

Gruppo a mediazione corporea per adolescenti che soffrono di obesità. Contenimento terapeutico al momento della perdita di peso

Almudena Sanahuja

Abstract

La riflessione è centrata sull'utilità di un approccio psicoanalitico corporeo di gruppo, come una delle modalità di presa in carico dell'obesità nel momento della fase adolescente. In effetti, il gruppo a mediazione terapeutica può essere un supporto di contenimento per le adolescenti che soffrono di obesità, al momento della "perdita di peso", nel quale presentano una carenza di transizionalità, di contenitore psichico, che si traduce in un'immagine inconscia del corpo turbolenta. Attraverso questo articolo metteremo in luce la dimensione psichica e somatica di queste ragazze che perdono peso e, di pari passo, le sfide sia individuali sia di gruppo, che si sviluppano all'interno di un atelier estetico a mediazione corporea. Tali sfide hanno simultaneamente un impatto formale sull'involucro psichico individuale e gruppale.

Parole chiave: gruppo, adolescenza, involucro psichico gruppale, contenimento, transizionalità

Introduzione

L'obesità è stata ufficialmente riconosciuta nel 1997 come malattia cronica dall'organizzazione mondiale della sanità (OMS). Su scala planetaria il numero di casi di obesità si è all'incirca triplicato dal 1975. Investe uomini, donne, adolescenti e bambini. Nel 2018, il 35% degli adulti nel mondo sarebbe affetto da obesità o sovrappeso, e questo rappresenta circa 1,4 miliardo di persone di più in vent'anni. In Francia il tasso di obesità è attualmente del 15,7%. La popolazione dei bambini e adolescenti in sovrappeso o obesità è la più interessata, essendosi moltiplicata per 10 in meno di 40 anni. Tuttavia nonostante questo aumento sia associato all'equilibrio energetico, uno squilibrio fra esercizio fisico e apporto calorico, la sfera psicologica è implicata sia per l'origine dei sintomi che per le conseguenze. La difficoltà nel prendere in carico questa malattia proviene da fattori multipli che vi sono conglobati: epigenetici, fisiologici, sociologici, culturali, ambientali, psicoaffettivi, ecc. Dunque le adolescenti francesi che soffrono di obesità non vengono risparmiate da questo flusso, vittime dello sguardo sociale sprezzante, sperano di dimagrire per corrispondere all'ideale corporeo e per non soffrire più. Ancora oggi, malgrado i movimenti sociali relativi all'accettazione di morfologie diverse, la magrezza associata al successo occupa un posto importante nella sfera mediatica e nella società. Per non soffrire più, alcune ragazze decidono di lasciare la casa di famiglia e essere prese in carico durante l'anno scolastico nell'ambito di istituzioni specializzate nel trattamento dell'obesità. In questo tipo di istituzioni ho lavorato da psicologa clinica e ricercatrice per più di dieci anni. In questo lasso di tempo ho potuto osservare che paradossalmente con il desiderio legittimo di dimagrire, alcune

adolescenti sono esposte ad una fragilità del loro equilibrio psichico che genera un fenomeno di “decontenimento”. Queste constatazioni mi hanno permesso di pensare che il trattamento dell’obesità in adolescenza richiede la messa in campo di una presa in carico psicologica innovante. Così dimostrerò in questo articolo le difficoltà psichiche legate al dimagrimento in molte ragazze, specie se hanno fatto lo sviluppo dall’infanzia con questa identità “da obesa”. E vedremo la necessità di ricorrere al supporto di gruppi terapeutici specifici, come un atelier a mediazione corporea “Look”, per accompagnare la perdita di peso.

Qualche caratteristica psichica dell’adolescente obesa in perdita di peso.

Dalla carenza di contenitore materno all’immagine inconscia del corpo “nebuloso”

Per prima cosa conviene ricordare che l’obesità trova il suo ancoraggio nel corpo biologico, è un termine medico, una malattia che invia allo stato psichico di una persona più specificamente in “*eccesso di massa grassa*”. Questo eccesso di peso, questo corpo, può far soffrire perché può “*rappresentare una differenza o addirittura un handicap*”. Non corrisponde all’immagine del corpo sociale attuale che poggia sull’estetica della magrezza. Questo stato somatico e questo vissuto intersoggettivo negativo s’inscrivono nell’immagine inconscia del corpo dell’individuo obeso il cui impatto sul narcisismo secondario produrrà un’immagine negativa di sé. Tuttavia questo stato somatico in certi soggetti trova un ancoraggio nelle esperienze affettive e libidiche primarie, nel momento della nutrizione. Un cattivo funzionamento delle relazioni intersoggettive in quel periodo, legate a una carenza di contenitore materno all’origine, avrebbe giocato un ruolo determinante nel fallimento dell’immagine inconscia del corpo dell’individuo obeso (Sanahuja, 2011). Questo si tradurrà, più tardi, in modo sintomatico per il soggetto, in un corto-circuito dell’affetto, in un comportamento alimentare a risposta emozionale immediata che sarà del tipo iperfagico (3) e in una confusione delle emozioni, degli affetti e dell’immagine inconscia del corpo. Di conseguenza, nel soggetto obeso si sviluppa un’immagine inconscia del corpo mal delimitata, fragile e deformabile che rinvia a un “Io-pelle” che abbiamo qualificato “nebuloso” (4) (Sanahuja, 2009; 2011a), la cui funzione principale è di tipo protettivo. Possiamo collegarci allo stesso modo con l’obesità di tipo evolutivo descritta da Hilde Bruch come connessa a una fissazione allo stadio orale, dovuta alla carenza interazionale primaria. Secondo lei certe madri ansiose o anche depresse (Bruch, 1974; Trombini et al., 2003; Banis, 1998; Jonhson, 1994; Stradmeijer, 2000) sono incapaci di percepire in modo intuitivo i bisogni del loro bambino e procedono a un riempimento sistematico che costituisce la genesi del comportamento iperfagico che il soggetto obeso manifesterà. Questa difettosità del legame primario è legata ugualmente a una carenza del contenitore materno (Sanahuja, 2011a, 2016, 2019). Si può spiegare questa carenza mediante il fatto che la persona che offre le cure manca di risorse che assicurino la funzione alfa (Bion, 1962). La madre è in difficoltà a contenere psichicamente il bimbo, e questi non può assimilare le sue esperienze e dar loro un senso (Féres-Carneiro, T. e Do Carmo De

