

## **Campo del gruppo terapeutico e analitico con pazienti anoressiche**

Stefania Marinelli

### **Abstract**

Nel contributo si pongono due quesiti principali relativi a possibili concettualizzazioni cliniche in ambito psicoanalitico da adottare nel lavoro con i pazienti anoressici. 1. Il primo concerne la domanda se l'anoressia possa essere descritta come una malattia indipendente, come ad esempio, nelle classificazioni delle psiconevrosi di Freud, la sindrome ossessiva. 2. Il secondo quesito concerne la possibilità di concepire che i pazienti disturbati al livello della oralità ma anche in modi articolati e borderline per altri fattori di immaturità e traumatismo identitari, possano essere trattati utilmente all'interno di un *corpo sociale*, il gruppo. Il dispositivo plurale infatti, riattualizzando l'esperienza originaria di indistinzione e stimolando per contrasto (v. l'idea di *controcampo* in Marinelli 2004) il bisogno di differenziarsene quando questa sarà stata trasformata, può essere immaginato come un corpo unico, che può creare la ri-generazione e la ri-nascita delle parti/organi e dell'insieme/organismo. Sono comparati in questo senso i due diversi livelli di lavoro che s'intrecciano nel dispositivo gruppo: come registro di scambio intersoggettivo e come campo comune e condiviso e corpo unico capace di evolvere. Il riferimento al modello di Bion e alla sua fondamentale nozione di "O" verità ultima, da ascoltare e ricercare nella mente/protomente del soggetto come nella protomente e mente del gruppo, contiene un accenno al significato della composizione omogenea del gruppo.

**Parole chiave:** gruppo omogeneo, anoressia, sogno, pensabilità, mentalizzazione

### **Introduzione al tema attraverso un breve esame della letteratura storica e tematica**

Vorrei iniziare con il porre due quesiti principali relativi alle concettualizzazioni cliniche che in ambito psicoanalitico possono essere convocate nel lavoro con i pazienti anoressici. 1. Il primo concerne la domanda se l'anoressia possa essere descritta come una malattia indipendente come ad esempio nelle classificazioni delle psiconevrosi di Freud, la sindrome ossessiva. 2. Il secondo quesito riguarda più precisamente la possibilità di concepire che i pazienti disturbati al livello dell'oralità ma anche in modi articolati e borderline per altri fattori di traumatismo identitario e immaturità, possano ricevere beneficio dall'essere trattati in gruppo, cioè per dire meglio, all'interno di un *corpo sociale*. Il dispositivo plurale infatti è qui considerato in particolare dal punto di vista della sua specifica capacità di facilitare riattualizzazione dell'esperienza originaria di indistinzione, stimolando per contrasto il bisogno di differenziarsene (v. l'idea di *controcampo* in Marinelli, 2004). Dunque il gruppo tende ad essere immaginato e fantasmizzato come *corpo unico*, capace di contenere e dare coesione ai contenuti incoerenti, creando la ri-generazione e la ri-nascita delle parti/organi e dell'insieme/organismo. Sono di seguito comparati in questo senso i due diversi livelli di lavoro che s'intrecciano nel processo del gruppo: a. come registro di scambio intersoggettivo e b. come campo comune e condiviso, e corpo unico capace di evolvere. Il riferimento al modello di Bion e alla sua fondamentale nozione di "O" verità ultima, da ascoltare e ricercare nella mente/protomente del soggetto come nella protomente e mente del gruppo, contiene anche il significato della composizione omogenea del gruppo come un suo fattore, che opera come funzione del campo e che il dispositivo elabora e trasforma.

Francesco Comelli, un autore italiano esperto nel campo della psicoanalisi individuale e di gruppo e delle aree intermedie fra la psichiatria e le discipline confinanti ha recentemente scritto *Disturbi psichici della globalizzazione*, nel quale sono individuati alcuni transiti fra l'esperienza soggettiva e quella sociale (1) in una prospettiva interessante (Comelli, 2015). E' in questa prospettiva, nella

quale non può mancare il riferimento alle malattie alimentari, che vorrei discutere il tema dell'anoressia/bulimia dal vertice dello spazio del gruppo.

