie all'ecografia, si registra un aumento di movimento delle braccia del feto; quando questa prova tristezza, una diminuzione. Il livello di attivazione del «sistema nervoso autonomo [materno], che innerva e controlla gli organi interni del corpo» (*idem*) gioca un ruolo importante in questa relazione *incarnata*, visto che il feto è concretamente *immerso* nel mondo materno. Gli scambi sono fisici, muscolari, chimici, fisiologici, ormonali (si pensi alla trasmissione dello stress perinatale), funzionali, bidirezionali. Anche dopo la nascita, «gli sguardi, le carezze e lo scambio reciproco di espressioni facciali e vocalizzi regolano l'interesse e le emozioni in sequenze ritmiche complesse» (*ibidem*, p. 68). In questo senso, la «regolazione inconscia delle interazioni emozionali con gli altri» (*ibidem*, p. 159) merita un'attenzione particolare: si pensi alle ricerche di A. Schore (2007) sull'emisfero destro; allo sviluppo della corteccia orbitofrontale che crescendo strutturalmente regola sempre meglio gli stati di *arousal* delle strutture primitive cerebrali; alla sua costituzione in relazione alle vicende dell'attaccamento; alla sua plastica revisione nel contesto della psicoterapia, rilevante per gli studi sull'efficacia dell'intervento clinico. D'altra parte, l'approfondimento delle funzioni del sistema dei neuroni specchio (Rizzolatti, Sinigaglia, 2019) illumina le complesse interconnessioni tra azione e percezione e l'apprendimento per osservazione, costituendosi come fondamento per lo sviluppo emotivo. Gli studi di Porges (2016), invece, valorizzano l'importanza del sistema nervoso autonomo, che assume pari dignità scientifica rispetto al sistema nervoso centrale nell'evoluzione umana.

In summa, il *focus* si pone sugli scambi non consapevoli dell'intersoggettività, oltre che mentale, soprattutto fisica: «prima e alla base della lettura della mente altrui vi è *l'intercorporeità* come principale fonte di conoscenza che noi deriviamo direttamente dagli altri» (Ammaniti, Gallese, 2014, citati dagli autori a p. 157). «Intonazioni, espressioni facciali, gesti, posture e movimenti corporei» (Ammaniti, Ferrara, 2020, p. 165) supportano il codice verbale e definiscono gli stili relazionali, le modalità che utilizziamo per entrare in rapporto con gli altri.

Il modello presentato dagli autori è complesso e aggiornato rispetto allo stato dell'arte della ricerca attuale. Esso nasce come zona di intersezione tra diversi saperi: neuroscienze *in primis*, ma anche etologia e studi comparati, psicologia dello sviluppo e psicoanalisi. Infatti, la concettualizzazione dell'Io motorio e

l'esplorazione dell'area preverbale ed extraverbale hanno «ricadute rilevanti sul contesto clinico, ampliando lo scenario relazionale della coppia terapeutica» (*ibidem*, p. 171).

Adelina Detcheva

Bibliografia

Ammaniti M., Gallese V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività*. Raffaello Cortina: Milano.
Mancia M. (2007). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Springer: Milano.
Mundo E. (2009). *Neuroscienze per la psicologia clinica. Le basi del dialogo mente-cervello*. Raffaello Cortina: Milano.
Porges S. W. (2016). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti: Milano.
Rizzolatti G., Sinigaglia S. (2019). *Specchi nel cervello. Come comprendiamo gli altri dall'interno*. Raffaello Cortina: Milano.
Schore A. (2007). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Astrolabio: Roma.
Stern D. N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina: Milano.

Nella stanza dei sogni.
Un analista e i suoi pazienti
Di Pietro Roberto Goisis

Il Teatro fin dai tempi più antichi è reputato da sempre luogo fondamentale di purificazione individuale e sociale. In molte società il teatro ha sucitato un interesse addirittura politico oltre a sociale e artistico, come nel periodo del massimo splendore dell'Inghilterra elisabettiana, in cui battersi per una rappresentazione era parte costitutiva degli usi di tutte le classi sociali. Attraverso il tempo e i diversi spazi culturali il teatro narra e rappresenta lo stato delle società. Oggi, con i lockdown provocati dai rivolgimenti pandemici il teatro è stato, insieme al viaggio, il primo spazio di conoscenza e esperienza collettiva divenuto inaccessibile. Ma la sua materia e la sua vita operano profondamente e