Almeida-Prado, 2009). Questo fallimento nella relazione intersoggettiva ha un impatto sul «*la formazione e l'attività del preconsciouso*» del soggetto (Kaës, 2012, p. 168). In effetti grava sulla madre la funzione di contenimento, di filtro, di protezione e interpretazione dei vissuti arcaici, delle sensazioni corporee per far fronte agli eccitamenti che disorganizzano il bambino. Per Debray (1991), dunque, le qualità dell'organizzazione psichica materna, le modalità del suo sistema preconsciouso giocano un ruolo decisivo. In questa prospettiva «*il preconsciouso della madre è una parte integrante da significare/interpretare per il bimbo*» (Kaës, 2012, p. 168). Se la madre è difettosa nella sua funzione interpretante allora il soggetto rischia di svilupparsi con un difetto del preconsciouso (Marty, 1990) e con un difetto di mentalizzazione legato alla difficoltà ad associare le rappresentazioni di cosa alle parole. Il soggetto obeso così ha delle falle nel suo processo trasformativo (Féres-Carneiro, T. et Do Carmo De Almeida-Prado, 2009). Effettivamente la maggior parte di queste adolescenti hanno difficoltà a verbalizzare la loro storia, le emozioni, gli affetti e a fantasmizzare e mentalizzare, che rinvia a un funzionamento di tipo alessitimico e a un pensiero operatorio. Non hanno accesso al simbolico, non possono elaborare sulla base dei loro vissuti. E anche le pulsioni non sono riconosciute. La loro sfera psicoaffettiva è perturbata, il vissuto emozionale e affettivo è «cristallizzato» nell'atto alimentare. Ricorrono all'oggetto nutrizionale (iperfagia bulimica) per calmare lo stato di tensione interna legato alle emozioni provate e alle angosce vissute (Sanahuja, 2011a).

Carenza della transizionalità e dei confini degli involucri psichici: una problematica di separazione

Il cattivo funzionamento delle relazioni interpersonali originarie ha un impatto anche sul processo successivo alla fase orale di separazione-individuazione (Sanahuja, 2013) ed è dunque collegato a un processo separativo difficile dall'oggetto materno (Bruch, 1973; Sanahuja, 2013). I padri sono più distanti, intervengono poco e quando lo fanno assumono un ruolo di tipo materno, che rinforza il mal funzionamento dei legami intersoggettivi originari. Conviene ricordare che il padre appare come il principale terzo della relazione duale madre-figlio, che interviene nella simbiosi materno-infantile (Golse, 2006). Egli crea così uno spazio nuovo di pensiero che permette, nel seguito, l'emergere dello spazio psichico transizionale. Tale spazio Winnicott (1971) lo chiama «*area di esperienza intermedia*»: «*le si richiede solo di esistere come luogo di riposo per l'individuo impegnato nell'interminabile compito umano consistente nel mantenere insieme separate e collegate una all'altra, la realtà interna e la realtà esterna*» (Winnicott, 1971, p. 30). In altri termini questo è ciò che ritroviamo nei soggetti che hanno un'obesità di tipo evolutivo, per i quali l'assenza o mancanza di una figura paterna implica una difficoltà di integrazione della funzione terza. Ciò comporta una difficoltà a rendere disponibile lo spazio transizionale e una simbiosi madre-bambino permanente che ostacolerà in seguito la separazione in adolescenza. Allora, quando la

funzione terza non va a buon fine, può aver luogo un fenomeno di immobilizzazione psichica (Drieu et Hurvy, 2015). Ne deriva che potremo vedere una simbiosi fissata insieme alla sfera materna ma anche del pari ai membri simili di un gruppo di appartenenza secondaria. L'assenza di istanza separatrice trascina con sé un incollamento all'oggetto che ostacola il suo processo di differenziazione ed è ciò che ritroviamo nel soggetto che soffre di obesità in età evolutiva. Egli incontra difficoltà di interiorizzare l'oggetto e questo produce una carenza di spazio transizionale, che si vede nel posto psichico e la funzione che l'oggetto occupa (McDougall, 2004; Sanahuja, 2011b). Possiamo anche articolare il difetto di transizionalità con la dimensione concettuale che abbiamo introdotto per la comprensione di questo sintomo. Si rivelerà una patologia del contenitore psichico, la sua manifestazione sarà l'alterazione degli involucri psichici collegata alla scarsa qualità delle relazioni precoci (Sanahuja, 2012). Possiamo approfondire questa alterazione nelle problematiche dei confini dei due involucri psichici a cui fa riferimento Anzieu (1971): quelli dell'eccitamento e della comunicazione. Precisiamo che l'involucro psichico è situato al limite fra il mondo interno e il mondo esterno. Come ogni limite, esso sta in contatto con entrambi i versanti. Ciascuna superficie assicura la permeabilità fra il mondo interno e il mondo esterno. Anzieu pone il postulato che il versante esterno sia una sorta di scudo, che riduce le aggressioni di tutti gli elementi eccitanti provenienti dall'esterno. Il versante interno in compenso servirebbe piuttosto a ponderare le reazioni del soggetto al suo ambiente, è il versante comunicazione dell'involucro psichico. A partire da lì, Anzieu approfondisce il concetto di area transizionale introdotto da Winnicott (1971). Secondo Anzieu l'area transizionale costituirebbe lo spazio che separa il mondo interno dal mondo esterno. Anzieu vede in questo il prolungamento dell'articolazione fra la superficie dell'eccitamento e quella della comunicazione. Nel caso della carenza di tale area transizionale e in particolare nel soggetto obeso, compare una lacuna della comunicazione umana, spogliata di ogni emozione, una comunicazione fredda e impassibile. Questa carenza si materializza in un cattivo divario o divario inesistente fra i due diversi mondi e ciò genera una disfunzione dell'oggetto transizionale (inesistente, tardivo o cangiante) che porta il soggetto a disinvestire le emozioni e la comunicazione. Metaforicamente, gli involucri possono essere: "incollati uno all'altro" o "unici". Da ciò, la creatività che permette la soggettivazione non riesce a trovare il suo spazio. Da qui la difficoltà di verbalizzazione degli adolescenti, evidenziata in varie ricerche (Sanahuja, 2014; 2011b). Il soggetto così si sviluppa con difficoltà di fantasmizzazione, con un funzionamento operatorio, alessitimico e sul versante psicosomatico. Inoltre, la carenza transizionale rinforza insieme il cambiamento corporeo e il processo di indifferenziazione (Sanahuja, 2017). Sembra che l'attacco del corpo, simbolizzato mediante il rapporto emotivo alimentare distruttivo, incontrerebbe una forma difensiva contro l'indistinzione Io/non-Io in adolescenza. E' un processo che può arrivare all'addiction. In particolare Apfeldorfer (1997) descrive la forza della dipendenza dagli oggetti esterni che sostituisce la dipendenza dalla "nutrizione". Così

