

Gruppoanalisi di chi si occupa del morire

Marco Zanasi

Abstract

La conduzione di un gruppo con pazienti terminali, carico di aspetti dolorosi, richiede un particolare sforzo da parte del conduttore. In particolare il terapeuta, per costruire la fiducia dei partecipanti a gruppi di questo tipo, deve rendersi disponibile come oggetto transizionale a causa della intensificata fame di oggetto e dei bisogni di dipendenza manifestati. D'altro canto la necessità di empatizzare con sentimenti così forti e dolorosi può rappresentare una sfida per il terapeuta stesso, attivando potenti reazioni controtransferali, quali paura di essere soverchiati, rabbia, negazione. Se il terapeuta saprà affrontare questo delicato equilibrio il gruppo potrà fornire un prezioso aiuto per affrontare, ed integrare, i profondi e ambivalenti sentimenti inconsci evocati dal contatto quotidiano con la morte.

Parole-chiave: gruppo, pazienti oncologico, relazione con la morte, esperienza di integrazione

"Tu non puoi fare psicoanalisi con uno che sta morendo"

(Rosiello, 1995)

Quando, alcuni anni fa, mi fu chiesto da parte di colleghi di un reparto di oncologia (cui avevo tenuto un seminario sulla gruppoanalisi) di offrire loro una esperienza di gruppo per discutere dei loro problemi lavorativi, la mia prima reazione fu piuttosto ambivalente.

Infatti all'interesse e alla curiosità si contrapponeva il timore di dover affrontare il tema che appariva, anche se inconsapevolmente, dietro la richiesta: la difficoltà ad affrontare la malattia incurabile e il morire. È noto, infatti, come nella nostra epoca ci sia stata una rimozione della morte e del morire; tutta la nostra società è collegata strettamente in questo processo di negazione che tende a considerare la morte come qualcosa di cui non si può e non si deve parlare.

Oggi il tema della morte soffre come forse nessun altro di una sorta di "conventio ad excludendum" fatta di silenzi e rifiuti che impediscono di affrontare in modo diretto il problema; la morte e il lutto sono trattati oggi con la stessa pruderie con cui erano trattati gli impulsi sessuali un secolo fa (Gorer, 1965). A questo proposito ben si

prestano le parole di Ancona (2000): "La società dei viventi, in particolar modo quella cosiddetta. laica, oggi non ama sentir parlare della morte e tende in ogni modo ad escluderla dal proprio seno; è a tutti noto che la celebrazione funebre si è sfumata via via nel tempo e che l'evento morte si nasconde sempre di più, o quanto meno se ne accorcia il rituale al massimo possibile: il lutto non è più, come in passato, un fatto da esibire. Anche sul piano ecclesiastico le cerimonie funerarie sono oggi più brevi di una volta, le preghiere più condensate, il tutto più semplificato e questo incontra il favore, non certo il contrariamento dei fedeli.

Ci sono [invece] eloquenti segni indiretti che denunciano la attuale generale indisponibilità ad incontrare l'evento morte, secondo modi che riscuotono tanto più successo quanto più riescono ad esorcizzarlo senza nemmeno farne il nome, anzi contraddicendolo."

Il primo compito che si trova di fronte chi opera professionalmente in ambienti dove invece la morte, non solo non si lascia negare, ma domina prepotentemente la scena, è proprio quello di affrontare questo evento.

Questo, che a me appariva con molta chiarezza dietro la richiesta era, come già detto, del tutto inconsapevole agli operatori; essi chiedevano solo di poter avere una serie di incontri, in un luogo distante dall'ospedale, e dagli intensi sentimenti di sofferenza legati al particolare tipo di lavoro da loro svolto, che li poneva continuamente a confronto con la morte. Le sensazioni riferite erano di svuotamento, malessere generalizzato, depressione, senso di impotenza, incapacità e frustrazione, che si riflettevano anche sulla vita extralavorativa (peraltro scarsamente rappresentata, vista la enorme quantità di tempo che i soggetti dedicavano al lavoro in ospedale). La mia proposta di costituire un gruppo analitico per poter affrontare anche gli aspetti inconsci del loro disagio, fu accolta con un misto di contentezza e di difficoltà (per la lunghezza del processo prospettato).