Abbiamo visto come queste condizioni hanno avuto nel tempo un interesse evolutivo – dagli studi etnopsichiatrici sui significati antichi dell'inedia e quelli antropologici sui riti legati ai cicli produttivi delle stagioni e ai riti della sepoltura che in diversi modi invocano il valore del cibo nei rituali del commiato, nel mondo occidentale precristiano, fino alle descrizioni della rinuncia al cibo come atto religioso in epoca cristiana. Infine, al tempo delle conoscenze positivistiche, le prime descrizioni psichiatriche dell'anoressia ne hanno fatto una malattia mentale che si organizza attorno ai significati dell'alimentazione come rifiuto e negazione restrittiva dell'esperienza corporea a favore dell'idealizzazione della mente e dei suoi prodotti.

Successivamente abbiamo visto che, con la nascita della psicoanalisi, si sono tentate altre vie per la comprensione simbolica di una sindrome che è caratterizzante, ma che però non ha guadagnato nei quadri delle psiconevrosi di Freud un proprio posto, se non nel più generale quadro dell'isteria; e neppure, dopo di lui, nell'investigazione degli stadi pre-edipici dello sviluppo e dei funzionamenti psicotici. Neppure lo studio sistematico di Melanie Klein del mondo interno come spazio fantasmatico collegato agli stati pulsionali arcaici, portato poi avanti dalla scuola inglese, ha considerato le anoressie come patologie specifiche. Anche in Italia le cose non andarono diversamente, ad esempio nell'ambito di ricerca derivato da Winnicott con la valorizzazione della relazione psichica del soggetto con l'ambiente e più in particolare con Eugenio Gaddini che studiò la ruminazione, l'imitazione precoce, e in generale quelli che chiamò gli *ordinamenti mentali primitivi (Opere)*, esplorati anche da Renata Gaddini con riferimento particolare ai processi separativi e individuativi della diade materna (vedi, nelle rielaborazioni e studi riportati in Internet, il suo seminario sull'interpretazione dell'immagine del Bambino rivolto simultaneamente al seno della Madonna e alle figure dell'ambiente circostante, nel dipinto di Correggio).

Abbiamo accennato come nei campi limitrofi dell'antropologia, etnopsichiatria, sociologia ed epidemiologia sono state fornite nel tempo numerose ricerche e suggestive descrizioni dei comportamenti anoressici, prima come comportamenti significativi sul piano misterico e religioso e in epoca moderna come sindrome di origine sociale. Ma infine dalla comparsa delle prime definizioni mediche e psichiatriche di fine Ottocento l'anoressia è stata condotta sul piano medico scientifico, che le ha assegnato un ruolo patologico classificabile.

La psichiatria ha recentemente ampliato la sua esplorazione in diversi settori: *in primis* quello della diagnosi, categoriale e dimensionale e di classificazione sottotipica, oggi trascurata – vedi sul tema le trattazioni specifiche (Biondi et al., 2015); e vedi il dibattito sul valore e i limiti delle classificazioni del DSM IV (recentemente riordinato dalle modifiche apportate dal DSM 5) riportato in diversi contributi da Antonio Ciocca: vedi le trattazioni pubblicate dalla *Rivista di Psicoanalisi*, che considerano ampi quadri della ricerca internazionale e le connessioni con la clinica; e vedi i contributi in *Psicoterapia e Istituzioni*, in particolare il n. 2 monotematico del 2011, nei quali sono riportate e commentate le numerose ricerche empiriche e statistiche americane, a testimonianza dell'interesse multiplo che investe il funzionamento mentale e psichico dei pazienti con disturbo alimentare, da epidemiologico a medico-scientifico, da diagnostico a transdiagnostico. L'orientamento di fondo della linea di ricerca di Ciocca ha infine (2013) promosso l'idea delle numerose forme di disturbo anoressico e bulimico e disordine alimentare come *dissociazione psicosomatica*, indicata come polo principale della diagnosi e dunque del processo di cura, rivolto elettivamente al recupero fondamentale del sentire le sensazioni, le emozioni e i sentimenti, che rischia di essere eclissato dalla ipertrofia delle funzioni idealizzate della mente perfino nel processo analitico.