generano fenomeni straordinari. Fra questi, un *Barbiere di Siviglia* di Rossini inscenato al Teatro dell'Opera di Roma, che si è svolto in presenza e in distanza, non sul palco, bensì nella platea. Pochissimi elementi coreografici aggiunti, qualche linea tracciata fra le sedute per riassumere o suddividere lo spazio e poche simbolizzazioni degli elementi scenici, le cui funzioni erano trasformate (da spettacolo assistito a spettacolo in azione). Gli attori/cantanti facevano nascere essi stessi, o così sembrava, un dramma/commedia che celebrava insieme la tradizione operistica italiana, il suo spazio rappresentazionale, il suo aggiornamento in termini moderni e anche la trasformazione giocosa del lockdown, che con l'aumento dell'intrigo diveniva sempre più presente mediante allusioni, sottolineature, e elementi scenici che lo rievocavano discretamente. Era il *Barbiere di Siviglia*. O era la celebrazione della creatività artistica e del teatro che vive anche sotto le ceneri e come la Fenice risorge.
Così anche la scrittura dell'autore di *La stanza dei sogni*, Roberto Goisis, fa nascere continuamente varianti attuali del testo: il testo potrebbe essere semplicemente la narrazione "per tutti" anche i non addetti ai lavori, dell'impresa psicoanalitica, dove impresario e lavoratori si scambiano i ruoli, li mischiano, li distinguono, li raccontano, li trasformano … Analista e paziente, analizzando e dottore, dolore e gioia, fatica e lievezza, disciplina dell'inconscio e arte di vivere sembrano far parte di una scena sola, seppure vista da molteplici angoli visuali, che la regia discreta mette in corrispondenza. Restano ferme le istituzioni sacre della psicoanalisi. Resta fermo il bisogno, la malattia, l'ansia, la cura. Ma un lessico sobrio e sapiente, semplificante, li riunisce, come per fare la magia di trovare coerenza, coesione, continuità dell'esistere, viste dall'interno e fra interni.
All'interno della stanza arredata dall'analista e silenziosamente piena della sua presenza arrivano le persone, alcune rimarranno altre vanno e vengono altre ancora fuggono appena arrivate, come Sara, adeguata, una bella persona, ma sfuggente e con i begli occhi dolenti: al primo incontro, il suo sguardo e poi il racconto di essere stata abusata. Lei farà solo il primo incontro per dirlo, per depositare l'evento finalmente dicibile e riconosciuto, prenderà un secondo appuntamento al quale non si presenterà.
Il dottore aspetta il paziente arriva. Il dottore si chiede chi incontrerà; il paziente si chiede chi lo aiuterà, cosa proverà: entrambi sono narrati e visti in contemporanea. Entrambi si preparano e si abbigliano in vista dell'incontro e entrambi si interrogano e scambiano già alla distanza. Anita capitata a caso; Alessandra, che aspetta nella sua "anticamera inconscia" e vorrebbe gettargli le braccia al collo dopo la pausa estiva. Simona che si sente riconosciuta. Eppoi gli adolescenti: Antonio (*Nessun giorno nessun orario*, recita il titoletto del capitolo). Il disgelo di Greta, resa piccina e finta dal trauma antico. Annibale unico sano in una famiglia pazza che infine accetta. E i molti altri. Ognuno