Il gruppo era composto da 8 persone, 5 femmine e 3 maschi, 4 medici, 3 infermiere, 1 assistente sociale, tutti impegnati a tempo pieno nell'attività di reparto. Il gruppo è durato circa un anno ed è stato interrotto prima del termine per una serie di eventi del tutto indipendenti dalla nostra volontà, il tempo è stato tuttavia sufficiente perché i membri traessero benefici dal lavoro svolto e raggiungessero una discreta, anche se non completa, consapevolezza delle dinamiche personali e collettive in gioco. Il gruppo analitico, per le sue particolari caratteristiche, si è dimostrato uno strumento di particolare importanza per lo studio e la comprensione delle dinamiche psicologiche sottese al confronto con il morire. Un aspetto specifico della gruppoanalisi, che la rende uno strumento analitico flessibile e potente, è dato dalla possibilità di essere assimilabile ad un modello reale, e non soltanto euristico della comunità umana, e ciò è possibile a vari livelli, dalla famiglia alla società (Zanasi, 1996). La partecipazione ad un gruppo analitico rappresenta quindi un'esperienza unica che consente di osservare la complessa rete

delle relazioni consapevoli ed inconsapevoli, con il loro carico di aspetti proiettivi e fantastici, che si strutturano nei gruppi umani, di qualsiasi natura essi siano: di lavoro, di studio, sociali, occasionali, affettivi, ecc.. Nel gruppo analitico la realtà della comunicazione umana viene replicata in "totale verità", permettendo un'esperienza diretta e completa delle dinamiche e degli aspetti più nascosti, e spesso meno accettati, che si esplicitano nelle relazioni.

Per queste caratteristiche la gruppoanalisi appare un mezzo prezioso nell'affrontare le dinamiche che si innescano in situazioni caratterizzate da un profondo impegno personale e dall'attivazione di massicce risposte emotive, quali, ad esempio, le professioni che hanno a che fare con la malattia, il disagio e la sofferenza umana (operatori sanitari in genere, assistenti sociali, assistenti all'infanzia con handicap, operatori che si occupano di tossicodipendenza, ecc.). In tali condizioni assume una notevole importanza la possibilità di potersi confrontare con il dolore, la malattia, il lutto, la separazione, elementi che quanto più sono negati a livello cosciente, come solitamente avviene, tanto più condizionano la relazione, spesso in modo distruttivo. L'esperienza offerta dal gruppo analitico consente inoltre un apprendimento diretto degli aspetti consci ed inconsci relativi ai processi di cambiamento personali e collettivi nelle organizzazioni e nelle istituzioni sociali nelle quali gli individui, nel proprio ruolo, vivono, lavorano, cooperano, competono.

Il gruppo

Le dinamiche più evidenti furono le seguenti:

- Una profonda, pervasiva, desolata tristezza e senso di vuoto, accompagnati ad un senso di intensa impotenza, legati ai ripetuti lutti che i membri del gruppo dovevano fronteggiare nel loro lavoro
- Una difficoltà estrema ad affrontare temi luttuosi, che potevano essere toccati solo ricorrendo ad una ironia, e scherzosità, che ad un osservatore e esterno potevano apparire addirittura mostruosi e sconfinanti con un inaccettabile cinismo
- Una continua oscillazione tra i due aspetti dell'iperinvestimento e del cinismo
- Era frequente una ironia pesante, "da caserma" spesso incentrata su temi di morte (fenomeno peraltro tipico negli ambienti ospedalieri), che aveva il sapore di una negazione e riparazione maniacale della profonda tristezza ed angoscia legate al contatto con la morte.
- Un rapido sviluppo della fase dell'incantamento con successivo rapido passaggio alla fase del disincantamento
- Il rilievo di lutti precoci nella storia personale di molti dei membri del gruppo

Questi dati si prestano ad alcune considerazioni sugli aspetti metapsicologici collegati.

L'elemento di maggior interesse riguarda, a mio parere, la presenza di numerose perdite significative nella storia personale dei partecipanti al gruppo, che appaiono avere avuto una profonda influenza sul successivo sviluppo psicologico dei singoli membri.