nutrirsi va incontro alla separazione impossibile per non separarsi del tutto. In questo modo i processi collegati alla pubertà in termini di autonomia vengono seriamente ostacolati. L'incollamento all'oggetto materno ma anche l'assenza o carenza di un terzo che separa può generare un difetto di transizionalità (Sanahuja, 2016). In effetti il non poter integrare, per il soggetto, un terzo che scolla la simbiosi materno-infantile (Jeammet, 1989) crea una continuità simbiotica con l'oggetto nutrizione.

Il dimagrimento dell'adolescente e il fenomeno del "decontenimento"

Ricordiamo che queste adolescenti presentano fin dalla prima infanzia la particolarità di essersi costruite "narcisisticamente" con il modello posturale che è l'obesità evolutiva. In questi soggetti nel momento della perdita di peso si osservano diversi fenomeni. Da una parte il dimagrimento favorisce e turba psichicamente i soggetti (Sanahuja, Cuynet, 2011). In effetti abbiamo scoperto l'esistenza di angosce multiple e/o diffuse, di depressione, accompagnate dal passaggio all'atto nelle condotte auto e etero-aggressive (verbali, lesive, violenza fisica, tentativi di suicidio) di alcune di queste adolescenti. D'altra parte esse vivono un cambiamento corporeo ma non sentono i chili perduti, e ciò rinvia alla questione dell'immagine inconscia del corpo (Schilder, 1950; Dolto, 1984) e alla difficoltà per queste ragazze di avere una conoscenza di sé, del loro corpo e dei loro limiti. Così le trasformazioni fisiche della pubertà e il dimagrimento accentuano le turbe dell'immagine inconscia del corpo. Queste osservazioni rinviano a quelle fatte da vari specialisti (Isnard, 1994; Raich, 2007; Bruch, 1994; Slade, 1994, Sanahuja, 2011). Per via di ciò esse vivono una perdita narcisistica, la loro identità è perturbata. In più esse abbassano i meccanismi di difesa costruiti mediante l'obesità. Di conseguenza vivono un fenomeno di "decontenimento", una perdita di sé, perdendo la loro difesa "corporea". Malgrado il vissuto di "decontenimento" delle adolescenti abbiamo osservato in alcune al momento del dimagrimento l'apparire di un fenomeno di femminilizzazione. Al tempo stesso in cui questi cambiamenti sono in corso, esse richiedono alle curanti un sostegno narcisistico. Queste ultime rendendosi disponibili corrispondono con loro da una posizione materna, offrendo una funzione rassicurante e di contenimento. Valorizzano le adolescenti rinviando loro un'immagine positiva e congratulandosi nel corso delle fasi di metamorfosi corporea. Crediamo che, per dimagrire, le ragazze abbiano bisogno di essere avvolte psichicamente. A fronte delle varie osservazioni svolte e per rispondere alla domanda di contenimento, le ragazze usufruiscono di un atelier gruppale a mediazione corporea estetica "look". Questo atelier propone delle tecniche di miglioramento del vissuto dell'immagine corporea inconscia. In questa prospettiva terapeutica tutti siamo partiti all'inizio dalla porta d'ingresso principale del funzionamento operatorio del soggetto. Passando per la via del corpo e il lavoro attorno ai suoi limiti nel setting della mediazione terapeutica corporea, permettiamo al soggetto di psichizzare i suoi vissuti perché ciò che sentono possa essere rivissuto nel setting del rispecchiamento gruppale terapeutico. A partire da queste diverse osservazioni il processo terapeutico può insediarsi in quel luogo pensato come

spazio transizionale. Questi luoghi diverrebbero un mezzo terapeutico in cui si opera il passaggio dal transitorio del soggetto al transizionale, permettendogli così di liberarsi da un'immagine inconscia del corpo "nebuloso".

Dispositivo terapeutico di gruppo e spazio di "riordino"