declina in un racconto fedele e dettagliato le vie dei circuiti cerebrali che lo stimolo, prima del dolore o del solo vivere, poi del contatto psicoanalitico, ha attivato, e vivono le emozioni e i sentimenti che "la stanza" rende narrabili. Tutto il ritmo di vivere, imparando dall'esperienza a stare nel mondo, si ricapitola nella stanza, con il suo spazio, il suo orario, le sue durate, dove la parola è portatrice di svolgimento e l'arredo riceve e contiene il presente e la sua storia. Nella stanza analista e paziente diventano una coppia stabile, che muta nel tempo e nelle persone, negli ambienti, nella mentalità, nelle varie evenienze del lieto fine o del dramma. La stanza favorisce sempre la comparsa del sogno. Il sogno fa vivere profondamente l'unità e continuità dell'analista e del paziente durante il cambiamento.
Un libro che, mentre leggevo, ho immaginato letto dalla voce temperata di un lettore che assicura i toni della stabilità, dell'accoglienza, e a tratti crea registri di moderata eleganza. Una voce, del lettore/autore, che arriva non saprei bene da dove e come entri verso l'interno, o lo incontra e vi si deposita senza pretesa, solo come testimone della comunicazione, nelle ore più miti della giornata, quando sentirsi vivi non è né enfatico né dolente.
E per tornare al teatro dei tempi coronavirus, riproporrò un paragone di questo pregiato libro, con una pregiata "invenzione" del regista teatrale che per "muovere" la ripresa della pièce teatrale statica, a telecamera unica fissa, ne orienta invece un certo numero a diverse distanze, ottenendo un effetto dinamico sugli elementi e le profondità della scena. Anche l'autore del libro sembra avere disposto diverse angolazioni e diverse distanze per illuminare e riprodurre i diversi oggetti della sua scena: da quelli più profondi e silenti appena accennati (le "regole" psicoanalitiche della formazione e della pratica) a quelli più flessibili che ordinano il piacere e l'abilità della vita quotidiana nella "stanza" d'analisi e della costruzione continua della sua durata.

Stefania Marinelli

L'eredità di Bion a cura di **Antonio Ciocca** Alpes Roma, 2020.

L'eredità di Bion è stata valutata e studiata negli ultimi anni, così estesamente come mai per nessun autore dopo Freud (1). Non solo: è stata particolarmente e profondamente esaminata anche la vita personale, autobiografica, e privata che Bion stesso incoraggiò a considerare con numerosi scritti – prima le memorie di guerra (2), poi altri di riconsiderazione a posteriori di esperienze passate (3);

infine gli epistolari, pubblicati recentemente nel Regno Unito, e gli appunti di lettura (4), oltre all'ampia registrazione clinica. Quest'ultima comprende un arco temporale longitudinale, dalle prime esperienze inglesi con i gruppi e quelle propriamente psicoanalitiche con i pazienti psicotici, a quelle americane degli ultimi anni con colleghi in analisi e in supervisione con lui. La letteratura europea, americana, australiana inerente al suo pensiero, alla sua opera e alla sua personalità, soprattutto i suoi traumi, confrontati con la sua teoria del trauma, da cui muovevano le prime ricerche sui gruppi (5) e sulla psicosi (6) – si è sviluppata a macchia d'olio in maniera esponenziale. Si può dire che Bion sia stato l'analista che maggiormente ha accompagnato la psicoanalisi classica dal passato freudiano al presente nel quale essa non era più idealizzata ed era stata criticata, verso il futuro in cui sarebbe stata sottoposta a una critica ben più dura di quella scientista del secolo scorso e messa alla prova dai cambiamenti tecnologici. Bion aveva intuito i suoi sviluppi, la sua forza e la sua vulnerabilità, e ha lavorato lungo la sua intera vita per articolarne i paradigmi, e per renderli tali che la complessità epistemologica potesse essere tramandata al millennio nuovo con la cognizione delle nuove richieste e bisogni.

Antonio Ciocca aveva compreso che lo studio di Bion era il fulcro di questo transito. Creò un gruppo di studio vivo e vitale partendo dalla comprensione dell'esperienza clinica. Il suo saggio "Bion Clinico" presentato al Convegno milanese 2015 teneva in conto questa prospettiva luminosa. Una sera con Carla sua moglie mi invitò insieme a Claudio Neri a cenare per discorrere insieme di progetti "bioniani". Vidi con uno stupore notevole che la sua scrivania, i suoi tavolini di lettura, tutto il suo studio, erano pieni di letteratura concernente Bion e i libro erano inframezzati da appunti, sottolineature ecc: Antonio leggeva davvero tutto ciò che veniva detto nel mondo sui paradigmi di Bion! Chi lo fa? Siamo tutti perimetrati dalle nostre piccole o grandi comunità…La sua mente viva e produttiva se ne avvaleva per puntualizzare e alimentare un pensiero profondo, che è stato immesso nel libro *L'eredità di Bion,* e che il suo gruppo ha portato avanti con affetto per lui e per le novità teoriche e cliniche introdotte dalla sua conoscenza.