È da ritenere la profonda tensione, il bisogno di riparazione maniacale, (l'ironia e la scherzosità), il continuo oscillare tra iperinvestimento e negazione, (tutti processi che tentano di far fronte alla massiccia esposizione emotiva conseguente al quotidiano confronto con il morire e con la mancanza di speranza) fossero legati alla presenza di un "lutto incompiuto", alla presenza cioè, nella storia dei membri di proprie personali difficoltà ad accettare i propri lutti, con tendenza a mettere affrettatamente una pietra sul passato, e a non elaborare eventi di sofferenza e perdita di oggetto.

Solitamente, nel caso del lutto incompiuto, sono messe in atto modalità di difesa che appartengono alla categoria dei meccanismi maladattivi (in particolare negazione, riparazione maniacale, rabbia, depressione, razionalizzazione, proiezione, scissione, e messa in atto). Da un punto di vista psicodinamico le difese maniacali emergono come risposta a sentimenti dolorosi causati dallo struggimento per perduti oggetti d'amore.

Queste difese sono utilizzate al servizio del recupero e del ripristino dei perduti oggetti d'amore, del disconoscimento dei cattivi oggetti interni e della negazione della dipendenza; aspetto integrante dell'atteggiamento difensivo maniacale è spesso il desiderio di trionfare sui propri genitori così da invertire il rapporto bambino-genitore (Gabbard, 1995).

Affrontare questi aspetti ha significato per il gruppo l'emergere di una condivisa consapevolezza che uno degli elementi importanti nella scelta della propria professione, era proprio legato ad un tentativo di "riparazione" della perdita subita (fatto questo comune a molte scelte mediche). Diventare un operatore impegnato sul fronte estremo della lotta alla morte costituiva, fantasticamente, un modo per evitare di confrontarsi con il proprio personale senso di sconfitta e di "espiazione" per la propria incapacità, in passato, a salvare le persona care dalla morte. Naturalmente, dal punto di vista psicodinamico, la messa in atto di questi meccanismi maladattivi e ripetitivi, rappresentava, da un lato, un grande costo energetico, da cui il senso di svuotamento e di impotenza nei confronti del proprio lavoro, dall'altro, non consentiva di terminare il lavoro del proprio lutto personale, impedendo la costruzione di uno spazio mentale per una riflessione sul morire, proprio ed altrui. Nonostante ogni sforzo da parte nostra, la morte, infatti, prima o poi ci viene a visitare ricordandoci che la nostra propria vita è vulnerabile. Nel gruppo di operatori la negazione della morte era molto costosa, bisognava negarla per i pazienti e per se stessi, il tutto con un enorme sforzo energetico. Anche la laicità della nostra società ha lasciato un deserto nel posto dapprima occupato da organizzazioni religiose. La

religione e la chiesa hanno giocato un ruolo importante nel consolare chi è in lutto e nell'offrire una struttura in cui il dolore può essere espresso ed accolto. Philippe Aries ha messo in evidenza come l'idea della morte abbia subito un'evoluzione nella nostra cultura dai tempi classici e medievale: egli considera che il cambiamento del repertorio simbolico usato nelle rappresentazioni della morte in arte e in letteratura evidenzia profonde cambiamenti psicologici, individuali e sociali, nell'attitudine verso la morte e la perdita. Assistiamo, oggi, a una sorta di "deiconizzazione" della morte, che, non solo viene negata il più possibile, ma soffre anche di una sorta di non rappresentabilità sul piano immaginale, raffigurandosi la morte, nella mente dei più, solo come un nulla, un lungo riposo, un modo per uscire dalle difficoltà della vita.