Gruppalità

Secondo Jacquet (2016) l'adeguamento corpo-psiche del processo adolescente non può avere luogo senza "l'incontro con l'altro" (Jacquet, 2016, p. 405). Mediante l'immersione gruppale il soggetto trova la via di una creatività e di uno spazio che permettono l'elaborazione corporea. Da notare, il processo adolescente rinvia allora a una ricerca di soggettivazione (Cahn, 1998; Gutton, 1996, 1991) e di separazione-individuazione (Blos, 1997). Si può valutare la riuscita di questo processo adolescente quando compare un adeguamento corpo-psiche, cioè quando la trasformazione egoica è in equilibrio relativo. In effetti, per via dei diversi rivolgimenti collegati al processo adolescente (fra gli altri il fenomeno pubertario, il declino edipico) quest'ultimo trova un equilibrio e può integrare un'immagine del corpo in via di trasformazione con nuovi limiti che definiscono l'identità. L'Io allora è ben più appagato, meno in sofferenza e in quel momento trova una omeostasi. L'adolescenza è comunemente percepita come un periodo di differenziazione in rapporto alle figure genitoriali, che si realizza grazie al gruppo dei pari. Dunque abbiamo scelto il gruppo come supporto terapeutico per aiutarle a restaurare la loro immagine del corpo e migliorare il loro narcisismo. In effetti questo permette alle ragazze "di esistere agli occhi degli altri" (Rouchy, 1990) e di non sentirsi sole di fronte al loro turbamento. La scelta del supporto gruppale corporeo sta nel fatto che questo dispositivo lavora il livello arcaico e profondo del soggetto (il gruppo primario). Nel setting dell'atelier lo stato di regressione (che il soggetto vive) che tocca al corpo è di natura gruppale e concorda con il suo fondo psichico che corrisponde al fondo sincretico di Bleger (1979). Più precisamente il fondo psichico sincretico si costruisce simultaneamente nel sostrato pulsionale individuale ma anche nel legame intersoggettivo della madre sostenuta e contenuta ella stessa dall'involucro di gruppo del corpo familiare. Nell'Io individuale vi è alla base un Io gruppale. La necessità di regredire a un Io sincretico gruppale facilita il lavoro di internalizzazione del gruppo esterno per i partecipanti. La funzione di sostegno del gruppo esterno delle curanti e al tempo stesso l'insieme del gruppo permette al soggetto di "sentirsi simile", di condividere le stesse angosce e lo stesso corpo fra "soggetti obesi". Di più, secondo Houzel (2005), l'involucro psichico gruppale procura un fondo di stabilità per l'individuo. Così il passaggio attraverso il gruppo elabora fundamentalmente questo bisogno di stabilità. Il gruppale parla al gruppale che è nell'individuo, grazie all'involucro materno che il gruppo procura.

Mediazione corporea terapeutica e corporeità

«Le psicoterapie dette "a mediazione" sono utilizzate al fine di produrre un effetto di

linguaggio, e più precisamente di parola, laddove questa fa difetto o è in sofferenza» (Kaës, 2012, p. 165). Per Roussillon (2011), il dispositivo con mediazione terapeutica si basa sulla presa in carico della dinamica transferale e “l’appropriazione soggettiva delle sfide del lavoro di simbolizzazione” grazie a un medium malleabile. Roussillon sottolinea l’importanza che l’oggetto [mediatore, NdT] corrisponda al rapporto con la sensomotricità del soggetto, in modo tale che la “coincidenza” fra la percezione e l’allucinazione induca uno specifico transfert. Il terapeuta è garante del setting nel quale l’oggetto mediatore mette in opera la sua funzione forica (attirare, raccogliere, contenere e portare ciò che viene trasferito), la sua funzione semaforica (messa in forma significante, l’elemento beta) e la sua funzione metaforica (simbolizzazione/assegnazione di senso della forma significante in rappresentazione, trasformazione dell’elemento beta in elemento alfa). Il fine è che il soggetto possa rimettersi in gioco e appropriarsi della sua esperienza soggettiva, incorporata in elemento beta o in pittogrammi. In effetti le tracce senso-affettive-motrici sono condizioni possibili di accesso alla rappresentazione (Brun, 2011). Il mediatore attiva sensazioni allucinate che sono riattualizzazioni di esperienze non simbolizzate e inscritte nel registro sensoriale della corporeità. Il processo di simbolizzazione primaria (trasformazione dei vissuti corporei in pittogrammi o elementi beta) sarà restaurato. Ma questo processo non può farsi se non è sostenuto dalla relazione di transfert che riattualizza il legame primario con l’oggetto. Tali tecniche del corpo innescano legami identificativi. Esse andranno a sostenere gli involucri psichici il cui difetto di plasticità o le incorporazioni impediscono il difetto di iscrizione di tracce narcisistiche e l’attività di rappresentazione. La riattivazione del legame primario, attraverso il quale sono trasmesse per lo più queste tecniche corporee, permette l’accesso alle sensazioni e agli affetti e all’ideale dell’identificazione primaria. “Le tecniche di mediazione corporea, assumendo la dimensione del transfert, costituiscono anche il corpo messo in gioco e in scena, un supporto che sostiene le pulsioni sessuali sulle funzioni corporee, via la simbolizzazione del corpo e quella del linguaggio” (Allouch, 2011). Per quanto concerne l’approccio terapeutico corporeo dell’obesità, la maggior parte delle ricerche (Bruch, 1974; Raich, 2007; Sanahuja, 2011) in psicologia concorda nel dire che il lavoro sull’immagine inconscia del corpo è una tappa necessaria per la guarigione. In questa linea abbiamo introdotto tecniche di miglioramento della rappresentazione di sé, proponendo un atelier terapeutico gruppetto estetico (5) che lavora con l’apparenza, per modificare il vissuto. L’atelier favorisce e accompagna il processo di dimagrimento con un intervento pluridisciplinare (6). Il soggetto vive un rinforzo dell’Io e del narcisismo, grazie a un incontro con la curante, che passa per un lavoro materno a mediazione corporea.

Attraverso la seguente vignetta clinica sarà messa in luce l’importanza dell’involucro psichico gruppetto per delimitare l’immagine inconscia del corpo.

Vignetta clinica

Conviene prima di tutto ricordare che questo atelier (7) è una sala preparata in un luogo pensato come “spazio transizionale” nel senso winnicottiano (1971) del termine. Lungo tutta l’annata Carlotta ha investito l’atelier, tutte le settimane. Fa parte di un gruppo di sei ragazze (8). Ha scelto questo atelier perché come le altre manca di fiducia in se stessa. Si trova male nella sua pelle: “mi detesto, sono una grande maiala!”. Non sopporta la sua immagine allo specchio. Lo ha rifuggito per molto tempo. Quando Carlotta e le ragazze rientrano nell’atelier, le tre curanti chiedono alle ragazze quali cure desiderano che siano prodigate loro nella prima ora. Le curanti tutelano la stabilità del setting durante le sedute al fine di mantenere la coesione grupale e insieme l’involucro psichico grupale unificato. Per questo sono sempre presenti e si occupano sempre della stessa ragazza.