Di molto interesse anche il settore di studio in forte espansione recente, delle connessioni della clinica con la ricerca neuroscientifica: vedi in particolare gli studi di Salvatore M. Aglioti, 2012, e del suo gruppo di ricerca sulla rappresentazione neurale dell'immagine corporea e sulle basi neurali

della percezione delle emozioni; le ricerche di Federico Dazzi, 2014, sulla classificazione diagnostica e l'individuazione di differenti "tipi" variamente interconnessi ma anche indipendenti e che possono evolvere nel tempo, accomunati dalla sindrome alimentare in quanto epifenomeno che comprende nel proprio ambito tipi e sottotipi psicopatologici diversi (Dazzi, Di Leone 2013) oltre alle ricerche settoriali sui Neurotrasmettitori (v. ad esempio quella sulle alterazioni olfattive e sensoriali (Dazzi, 2013).

Collegato fin dal loro inizio in America, con le ricerche diffuse oggi anche in Europa, lo studio di Roberto Esposito del 2013 sulla ricerca neuroscientifica funzionale con Risonanza magnetica dell'attività neurale durante gli stati di quiete, valorizza il legame fra ricerca scientifica e clinica con lo studio del funzionamento neuropsichico plastico nei soggetti anoressici/bulimici.

Per lo studio che collega l'ambito individuale a quello sociale, insieme al progresso degli apporti sociologici e specialmente antropologici che contribuiscono alla comprensione delle ragioni psicologiche e sociali delle culture alimentari e della forza del loro impatto, sono anche preziosi gli studi etno-psichiatrici (vedi l'ampia ricerca di Marika Moisseff).

Questi apporti sono da considerare importanti dal punto di vista dell'evoluzione delle culture socio-sanitarie e dei nuovi processi di cura in ambito istituzionale (Comelli, 2015; 2016). La ricerca oggi estesa in molti campi investe la considerazione di diversi ambiti, da quello associazionistico alla cura integrata dei servizi territoriali e dei trattamenti residenziali, come le Comunità terapeutiche e le Case-Famiglia, e semiresidenziali, con particolare riferimento ai diversi modelli di trattamenti di gruppo (Bello, Tombolini, 2018) e alla psicoterapia di gruppo e formazione delle équipes di cura (Neri, Patalano, Salemme, 2014; Argenti et al., 2016).

Anche lo studio dei modelli clinici derivati dalla psicoterapia ha visto un forte sviluppo, sia teorico sia applicato alla ricerca empirica, divisa in segmenti che arricchiscono il più ampio quadro delle componenti psicopatologiche della sindrome alimentare (vedi oltre al lavoro di Massimo Ammaniti e del suo gruppo di collaboratori, gli studi di Silvia Cimino; e le attività di ricerca del gruppo coordinato da Caterina Lombardo). Più in particolare l'evoluzione dei modelli familiari e sistemici (v. Loredi, 2008), legati ad una consolidata tradizione, si è anche orientata verso formati adattati ai nuovi bisogni. Questi ultimi sono qui citati non solo per il loro valore e legame di comunicazione con altri modelli, ma perché la cura delle malattie alimentari avendo per sua stessa natura un andamento longitudinale e contenendo differenti fasi e sviluppi, mostra nel tempo diversi volti sia sintomatici sia di diversa maturità psichica del soggetto sofferente. Dunque la diversa fase della richiesta di aiuto e il diverso significato variano l'accesso alla cura per livello e durata dell'intervento e per il bisogno di coinvolgimento o meno di altre figure che fanno parte del contesto, come quello familiare o in adolescenza quello scolastico. Perché il processo di cura longitudinale abbia una coerenza significativa e uno sviluppo sinergico è dunque importante che di volta in volta nelle fasi di sviluppo della malattia e della cura sia individuata l'esigenza di base in un momento dato, ma non sia segmentizzata a favore di una guarigione sintomatica momentanea che non favorisca la comprensione dei possibili sviluppi e la fiducia futura in occasioni successive.

Da questo punto di vista è di notevole importanza sia per il paziente che rischia di perdere speranza e fiducia nella cura, sia per sostenere l'impatto sociale e sanitario e la capacità dei curanti verso questi pazienti di non facile accesso, il campo della supervisione clinica di gruppo e di formazione in gruppo per gli operatori del settore (v. fra i numerosi altri, Correale 1995; 2006; Tagliacozzo, 2005; Barnà, 2011, anche presente in varie edizioni di *Funzione Gamma*, cfr. n.37, 2005/07). Sostenere gli operatori e aumentare le loro capacità di comprensione dei pazienti che spesso si presentano sdegnosi verso la cura e frustranti, o inaccessibili, non è solo un essenziale contributo alla salute per gli operatori stessi, ma anche aiuta lo sviluppo di culture di gruppo condivise e sinergiche, non destinate ad assimilare e rendere identiche le diverse mentalità dei singoli, ma più significativamente a produrre reti coese di legami relazionali e cognitivi: i legami possono essere produttivi di scambi, comunanze, confronti che fanno sentire il gruppo degli operatori più contenuto

e dunque più capace di sviluppare ideazioni comuni ma anche originali, adatte al bene del gruppo dei pazienti non meno che a quello dei curanti.