Molto è stato perduto in questo processo di deiconizzazione, che, con il progressivo impoverirsi del corredo rituale, che consentiva un approccio possibile e condiviso al morire, lascia oggi il laico (ma ormai anche il credente, visto il processo di secolarizzazione del cristianesimo) nudo di fronte alla morte. Tale irrepresentabilità della morte, nella società moderna, si manifesta, con maggiore evidenza, proprio nei luoghi e nelle situazioni deputate alla gestione della morte e dei morenti, dove diventano massicci i meccanismi di negazione e spostamento, come appariva particolarmente significativo nella attività quotidiana dei membri del gruppo. E generalmente creduto che molti ospedali siano stati costruiti in luoghi scelti per la loro vicinanza ai cimiteri; al di là della verità della credenza, ciò riflette la credenza popolare del diciottesimo secolo e diciannovesimo secolo che gli ospedali fossero posti per morire. Lo sviluppo della medicina moderna ha modificato questa situazione: l'ospedale è ora visto come un posto che sta tra il paziente e la morte; una morte deumanizzata per gli standard del diciannovesimo secolo; con il paziente spesso perduto dentro la macchina di rianimazione e che può diventare, per i curanti, un semplice substrato su cui praticare una medicina routinaria e senza significato. L'ospedale non è quindi più la tappa finale di un cammino che a poco a poco giungeva alla inevitabile, e da tutti accettata, conclusione. Oggi reagiamo alla morte come se fosse un affronto o un errore, e spesso ne riteniamo responsabile il curante, che diventa il contenitore sia dei nostri desideri magici di immortalità, che della nostra frustrazione. La perdita di un paziente, quindi, non solo costituisce una ferita al narcisismo del medico (riattivando quelle fantasie di lutto incompiuto, stentatamente ed inefficientemente tenute a bada dai meccanismi di riparazione su riferiti), ma la sua autostima può essere ulteriormente diminuita dalla rabbia e dalle critiche della famiglia. I sopravvissuti, infatti, nella prima fase dello shock, prima che il dolore sia internalizzato proiettano sentimenti di rabbia che nascono dall'ambivalenza verso l'oggetto perduto, verso un terzo, rappresentato dal curante. In questo spesso provocano senso di colpa del medico (che condivide con i sopravvissuti, un inconscio, primitivo e irragionevole e desiderio di negare la morte), che si difende da queste emozioni assicurando se stessi di aver fatto tutto ciò che era umanamente possibile e spendendo tempo ossessivamente a dimostrarsi di non aver

fatto nessun errore. Per poter comprendere queste reazioni emotive è necessario riflettere sugli aspetti psicodinamici sottesi al confronto con il morire. Se da un lato timore e compassione sembrano dominare il quadro, modulandosi nei due estremi dell'iperinvestimento e della anestesia emotiva, un aspetto, profondamente inconscio, ma non per questo meno potente è rappresentato dalla rabbia verso il morente. Si tratta, come si è detto, di una rabbia inconscia, che, particolarmente nel caso dei curanti, è legata allo "scacco sanitario" che la morte determina, con il suo corredo di senso di fallimento, impotenza, incapacità, ma anche alla sensazione di essere colpiti e beffati da chi, nonostante i nostri sforzi, morendo ci tradisce.

Tali sentimenti venivano riferiti per esempio dalla Kuebler-Ross, a proposito dei sentimenti delle infermiere che assistevano i moribondi, che vivevano la morte dei malati in loro presenza come un'espressione di collera verso di esse. Questa rabbia inconscia va tenuta ben in considerazione e, richiede un intervento esplicativo, soprattutto, come nota Ancona (ibid.), per evitare tipici comportamenti reattivi, nei curanti i malati terminali: "...non vi è per esempio dubbio che da queste ostilità latenti verso i pazienti terminali, o meglio dalla loro negazione, nascano le difficoltà intrise di rabbia presentate da medici e familiari ad ogni discorso sulla morte. E proprio da qui deriva il fatto che, ogni qual volta si parla di morte, che la si fronteggia, si mette in moto in chi non è preparato un inconscio impulso di odio col quale, per quanto assolutamente nascosto, occorre fare i conti...". Se non riconosciuti, infatti, questi aspetti danno luogo a desideri distruttivi inconsci e difese comportamentali di negazione che portano ad interferenze pesantemente negative per la cura dei pazienti: errori diagnostici, accanimento terapeutico, per non dire della "impreparazione a "lasciare andare" il morente, rendendogli impossibile operare il definitivo distacco dagli agganci umani, quando ciò è da lui desiderato" (Greenwald e Nevitt. 1982).

Questo meccanismo era molto presente nel gruppo i cui membri, forse anche in virtù del loro appartenere ad un'équipe di assoluta eccellenza tecnica, erano quotidianamente soverchiati da queste aspettative magiche e dalle successive collere delusive.