Dopo avere stabilito la loro cura, le ragazze si distribuiscono nella sala. Carlotta deroga dalle sue abitudini e per la prima volta si insedia nella poltrona nella sala comune per ricevere le cure davanti a tutti. Fino a questa seduta si metteva sempre nella zona relax per distendersi sulla “lettino di cura”. Fuori dagli sguardi, nascosta dal paravento. Sorpresa dal cambiamento la curante “Isabella” le prodiga le cure del viso abituali parlandole con una voce dolce spiegandole ciò che fa. “Isabella” le applica una maschera d’argilla sul viso che genera due sensazioni successive, una di benessere per la frescura all’applicazione e dopo un’altra di calore e tensione della pelle quando si secca e si indurisce la maschera. Il soggetto può così vivere una esperienza di presa di coscienza e di limite della pelle: questo può evocare i metodi di packing (avvolgimento umido) nel lavoro con gli adulti psicotici (Racamier). Mentre la maschera si secca e s’indurisce, Carlotta resta distesa, con gli occhi chiusi. Si lascia cullare dalla musica “lenitiva” che manda su un fondo sonoro dei rumori d’acqua. Gli odori dei prodotti di bellezza si diffondono in tutto l’ambiente. Odori e musica avvolgono così Carlotta e gli altri membri del gruppo. Durante questo momento di regressione, di lasciarsi andare e di confidenza con il suo corpo, le altre curanti “Maria” e “Clotilde” si occupano a turno delle altre ragazze. Alcune accettano di confrontarsi con le altre senza complessi. Altre arrivano a mettersi davanti allo specchio senza vergogna per l’immagine che viene riflessa. Altre si isolano nella zona relax con una curante. Più tardi, quando la maschera inizia a “tirare”, a “far male” sulla pelle di Carlotta, “Isabella” la toglie con una spugna umida, imbevuta d’acqua tiepida, di colpo, dando lenimento alla pelle di Carlotta. Il soggetto vive una restaurazione del piacere per opera della curante. Il ritorno al benessere si prolunga per l’applicazione di una lozione tonificante con il cotone e una crema idratante applicata con massaggio. “Isabella” termina con un massaggio del cuoio capelluto che consente a Carlotta di sentirsi più avvolta. Così il ricorso al tattile permette l’acquisizione di limiti che favoriscono la differenziazione, il confine fra l’interno e l’esterno. Una volta terminata la cura, Carlotta si dirige allo specchietto per farsi truccare. “Isabella” si complimenta con Carlotta. Finito il maquillage arriva a dire di sentirsi bella. Dopo la seduta, al momento del tempo di elaborazione verbale, le

ragazze si complimentano reciprocamente. Le curanti le valorizzano altrettanto mediante un discorso sempre positivo. Ogni ragazza si autorizza a esprimere il vissuto della seduta. Le curanti chiedono a Carlotta perché abbia cambiato le sue abitudini: “Nel gruppo mi sento bene e fiduciosa, avevo voglia di cambiare posto.../. mi ha fatto bene.../.mi sento distesa e rilassata perché ero molto snervata prima di venire!.../.aspettavo l’uscita per andare a gonfiarmi la faccia ma ora non ne ho più voglia, non sono più per niente angosciata!”. Tutto il gruppo in generale ha l’impressione di stare in un bozzolo rassicurante.

Funzioni e processi attivi nel dispositivo

Nel nostro dispositivo utilizziamo dunque il supporto del gruppo benevolente (gruppo secondario) in senso contrario ai vissuti anteriori in maniera da garantire un sentimento di sicurezza (Manga-Carrola et al.2018). Ciò offre uno spazio insieme di identificazione e di differenziazione. In effetti, come abbiamo ricordato nel passato, la nostra popolazione vive una difficoltà di separazione dalla famiglia (il gruppo primario) specie dall’oggetto materno. Tuttavia per lavorare questa problematica separativa, secondo Chapelier (2019) la specificità del gruppo in adolescenza è quella di passare dal gruppo familiare (primario) a quello fraterno (secondario). Questo passaggio nel setting del nostro lavoro è favorito grazie al dispositivo terapeutico proposto. Quest’ultimo è basato sulle cure corporee e la libertà di parola indotta dalle libere associazioni al momento del tempo di elaborazione verbale. Questo lavoro in gruppo permette una certa regressione, un fenomeno di illusione gruppale nelle adolescenti e la creazione di un corpo comune “si è tutte simili” rinforzando così una identità comune e l’espressione di fantasie. Permette anche «un riordino psichico mediante l’interiorizzazione di un gruppo ridifferenziato» (Chapelier, 2019, p.12). Da qui, il processo del gruppo di appartenenza secondaria innescato dal dispositivo diventerà terapeutico perché apre la possibilità per le adolescenti di elaborare gli elementi del gruppo interno (9) (Kaës, 1976). Precisiamo che questi elementi (immagine del corpo, fantasmi originari, sistemi di relazioni d’oggetto, rete delle identificazioni, complessi edipici e fraterni, imago e l’immagine dell’apparato psichico) sono introiettati via gruppo di appartenenza primaria e sono trasformati nel gruppo secondario. Questa trasformazione permette al soggetto di scollarsi dalle icone genitoriali, di differenziarsi dal gruppo primario identificandosi con i pari e passando per la via del corpo.

La via del corpo e impatti psichici

All’interno del gruppo la dimensione della condivisione, di piacere nelle cure corporee costituisce una dimensione essenziale di riattualizzazione delle cure primarie, lavorando sulla consensualità dei legami di sostegno intersoggettivi e di condivisione affettiva (dunque sul registro di una composizione possibile dell’affetto per queste pazienti in difficoltà con il registro emotivo). Così sembra in primo luogo necessario passare per la porta d’ingresso del sintomo e far rivivere al soggetto emozioni, sensazioni che

riattivano le sue interazioni primarie precoci che gli sono mancate. Il soggetto nel setting di queste cure vive una certa regressione, riscopre il suo corpo e i suoi limiti. Facciamo rivivere al soggetto ciò che non ha funzionato, che è stato fallimentare (tatto, parola...) “*non siamo state mai toccate così*”. Perché questo possa essere verbalizzato, metabolizzato e accedere alle sensazioni provate. Lavorando sull’involucro dell’eccitamento legato a quello della comunicazione, permettiamo progressivamente che uno spazio interno delimitato si crei nel soggetto, un limite fra il mondo interno e esterno che favorisce l’accesso alla transizionalità. Questi limiti per effetto della cura corporea, si creano anche sulla ridefinizione dell’identità del soggetto favorendo un sé più consistente e un sentimento di sicurezza interna. Inoltre la ripetizione di tale spazio transizionale permette anche di creare un limite con la ritmicità del setting e favorisce la permanenza dell’oggetto, in modo ripetitivo, facilitando nel soggetto l’introiezione di un setting interno stabile e solido. Passando per la via del corpo e dello specchio gruppal, il soggetto può così ridefinirsi altrimenti che non sulla base del peso.