Se dopo avere approcciato il quadro più recente, torniamo ancora alla tradizione classica e tentiamo di trovare risposte al nostro quesito iniziale sulla autonomia della sindrome alimentare come a sé stante, e se vediamo il contegno di Freud a questo riguardo, dovremo andare a gettare le reti nei mari più ampi degli studi sull'isteria, oppure risalire agli studi sulla formazione del carattere di Abraham e dei meccanismi di difesa, ripresi da Anna Freud e diversamente riprospettati da M.Klein. Oppure dobbiamo pescare nel vasto ambito della seminazione anche se non esplicita ma riconosciuta di Freud, dove egli non si allontana dal modello pulsionale e dai quadri edipici dello studio della psiconevrosi, ma sparge in compenso vari e numerosi spunti di analisi dei livelli di funzionamento psichico non evoluti e non organizzati (Bion li avrebbe poi nominati come "protomente"); oppure accenna ad eventi estremi che rasentano l'esperienza psichica indicibile dell'ineffabile e del destinale. Valgano da esempi oltre alle trattazioni relative alle disfunzioni psicotiche, le indicazioni di Freud di alcuni stati ineffabili e al limite del trattabile, come il breve e indimenticabile accenno al sorriso ineffabile dell'appagamento materno (forse Freud rievocava la *Monna Lisa*.); l'accenno alle perdite reiterate a carattere destinale della vedovanza recidivante; e al disorientamento spaziotemporale e extrasensoriale, che sarà ripreso da vari autori successivi, in particolare da Fachinelli in *Claustrofilia*.

Dunque abbiamo visto che sono stati dati dagli autori molti contributi e stimolazioni utili a comprendere il funzionamento anoressico dal vertice psicoanalitico, ma che essi si presentano parziali e non generalizzabili al livello di una malattia sistematicamente classificata insieme alle altre psiconevrosi.

Tra gli apporti che compongono il quadro articolato di queste trattazioni tematiche più dirette o meno, sono da ritenere rilevanti a mio avviso seppure qui solo citati, quelli fenomenologici (v. l'indimenticato Caso di Ellen West, di Biswanger). Così pure significativi i resoconti e le riflessioni cliniche del campo junghiano – vedi nel passato recente la feconda eredità clinica di Montecchi, in *La psicoterapia infantile junghiana*, che riuscì a includere nella cura dei soggetti in età evolutiva, la collaborazione delle famiglie; e, nel campo clinico freudiano legato ai modelli clinici e di teoria della tecnica proposti da Gilléron (del quale varie opere sono state tradotte in Italia), le penetranti ricerche che entrano nel merito dei significati suicidari della sindrome adolescenziale di Anita Casadei (2016).

Più recentemente vari tentativi di definizione forniti dagli studi sui disordini border della personalità e sui disturbi narcisistici, mirano a classificare in questi termini l'intera classe dei disturbi alimentari, che conterrebbe un insieme frastagliato di condizioni psichiche pre-identitarie e chiare tracce di traumatismi dello sviluppo precoce (vedi Nicolò, 2010).

Gli studi psicoanalitici nel loro insieme come abbiamo detto non individuano le radici dell'ambivalenza concreta, della violenza negativa e dell'abbandono del corpo presenti nella sindrome alimentare, come insieme psicopatologico appartenente ad una concatenazione a sé stante. Tale insieme non indipendente ma specifico compare piuttosto declinato in una serie di modellizzazioni nel campo clinico specie istituzionale, pubblico e privato, dove si sono sviluppate pratiche e metodologie orientate psicoanaliticamente (vedi la tradizione di studi nata con H. Bruck; e in Italia i modelli clinici di rieducazione alimentare e trattamento all'interno di Comunità terapeutiche specializzate, ad esempio quelli proposti da Laura della Ragione nei vari contesti terapeutici e riabilitativi; e perfino alcune esperienze orientate alla cura psicoanalitica classica (vedi la Comunità romana per adolescenti "Ripagrande", altre nella provincia romana; e i Centri ABA di Milano e Roma, e DAI, Disturbi alimentari in istituzione, a Roma); i Centri CPF-FIDA di Torino (Psicoterapia e Formazione e cura dei Disturbi Alimentari); fino a qualche applicazione legata alla

clinica di origine lacaniana, come “Villa Miralago” di Torino e i Centri Jonas coordinati da Massimo Recalcati) (2).