Nel gruppo è stato molto importante, in un primo momento prendere coscienza di come ciascuno fosse impegnato in una continua competizione con gli altri per il ruolo di Cavaliere senza Macchia che non poteva mostrare crepe nella quotidiana battaglia. Per la prima volta, in gruppo, il lutto, la delusione e la rabbia, poterono essere comunicati e condivisi, senza il timore di apparire troppo vulnerabili e impotenti. Da qui il gruppo, dopo una intensa, ma breve fase di Incantamento, in cui prevalevano modalità comunicative di tipo schiettamente difensivo, caratterizzate da ironia, negazione, cinismo, è passato alla fase del Disincantamento. Questa fase caratterizzata da prolungati silenzi e, a volte, anche da esplosioni emotive, fu vissuta dal gruppo come un momento in cui poter - nelle parole di uno dei membri - "piangere liberamente per tutti quelli per cui non siamo riusciti a farlo".

Il gruppo rappresentò, in questa fase, una struttura "religiosa"; nel senso di "religare" le emozioni e i sentimenti di sofferenza, frustrazione, impotenza in una rete comune e condivisa; in questo senso, mi sembra, il gruppo svolgeva quel ruolo importante, *mutatis mutandis*, che la religione e la chiesa hanno giocato nel consolare chi è in lutto e nell'offrire una struttura in cui il dolore può essere espresso ed accolto. Questo non significa, naturalmente, che il gruppo rappresenti solamente un luogo di scarico della propria pena, ma anche che si viene a costituire un sufficiente e adeguato "spazio mentale", in cui le emozioni trovino il loro posto. In questo senso è molto utile, a mio parere, una lettura del processo di gruppo come processo iniziatico. Il processo di gruppo, è infatti scandito da una serie di tappe che segnano un cambiamento, il superamento di un conflitto, una transizione verso un nuovo assetto cognitivo. Nel linguaggio della psicologia analitica questo progredire successivo del gruppo rappresenta il cammino dell'individuazione. Il gruppo è omologabile ad un vero e proprio rito di iniziazione in cui attraverso una serie di prove quali il confronto con la minaccia per la propria identità, il pericolo della fusione, la colpa, la regressione o per dirla nel linguaggio del mito, tanto caro a Jung, il confronto con l'uroboros, l'uccisione di Tiamat, la discesa negli Inferi, l'emergere dell'eroe - si giunge al pensiero simbolico ed alla maturazione della personalità. Ciò che conta a questo livello non è tanto l'interpretazione o l'insight, ma la partecipazione al rito, il giocare un ruolo antico e fuori dal tempo, l'interpretare un tema sovraperonale (Zanasi, 1998), non più "gettati nel mondo", prede di una morte senza senso, ma parte del cammino collettivo dell'umanità. In questo senso prospettico, alla luce della concezione finalistica di Jung, anche l'ironia e la maniacalità, possono essere lette, non solo come espressioni di un meccanismo maladattivo di difesa contro la sofferenza, ma come manifestazioni di un processo di trasformazione.

Come già detto, nelle prime fasi del gruppo, vi era la tendenza a usare una pesante ironia, a volte da grand guignol, per parlare degli eventi di malattia e di morte affrontati quotidianamente; l'osservatore esterno era spesso sconcertato dalla discordanza tra la sofferenza manifesta nei temi espressi, e gli improvvisi slittamenti verso cinismo, giochi di parole, doppi sensi, allusioni, risate, ecc. A mio parere tale comportamenti devono essere considerati come l'emergenza di aspetti Trickster attivati dal contatto con l'Ombra collettiva rappresentata dalla Morte. L'Ombra, nel significato assunto nella psicologia analitica rappresenta un frammento inferiore della personalità che si esprime attraverso le immagini archetipiche dei miti, delle saghe e delle grandi costruzioni filosofiche e religiose. Come l'Ombra individuale è una componente costante della personalità, anche la figura collettiva dell'Ombra si riproduce continuamente. La morte, con le sue rappresentazioni di Grande Mietitrice, di Scheletro, di Nero Demonio che percorre il mondo, certamente rappresenta una archetipica espressione dell'Ombra collettiva, intrisa di assoluta alterità e non temperata dalla relazione con l'umano. Nel gruppo, poter parlare della morte, intesa come male assoluto, era possibile solo ricorrendo a immagini meno orrifiche, meno aggressive, più umanizzate, rappresentate da derivati tematici meno paurosi, il più