Effetto contenente del gruppo sugli adolescenti e immagine inconscia del corpo “delimitato”

Al momento del débriefing con le curanti, abbiamo interpretato il cambiamento di luogo di Carlotta come una ricerca di coesione gruppal con le altre ragazze, di fare corpo per ritrovare un involucro contenitivo che la proteggesse dalle angosce. Il gruppo ha assicurato una funzione di para-eccitazione e di contenimento a questa ragazza. Così il gruppo a mediazione terapeutica può essere un supporto di contenimento per queste adolescenti obese in “perdita di peso”, che presentano ognuna un difetto di contenitore psichico, che si traduce in un’immagine inconscia del corpo perturbata. Abbiamo puntato l’attenzione sulle sfide sia individuali che gruppal, che si attivano all’interno dell’atelier estetico. Queste sfide hanno simultaneamente un impatto formale sull’involucro psichico individuale e gruppal in termini di ridelimitazione psichica. Il supporto gruppal a mediazione terapeutica apporta a queste ragazze “un involucro rassicurante e curativo”. Metaforicamente, anche, il gruppo può rappresentare un limite psichico che corrisponde alla messa in opera di una seconda pelle psichica protettiva e difensiva, che favorisce un fenomeno di contenimento. L’effetto contenitivo che vive il gruppo è legato anche ai differenti involucri psichici (sonoro, olfattivo, tattile, visivo) che procurano lo stato rilassante nel quale si ritrovano le ragazze. Il dispositivo terapeutico permette anche il dispiegamento di un involucro relazionale che favorisce le identificazioni narcisistiche secondarie, i soggetti lottano contro uno smarrimento esistenziale legato al dimagrimento. Esse si identificano con il modello permissivo e rinarcisizzante delle curanti. Si appropriano del loro corpo cambiando grazie al loro riflesso nello specchio e ai complimenti che accompagnano quell’immagine. Poi il dinamismo gruppal sostiene le difese individuali e ciò permette processi di interiorizzazione dei limiti rassicuranti per la sicurezza che offre l’atelier a mediazione corporea ad ogni adolescente. Gli effetti del setting inoltre agiscono sui soggetti in

termini di ridefinizione dei limiti psichici, individuali, intersoggettivi, trans-soggettivi e gruppali (Sanahuja, Cuynet, 2012). Secondo le sedute e a loro misura, le ragazze internalizzano sempre di più il gruppo e il suo involucro grazie anche ai processi identificativi che vi si attivano. Gli effetti specchio nel gruppo danno una specificità al modo secondo cui i processi di identificazione vi emergono e sono trattati e ciò contribuisce al miglioramento psichico delle ragazze (10). Il gruppo vive nel setting dell'atelier un effetto di avvolgimento che favorisce il benessere "*mi sono sentita bene*", "*è rilassante*", "*mi sono addormentata*" che favorisce il consolidamento del foglietto della pelle esterna del para-eccitamento, grazie a quello dell'iscrizione (tracce simboliche rinarcisizzanti che rinforzano la stima di sé). La prima pelle psichica può così consolidarsi. Effettivamente l'involucro psichico diventa più flessibile e meno "nebuloso", e questo si materializza in una capacità di pensare il gruppo, rifletterlo e anche in una perdita di peso che le adolescenti vivono. Concretamente, secondo le sedute e a loro misura e della perdita di peso, le adolescenti si femminilizzano. E al momento del "tempo di elaborazione verbale", verbalizzano sempre più ciò che provano di fronte al gruppo. Si sentono molto meglio nella loro pelle. Sono meno rinchiusi "nel loro corpo" e nella loro obesità. Osserviamo che si dirigono di più verso l'altro e il mondo esterno. La loro immagine inconscia del corpo si consolida diventa più "flessibile" e più "delimitata". Il gruppo permette al soggetto di ridefinire il suo posto attraverso l'altro. Può così ricevere rassicurazione. E il soggetto progressivamente può definirsi in funzione di sé e della sua identità. Infine gli effetti di questo spazio transizionale sul soggetto favoriscono uno "scollamento" dall'oggetto, assistiamo a un passaggio dalla funzione transitoria, allo spazio transizionale che il soggetto ha internalizzato. Questo passaggio permette a quest'ultimo di disimpegnarsi dal processo di incorporazione e tendere verso l'introiezione, l'identificazione e la soggettivazione: il preconsenso diviene più operativo. Il cambiamento morfopsicologico ha di conseguenza un impatto sul posto del soggetto al livello del suo corpo familiare, che può portare anche a una riorganizzazione interna, con un equilibrio dei poli isomorfici e omomorfici, che consentono una omeostasi grupale più flessibile.

Conclusioni

L'idea originale di questo dispositivo è di affrontare l'obesità non attraverso il biologico e il divieto sulla nutrizione ma a livello di un "male d'esistere" e una ridefinizione dei limiti. Superiamo in questo modo lo stereotipo terapeutico dell'oralità che consiste nel mangiare meno per dimagrire; sostituendo il trattamento dell'obesità in un altro contesto diverso dalla sovralimentazione. In quello del trattamento di un "mal d'essere" nello spazio che non può esprimersi che attraverso un corpo voluminoso. In questa dismisura, su ciò che viene mostrato noi lavoriamo subito all'interno dell'atelier terapeutico; perché le pazienti vadano meglio sul piano personale, ma anche nelle loro relazioni e inserimento sociale. A partire da queste differenti osservazioni sembra pertinente che le diverse istituzioni che hanno per obiettivo di curare il sintomo corporeo di un soggetto

in particolare adolescente, possano introdurre questo tipo di mediazione terapeutica come modalità di presa in carico della corporeità. L'istituzione inoltre è un luogo dove gli effetti di gruppo sono importanti e ciò può costituire una base terapeutica fruttuosa per l'individuo. Il dispositivo gruppale può divenire così uno strumento terapeutico e istituire un nuovo modo di presa in carico delle patologie psicosomatiche. Questi luoghi permettono agli adolescenti di accedere alla rappresentazione mentale delle loro emozioni, delle loro angosce e delle loro sensazioni corporee e questo può modificare la loro condotta "alimentare" poiché prendono coscienza del legame fra emozione e insorgenza alimentare.