Un grande contributo è stato dato dalle esperienze della psicoterapia di gruppo e centrata sul gruppo a funzione analitica: recentemente una fioritura di iniziative dei servizi territoriali e delle applicazioni cliniche e associazionistiche vi ha attinto per corrispondere al bisogno attuale di integrazione sociale e controllo della salute in termini di efficacia terapeutica e regolazione sociale – vedi su questo punto insieme a Comelli citato all’inizio, alcuni fra i molti esempi della tradizione di studi specifici riportati nei contributi di *Funzione Gamma* (Internet Journal del Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica – Sapienza Università di Roma). Autori come Ronny Jaffè (2007) che prospettava già anni addietro il tema del modello di lavoro adattato al campo del gruppo anoressico in termini non eccessivamente produttivi, data la rituale tendenza delle pazienti riunite in gruppo a reiterare l’azzeramento e la sospensione della presenza psichica ad ogni nuovo ingresso nel gruppo; Pearlman (2007), che indicava il valore profondo e simbolizzante della rieducazione alimentare, e Dillon Weston (2007) che l’agganciava all’idea della madre-drago derivata dalla concezione archetipica junghiana. Altri autori sono stati attenti invece alla salute dell’équipe istituzionale e all’apporto della supervisione (Hinshelwood, 2016), e al fronteggiamento della crisi catastrofica della formazione identitaria in adolescenza (Hinshelwood, Mingarelli, 2016). In particolare e utile in ampie aree cliniche e sociali, nel campo delle esperienze ispirate al pensiero lacaniano è stato indicato, al di là del modello individuale di M. Recalcati, il lavoro della cura quotidiana nella comunità come atto fondativo di “iscrizione” sociale da John Gale (2016).

Abbiamo detto che gli studi psicoanalitici sono per lo più segmentati e specializzati e non sembrano dire l’esistenza di una sindrome anoressica e bulimica a sé stante: piuttosto tendono a risignificarla e rinquadrarla fra i disturbi tradizionali della teoria classica (cfr. ad esempio fra i numerosi gli studi sui versanti ossessivi e fobici nel numero dedicato di *Adolescenza* n.4, 1993; la descrizione del legame fra quadro anoressico/bulimico e quadro della claustrofobia/claustrofilia e agorafilia /agorafobia in Ferrari (1992; 1994), rielaborato da Procaccio (2014); Carignano, Romano (2006). Su un piano affine che in particolare privilegia il vertice del gruppo a funzione analitica, alcuni autori hanno esplorato da varie prospettive la pulsione mortifera che emerge come valore di affermazione del vuoto nel lavoro del gruppo, e la sua rielaborazione polifonica (Curi Novelli, 2004).

Una importanza specifica riveste a mio avviso la prospettiva che sottolinea e ribadisce l’insorgenza del disturbo nell’epoca adolescenziale (Marinelli, 2004) come *proprio* di quella fase e che lo qualifica come ponte fra la rivoluzione soggettiva e di gruppo, e come processo adolescenziale dell’individuo, ma anche della famiglia e della società. Vedi in tal senso lo studio di Bernard Duez, 2018, che riveste da questo punto di vista un particolare interesse quando descrive l’adolescente alle prese con il transito dalle identificazioni edipiche a quelle nuove della soggettività all’interno del gruppo dei pari, in modo più attivo e creativo: un adolescente che non è solo un oggetto critico da monitorare bensì invece profondamente collegato con il suo contesto di sviluppo, anche quando è rivolto agli oggetti virtuali in modi radicalmente alternativi.