frequente dei quali era rappresentato dal Briccone o Trickster; da qui la scherzosità, l'ironia, il grand guignol. Il Trickster è un tema fantastico, una fantasia arcaica, una figura che ricorre nei miti, nei racconti, nelle opere letterarie dell'umanità dal più remoto passato fino ai giorni nostri; è un motivo che riemerge costantemente con le stesse caratteristiche tematiche, storicizzandosi nei vari tempi. Nelle numerose rappresentazioni letterarie e della tradizione orale il Briccone è una figura scherzosa, che gioca tiri maligni, le cui azioni sono al confine tra lo scherzo e la cattiveria. La figura del Briccone compare anche in temi molto antichi, modulandosi in un continuum che va da una scherzosità quasi naif (Maccus, Giufà, Calandrino) fino alla malignità del demonio. Il Briccone è uno "psicologema" ovvero una struttura psichica archetipica, che rappresenta un'evoluzione, un residuo dell'Ombra primigenia, del male primordiale: non più caratterizzato dalla crudeltà, dalla brutalità e dall'insensatezza demoniaca, presenta invece un comportamento stemperato, ammiccante, scherzoso. Il processo di civilizzazione inizia all'interno del ciclo del Briccone. Il Briccone perde le caratteristiche della completa incoscienza (che è tipica delle figure collettive primordiali) e anche i suoi comportamenti passano dalla cattiveria stupida e insensata a qualcosa di più civilizzato e di più sofisticato, come appunto è lo scherzo. Il gruppo è il ponte che consente il passaggio verso questa parte più civilizzata e accessibile dell'archetipo, che cessa di essere una forza cieca e insensata per assumere un valore e una prospettiva umana. Questo sembra essere accaduto nel gruppo di operatori: il passaggio attraverso la fase Trickster, ha permesso di stemperare, e rendere "pensabile" ciò che fino ad allora era impensabile: solo dopo la fase Trickster, e grazie ad essa, poteva dispiegarsi la depressione del gruppo, con il passaggio alle fasi del Disincantamento.

La conduzione di un gruppo così carico di aspetti dolorosi richiede, naturalmente un particolare sforzo da parte del conduttore, come evidente nelle mie iniziali perplessità. In particolare il terapeuta, per costruire la fiducia dei partecipanti a gruppi di questo tipo, deve rendersi disponibile come oggetto transizionale a causa della intensificata fame di oggetto e dei bisogni di dipendenza manifestati.

D'altro canto la necessità di empatizzare con sentimenti così forti e dolorosi può rappresentare una sfida per il terapeuta stesso, attivando potenti reazioni controtransferali, quali paura di essere soverchiati, rabbia, negazione. Se il terapeuta saprà affrontare questo delicato equilibrio il gruppo potrà fornire un prezioso aiuto per affrontare, ed integrare, i profondi e ambivalenti sentimenti inconsci evocati dal contatto quotidiano con la morte.

Bibliografia

Ancona L. (2000), L'assistenza psicologica e spirituale: la verità di fronte alla morte
PsychoMedia Telematic Revue

Aries P. (1985) *Images of Man and Death*, Cambridge, MA, Harvard University Press

Gabbard G.O. (1995), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Gorer G.(1965) *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*. Garden City, NJ, Doubleday

Greenwald H.P., Nevitt M.C. (1982), *Physicians attitudes toward communication with cancer patients*, Soc. Sci. Med., 591-594.

Kuebler-Ross E.(1992), *La morte e il morire*, Cittadella Editrice, Assisi.

Rosiello F.(1995): *Passion in the Self-object Transference of an AIDS Group Psychotherapy*, *Group Analysis*, 28, 1, 75/86, London.

Zanasi M. (1998) *Archetipi e Caos*, in *Chaos, Fractals Models*, a cura di Marsella Guindani F. e Salvadori G., Italian University Press, Pavia, Ottobre.

Zanasi M. (1996), *Manuale di Gruppoanalisi*, in coll. con Ciani N. Franco Angeli, Milano.

Notizie sull'autore

Marco Zanasi è Ricercatore presso l'Istituto di Psichiatria della II Università di Roma Tor Vergata e Professore Incaricato di "Psicoterapia" presso il Corso di Laurea in Medicina, dove è anche membro del Comitato Etico. E' socio fondatore del Centro Italiano di Gruppoanalisi (attualmente *Il Cerchio*); è socio didatta dell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica (AIPA); è membro della International Association of Analytical Psychology (IAAP), e della Group Analytic Society.