Il lavoro del gruppo infatti diede subito i suoi frutti: l'insieme dei testi restituisce alla "O" di Bion il puntuale valore non metafisico, ma psicoanalitico (Ciocca) e clinico (Cataldi), portato avanti da Bion nell'intero arco del suo lavoro e delle sue concezioni, in Inghilterra prima e negli ultimi produttivi anni in California. Tratta il legame con la ricerca scientifica e le conoscenze odierne in continua evoluzione anche per mezzo delle nuove tecnologie, sui funzionamenti cerebrali (Esposito, Cieri) con la quale Bion si era costantemente misurato, e quello con la letteratura, nel quale Alessandra Ginzburg mediante un pregiato paragone narrativo ravvisa la versatilità della ricerca psicoanalitica di Bion, centrata sempre sulla mente e la sua cultura. (Irene Baldacci - "La rappresentazione"). La

biografia è stata trattata con garbo penetrante e attenzione bioniana da M.Pia Chiarelli, che mette in correlazione, in maniera affettuosa e quasi materna, il trauma separativo di Bion con la sua passione di ricercatore infaticabile. Infine la ricerca epistemologica, cara a Bion per la possibilità che l'esperienza esclusiva della psicoanalisi potesse essere comunicata, è messa in evidenza da Walter Procaccio e Stefano Oliva ed è presente in tutti i contributi.
"Essere O", non "conoscerlo" ma esserlo, circola in tutti i capitoli del libro come un invito a leggere quanto sia difficile liberare la mente dai suoi usi e abitudini (memorie, desideri, e anche comprensioni già date o desideri di comprensione anticipati) al fine di creare uno spazio di ascolto e il riconoscimento delle verità che emergono a contatto con ciò che non è già noto ("O"). Recuperare le verità che emergono, orientarle insieme all'analizzando a costruire possibilmente altro nuovo, sulla base di un'esperienza sorgiva, è il compito precipuo della coppia analitica al lavoro.
Un ricordo affettuoso di Antonio nel libro (Marinelli) sottolinea il valore della sua presenza amichevole e animante all'interno del gruppo degli Autori. Buona lettura!

Note

1. v. la sorprendente statistica riportata come premessa in una presentazione di Hinshelwood a New York, 2017, in occasione di un Convegno sull'attualità del pensiero di Bion.
2. Bion W.R. (1997), *War Memoirs 1917–1919*. London: Karnac Books.
3. Bion W.R. (1985), *All My Sins Remembered and Another Side of Genius*, Abingdon: Fleetwood 3. Press. Tr.it. *A ricordo di tutti i miei peccati. L'altra faccia del genio*. Roma: Astrolabio 2004. Vedi Hinshelwood, 2013, *Bion's Sources,* Routledge, London. Tr. it. a cura di S.Marinelli, *Le fonti di Bion*. Borla, Roma, 2014.
4. Vedi *Experiences in group*, Experiences in groups. London: Routledge, 1961. Tr.it *Esperienze nei gruppi*, Armando 1971, Roma.
5. La ricerca psicoanalitica sulla psicosi fu da Bion portata avanti lungo l'intera vita. Vedi in particolare Bion W.R. (1954-1967), *Second Thought*. Karnac, London 1967. Tr.it. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Tr.it. Armando, Roma, 1970.

Stefania Marinelli

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze

AeP Adolescenza e Psicoanalisi
Il Doppio 1/2021

SOMMARIO

Editoriale - Il Doppio
Paola Carbone

ARTICOLO DEL MAESTRO
L'ADOLESCENTE E IL SUO DOPPIO
Jean-José Baranes

POSTFAZIONE
Giuseppe Squitieri

APPORTI TEORICO-CLINICI
DIALOGANDO CON GIANLUIGI MONNIELLO
Intersoggettivazione e principio di realtà in adolescenza
Philippe Gutton

DOPPIO E OMBRA IN UNA TERAPIA DI COPPIA
Fulvia De Benedittis, Sandra Fersurella, Silvia Presciuttini