La posizione di sottolineare come la difesa anoressica dalla crisi adolescenziale sia specifica è importante ed è da considerare alla pari delle altre insorgenze che si sviluppano come difesa dai problemi di quella fase, come per esempio la fobia scolastica; i timori ipocondriaci; l’attacco di panico; gli psicosomatismi. In generale l’esordio anoressico in adolescenza e la prevalenza femminile verso le difficoltà di sostenere lo sviluppo sessuale sono da vedere come specifici nel quadro della connessione con il processo separativo (vedi gli studi sugli incidenti degli adolescenti e il legame con il processo separativo, di Paola Carbone, 2009); e vanno visti come conferma gli studi longitudinali che non trovano continuità fra l’anoressia infantile e l’esordio adolescente, e tendono piuttosto a vedere la prima come una risposta episodica connessa con i legami di attaccamento (v. Ammaniti et al. 2006; 2011). Dal punto di vista della specificità dell’esordio dell’anoressia/bulimia

come risposta conflittiva caotica alla sindrome adolescenziale e ritorno del conflitto infantile irrisolto, sono interessanti gli studi degli autori francesi, che prospettano invece la funzione della rivolta adolescenziale (come anche quella, pregressa, della *nascita* del bébé *révolutionnaire*, di Denis Mellier, 2014, che scardina l'assetto familiare precedente ma allo stesso tempo lo coinvolge nel traghettamento futuro) non in termini di disturbo dello sviluppo, bensì in termini di “farsi carico” attivo da parte dell'adolescente che insorge contro le regole costituite, dell'aggiornamento familiare e sociale, e dunque del salvataggio, della continuità dell'establishment, al quale la nuova generazione consegna attraverso l'insurrezione i nuovi contenuti e stili che essa produce nell'atto di ereditare conflittivamente i fantasmi del passato, impressi negli oggetti (ad esempio quelli tecnologici) e nelle tracce di cui essi sono portatori (Duez, ib.). Dunque l'esordio adolescenziale che qualifica la sindrome anoressica/bulimica è anche importante dal punto di vista dell'appartenenza familiare e sociale nonostante l'apparente isolamento arroccante: “rifiutare il rifiuto” come dice Comelli (2017, ma anche nei contributi degli anni precedenti alle edizioni tematiche di *Funzione Gamma*, e alle ricerche curate da Curi Novelli, 2004) da parte delle giovanissime anoressiche può anche essere visto dalla prospettiva del tentativo di guarire ammalandosi, per uscire dalla *familiarità* anoressica e al tempo stesso, con ambivalenza, traghettarla nel mondo futuro.

Un'attenzione puntuale alle forme dell'anoressia e bulimia è trattata come si è visto in più occasioni da Ciocca che propone, oltre ai numerosi contributi citati sopra sulla complessità della diagnosi e gli apporti della ricerca empirica e neuro-scientifica, il punto di vista del *sé corporeo*: come sintesi di vita organica e psichica che contiene l'unità dell'origine ma anche le perdite inferte dalla forclusione e negazione del *corpo* sessuato e del *corpo* come contenitore del sentire le sensazioni, il senso e il sentimento (2014). Un interesse particolare di questa prospettiva teorica, che stimola anche una variazione clinica, valorizza il lavoro psicoanalitico con le pazienti anoressiche nella direzione di far sì che possano riemergere in seduta non l'elaborazione cognitiva ma piuttosto soprattutto le occasioni di sentire le sensazioni, corporee, al posto della tendenza a usare il racconto di parola e le immagini, oniriche o altre, come difesa falsamente mentalizzante privata della sua base sensoriale e emozionale.

### **Pensare o pensare: attesa della “O”**

Sull'ultimo passaggio accennato delle false analisi e della falsa mentalizzazione o intellettualizzazione collusiva, vorrei esprimere un punto di vista: il pensiero – mi auguro – che vi sia un'accezione differente della parola *pensare* e mentalizzare, a seconda come la usiamo e cosa intendiamo.

Ad esempio, chiedo, il pensiero visto dal corpo, è il medesimo visto dal cervello e dalla mente?