Bibliografia

- Allouch, E. (2011). *Psychothérapie et médiation corporelle*. Dans A. Brun (dir.). *Les médiations thérapeutiques*. Érès: Toulouse.
- Anzieu, D. (1990). *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Le collège de psychanalyse groupale et familiale: Paris, 1999. Tr.it. *L'epidermide nomade e la pelle psichica*. Raffaello Cortina: Milano, 1992.
- Apfeldorfer, G. (1997). *Maigrir, c'est dans la tête*. Jacob: Odile, 2004.
- Banis H.-T., Vami J.-W., Korsch B. et al. (1988). Psychological and social adjustment of obese children and their families. *Child: Care, Health & Development*, 14, 157-173.
- Bion, W. R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Coll. Bibliothèque de psychanalyse, 1ère éd. Française, P.U.F: Paris, 1979. Tr.it. *Apprendere dall'esperienza*. Armando: Roma, 1972.
- Bleger, J. (1967). *Symbiose et ambiguïté. Etude psychanalytique*. trad. fr., nouv éd. P.U.F. Paris, 1981. Tr.it. *Simbiosi e ambiguità*. Libreria Editrice Lauretana: Loreto, 1992.
- Bleger, J. (1979). *Psychanalyse du cadre psychanalytique*. In *Crise, rupture et dépassement*. Dunod: Paris. Tr.it. *Psicoanalisi del quadro psicoanalitico*. In *Crisi, rottura e superamento*. Centro scientifico Torinese: Torino, 1987.
- Bruch, H. (1974). *Les yeux dans le ventre*. Payot: Paris, 1994.
- Brun, A. (2011). *La médiation picturale et la psychose infantile*. Dans A. Brun (dir.). *Les médiations thérapeutiques*. Érès: Toulouse.
- Cahn, R. (1998). *L'Adolescent dans la psychanalyse – l'aventure de la subjectivation*. Coll. Le Fil Rouge, P.U.F.: Paris.
- Chapelier, J-P. (2019). *La loi des pairs. Les psychothérapies de groupe à l'adolescence*. Érès: Paris.
- Féres-Carneiro, T. et Do Carmo De Almeida-Prado, M. (2009). Obésité morbide et fonction oméga. *Dialogue*, 3(185), 103-106. doi: 10.3917/dia.185.0103.
- Gutton P. (1991). *Le pubertaire*. Coll. Le Fil Rouge, P.U.F.: Paris.
- Gutton P. (1996). *Adolescents*. Paris Coll. Le Fil Rouge, P.U.F: Paris.

- Debray, R. (1991). Réflexions actuelles sur le développement psychique des bébés et le point de vue psychosomatique. *Revue Française de Psychosomatique*, 1991, 1: 41-57.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Seuil: Paris.
- Drieu, D., Hurvy, C. (2015). Enjeux intersubjectifs entre l'adolescent et sa famille. Intérêt de la prise en charge familiale en institution. *Le Divan familial*, n. 35: 145-158.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Coll. Le Fil Rouge, P.U.F., Paris.
- Gueniche, K., Isaac, P., Samara-Boustani, D., Dabbas, M., Caron, V., & Polak, M. (2008). À propos du fonctionnement psychique de jeunes filles obèses depuis l'enfance: le poids du difficile traitement psychique de la perte. *Psychologie clinique et projective*. 14(1), 155-187. Récupéré de: <http://doi.org/10.3917/pcp.014.0155>.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. 2e éd., In Press: Paris.
- Isnard, P., Mouren-Simeoni, M. C. (1994). Aspects psychologiques et psychopathologiques de l'enfant obèse. *Médecine et nutrition*, 30, 3, 1994: 139-145.
- Houzel D. (2005). *Le concept d'enveloppe psychique*. In Press: Paris.
- Jacquet, E. (2016). A la recherche d'un double unifiant. *Adolescence*, 34, 2: 405-416.
- Jeammet, P. (1989). Psychopathologie des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence. *Confrontations psy*. 310: 177-202.
- Johnson S.-L., Birch L.-L. 1994. Parents' and children's adiposity and eating style. *Pediatric*, 94: 653-661.
- Kaës, R. (2016) *L'idéologie, l'idéal, l'idée, l'idole*. Dunod: Paris.
- Kaës, R. (2012). *Le Malêtre*. Dunod: Paris. Tr.it. *Il malessere*. Borla: Roma, 2014.
- McDougall, J. (2004). Economie psychique de l'addiction. *Revue Française de psychanalyse*, 68, 2: 511-527.
- Manga-Carrola, P., Picard, C., Morra, A., Sanahuja, A. (2018). Psychopathologie du corps: regards, reflets autour d'un dispositif thérapeutique groupal. *RPPG*, 71: 63-73.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique adulte*. P.U.F.: Paris.
- Rouchy, J. C. (1990). Identification et groupe d'appartenance. *Connexions*, 55. Érès: Toulouse.
- Roussillon, R. (2011). *Proposition pour une théorie des dispositifs à médiation*. Dans A. Brun (dir.). *Les médiations thérapeutiques*. Érès: Toulouse.
- Sanahuja, A., Maïdi, H., Delostal. (2019). La honte et la haine chez l'adolescente obèse. *Revue Cliniques méditerranéennes*, 100, 159-171.
- Sanahuja et al. (2017). Famille en mal de penser : où le collage se substitue à l'emboîtement des enveloppes psychiques. *Le Divan familial*, 38, 1: 155-171.
- Sanahuja, A., Belot, R.-A. (2016). Le processus de séparation-individuation à l'adolescence à l'épreuve de l'obésité. Clinique de l'hyper-oralité. *Neuropsychiatrie de l'enfant et adolescent*, 64: 402-410.
- Sanahuja, A., Belot, R.A. (2014). Obésité chez l'adolescente et défaillance du pare-excitation à l'épreuve du Rorschach. *Psychologie clinique et projective*, 20: 247-279.