FREUD E IL SUO COMPAGNO SEGRETO
Elisa Casini

PERCHÉ SIAMO DIVERSE, PERÒ SIAMO UGUALI
Diana Burratti

IL DOPPIO, INGANNO NARCISISTICO
Anna Maria Stolfa

GEMELLI ALLA PROVA DEL DOPPIO
Marica Ierardi e Paola Vichi

UN CASO PARTICOLARE DI DISSOCIAZIONE
Alessio Aloi

L'ADOLESCENTE E IL SUO AVATAR
Maddalena Camoirano e Jennifer Virone

Rubriche
LUOGHI ISTITUZIONALI

NARCISO AL PRONTO SOCCORSO
Angela D'Addato

SCRIVERE PER FORMARSI

LA TRIBÙ DEI DOPPI
Pietro Scognamiglio

UN VIAGGIO AVVENTUROSO E INCERTO
(Premio Gianluigi Monniello)
Stefano Marino

ALTRI PUNTI DI VISTA

DA NARCISO A ECO
Forme del tempo in musica
Michel Imberty

LO SPARTITO INCOMPIUTO
Improvvisazione e Soggettivazione.
Massimo De Rysky

L'IMPROVVISAZIONE COME DE/COSTRUZIONE DI FORME E RELAZIONI
Alberto Popolla

BIBLIOTECA DI AeP. RECENSIONI

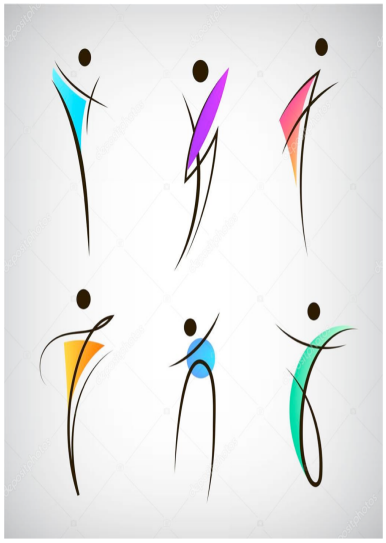
MARIA ANTONIETTA FENU (2020). L'ascolto psicoanalitico. Efficacia e fattori terapeutici della psicoterapia.
Giovanni Starace

GIULIO GUIDORIZZI (2013). Il compagno dell'anima. I Greci e il sogno
Savina Cordiale

FRANÇOIS OZON (2017). Doppio Amore
Sara Cruciani

Settima edizione 2021

ARGO Associazione per la Ricerca sul Gruppo Omogeneo
la Rivista, Gruppo: Omogeneità e differenze



Piano formativo, avviso di selezione e modulo di iscrizione per l'anno 2022 disponibili: https://www.uniroma1.it/it/offerta-formativa/corso-di-alta-formazione/2022/disturbi-alimentari-nellinfanzia-nelladolescenza-e

Quota di iscrizione: 1.000 euro
Scadenza di presentazione delle domande: fine settembre di ogni anno

Periodo lezioni (da remoto): Ottobre - Luglio.
Segreteria: giulia.corazza@uniroma1.it

Direttore
Prof.ssa Silvia Cimino

Docenti
Prof. Massimo Ammaniti
Prof. Arturo Bevilacqua
Prof.ssa Maria Casagrande
Prof.ssa Silvia Cimino
Prof. Carlo Lai
Prof.ssa Stefania Marinelli
Prof.ssa Silvia Mazzoni
Prof.ssa Laura Muzi
Prof.ssa Annamaria Speranza
Prof.ssa Grazia Spitoni
Prof.ssa Mimma Tafà
Prof.ssa Renata Tambelli
Prof. Riccardo Williams

Esercitazioni interattive
curate da docenti appartenenti alle seguenti Società Scientifiche:

ARPAd
AIPPI
AIPsi

AIPPI
Associazione Romana per la Psicoterapia dell'Adolescenza
A.I.Psi. Associazione Italiana di Psicoanalisi
Società componente della International Psycoanalytical Association (IPA) fondata da Sigmund Freud nel 1910

SAPIENZA UNIVERSITÀ DI ROMA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DINAMICA, CLINICA E SALUTE

Corso di Alta Formazione
CAF

DISTURBI ALIMENTARI NELL'INFANZIA, NELL'ADOLESCENZA E NELL'ETÀ GIOVANILE

Valutazione diagnostica, fattori di rischio, lineamenti di intervento

Settima edizione 2021