- Sanahuja, A., Belot, R. A. (2013). Défaillance de la relation d'objet primaire et altération de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse. *L'évolution psychiatrique*, 78, 4: 653-667.
- Sanahuja, A., Cuynet, P. (2012). Maigrir enveloppée à l'adolescence et image du corps. *Psychothérapies*. 32(4): 249-261.
- Sanahuja, A., Cuynet, P., Mariage, A. (2012). Réaménagement de l'enveloppe psychique chez l'adolescente obèse, en perte de poids. *Bulletin de psychologie*, 65 (2): 159-180.
- Sanahuja, A., Cuynet P. (2011a). Image du corps chez l'adolescente obèse. *Perspectives psychiatriques*, 50: 117-127.
- Sanahuja, A., Cuynet, P. (2011b). Image du corps chez l'adolescent obèse et transmission transgénérationnelle. *Le Divan familial*, 27: 81-94.
- Sanahuja, A. (2011). *L'adolescente face à l'obésité. Traitement et accompagnement durant l'amaigrissement*. Presses Universitaires de Franche - Comté.
- Sanahuja, A. (2009) Maigrir sans mourir à l'adolescence. Réaménagement de l'enveloppe psychique de l'adolescente pendant sa perte de poids; par le biais d'un médiateur corporel esthétique. In *Thèse de Doctorat de psychologie clinique et psychopathologie*. Université de Franche-Comté: Besançon, 2009.
- Trombini, E., Baldaro, B., Bertaccini R., Mattei C., Montebanocci O., Rossi N. (2003). Maternal attitudes and attachment styles in mothers of obese children. In *Perceptual Motor Skills*, 97, 2: 613-620.
- Raich, R. M. (2007). *L'image du corps dans les troubles du comportement alimentaire: développement d'une image corporelle négative chez l'enfant et l'adolescent. Les troubles des conduites alimentaires chez l'enfant et l'adolescent*. Solal: Marseille.
- Schilder, P. (1950). *L'image du corps*. Gallimard: Paris, 1998.
- Slade, P. D., Brodie D. (1994). Body Image distortion and eating disorder: a reconceptualization based on recent literature. *Eating Disorder Review*, 1 (2): 32-46.
- Stradmeijer, M., et al. (2000). Family functioning and psychosocial adjustment in overweight youngsters. In *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1: 110-114.
- Winnicott, D. (1971). *Jeu et réalité*. Galimard, 1975. Tr.it. *Gioco e realtà*. Armando: Roma 1974.

Note

- (1) Affermiamo le nostre proposte sulla popolazione di adolescenti obese perché le nostre osservazioni muovono da questi soggetti femminili. Si tratta in questo scritto di adolescenti obese all'uscita dalla prima infanzia. Esse si sono costruite con una obesità del tipo evolutivo: definizione a p. 2.
- (2) La missione di questa istituzione è di accogliere e prendere in carico adolescenti

obese durante un anno scolastico, per accompagnarle in un processo di dimagrimento con una presa in carico multidisciplinare (dietetica, sportiva, educativa e psicologica). Separate dalla famiglia queste adolescenti beneficiano di un trattamento specifico la cui metodologia poggia su un approccio “bio-psico-sensoriale” che mira all’autonomia del paziente per un apprendimento di ascolto delle sensazioni corporee interne. La nostra presa in carico dell’obesità si dissocia dal modello classico dietetico, basato sul regime ipocalorico o l’equilibrio alimentare.

- (3) L’iperfagia è una sindrome che si manifesta durante il pasto, il soggetto assorbe grandi quantità alimentari.
- (4) Il nostro lavoro di tesi ci ha permesso di definire che questi adolescenti obese hanno un io psichico che chiamiamo “nebuloso” la cui principale funzione è di tipo protettivo. Cioè dire essi utilizzano in analogia con il corporeo, la loro immagine voluminosa per impressionare l’altro, da un lato, e poi d’altro per creare uno spazio ammortizzante (rappresentato dall’obesità) per annullare la violenza degli stimoli esterni e interni.
- (5) Atelier “look”.
- (6) Infermiera, educatrice, assistente alla cura.
- (7) Il fine dell’atelier è descritto anche alle ragazze nella prima seduta: “Durante questo tempo ci prenderemo cura di voi a turno secondo i diversi ruoli e questo creerà la necessità di tempi di attesa per ognuna di voi. Ci occuperemo di voi dandovi basi e consigli nel maquillage. Vi insegneremo a truccarvi bene, a scegliere e armonizzare il maquillage secondo il resto del corpo. Perché voi vi troviate belle e vi sentiate belle!”.
- (8) Queste adolescenti si sono sviluppate con una obesità evolutiva.
- (9) «I gruppi interni (Kaës, 1976) sono formazioni di legami intrapsichici che comportano una struttura di gruppo. Questa struttura ordina le relazioni fra gli elementi che la costituiscono» (Kaës, 2005, p.11). Kaës definisce sette gruppi interni principali che hanno un ruolo di organizzatore psichico inconscio nella costruzione delle rappresentazioni, l’immagine del corpo, i fantasmi originari, i sistemi delle relazioni d’oggetto, la rete delle identificazioni, i complessi edipici e fraterni, le immagini dell’apparato psichico.
- (10) Sguardi benevolenti, parole rassicuranti e valorizzanti, complimenti, scambi di sorrisi.

Almudena Sanahuja è Professore di psicologia clinica e psicopatologia, Psicologa clinica, Psicoterapeuta familiare.

Université Bourgogne Franche-Comté, Laboratoire de psychologie EA 3188.

E-mail: maria.sanahuja@univ-fcomte.fr

Tradotto dal francese da Stefania Marinelli