Credo che il modello della pensabilità (vedi i vari scritti di Roberto Tagliacozzo, riuniti in *Ascoltando il dolore*) sia stato sovente trascurato se non addirittura non compreso. In una intervista che Roberto Tagliacozzo gentilmente mi rilasciò per un numero di *Metaxù* dedicato al Simbolo (in Freud, in Jung e in Bion), lui acutamente rispondeva alla mia domanda sulla possibilità di considerare simbolici, o non, i sogni dei pazienti psicotici, ponendo una differenza discriminante: il sogno è simbolico, o non lo è, a seconda che ricerchi nell'analisi, o non, la mente dell'analista. L'immagine da me proposta di un sogno di delfini portato in seduta da un paziente schizofrenico, che avevo prospettato come simbolo di intelligenza evolutiva, veniva così rinviata alla profondità trasformativa del contributo dato dalla pensabilità, o meno, dell'incontro con la mente dell'analista. Probabilmente il modello della pensabilità ha avuto una funzione storica importante al tempo in cui i primi orientamenti anti-kleiniani e relazionali davano il via al transito della psicoanalisi classica, dopo la rivoluzione kleiniana, verso gli scenari teorici e clinici nuovi che avrebbero trasformato il corpo dottrinario freudiano. E' però un modello che non ha una sua forma autonoma se non si chiarisce il suo legame con Bion, oltre che con i modelli che avrebbero poi affermato come

fondamentali i bisogni dell'esperienza soggettiva e relazionale. Vorrei tornare su queste differenze, in seguito.

Quel che credo sinceramente e vorrei ribadire partendo dall'idea di *pensabilità*, è l'attenzione al fatto che può avvenire insensibilmente a chiunque, analista e non, di ritenere di pensare, ma invece sta facendo un uso non pensante della mente, non integrato per così dire. La mente ingannevole può usare pensieri già pensati, che hanno già fatto parte di uno svolgimento spaziotemporale precedente: essi ora sono riprodotti dalla memoria e resi improduttivi nel qui e ora della seduta (o della scrittura o altro discorso) dal fatto di non essere una sorgente attuale di esperienza e pensiero (un pensiero che pensa e contiene l'esperienza). L'oggetto, in questo caso, non *si sente*, e non è, riconosciuto, perché è *pensato* come già avvenuto. Il soggetto dell'oggetto, l'analista, l'analizzando (un soggetto qualsivoglia) pensano l'oggetto come già pensato, trascorso. Ma questo non è pensare. Credono/crediamo di pensare ma non pensano/pensiamo, l'oggetto. L'oggetto – l'altro che porta un oggetto in sé in un dato momento, o condivide il nostro, o contribuisce a quello comune che sta fra lui e noi mentre lo costruiamo insieme – vive una sola possibilità di prodursi e produrre sostanza psichica *mentre* si realizza – “il leone salta una volta sola” diceva Freud agli allievi, e se non siamo pronti a captarlo, perderemo il suo senso (o forse, aggiungiamo oggi che abbiamo visto tante analisi ripetute e infinite: la frustrazione alle risposte non trovate oggi, produrrà richieste rinnovate domani..?). L'analista in ogni momento di incontro con un oggetto, che sia il primo o ripetuto, tiene la mente nella condizione di sapere che l'oggetto per essere rispecchiato, condiviso e riconosciuto per intero e non solo in parte, almeno in quel momento, deve essere visto *mentre* si presenta, nell'atto di contenere il legame con l'esperienza che lo ha prodotto e nel preciso momento nel quale fa la sua epifania in seduta aspettandosi di essere visto. Diversamente sarà un oggetto e un pensiero copiato, narrato, accaduto, ma non presente, sia esso dell'analista o dell'analizzando, che non si sono incontrati. L'esempio della presenza è importante, specie se era mancata.

Presenza nel nostro caso, relativo ad un oggetto spesso mancante e che contiene assenze o addirittura copie di presenze, vuol dire la nostra capacità di pensare la sua assenza e le circostanze che la hanno prodotta. In nessun caso come in quello dell'esperienza di lavoro con l'anoressia questo ha un chiaro valore di esigenza imprescindibile. Pensare nella nostra unità di mente e corpo ed essere pensabili, è di sicuro il nostro primo compito: pensare qui e ora in presenza del qui e ora di un paziente del quale tentiamo di incontrare l'esperienza, e la mancata esperienza, essendo informati che proprio in quel punto forse egli ha rischiato e rischia adesso di cadere. Analista e analizzando sono a conoscenza del fatto che il rischio di cadere nel vuoto che ha originato il vuoto o il falso pieno è una sfida molto acuta, perché il vuoto contiene rischio di frammentazione. Non conosciamo mai “O”. Possiamo solo diventare, o intuire mediante altro che non è “O”. Ma è d'altra parte importante affermare che ogni atto di pensiero sia sorgivo e sorgente di pensiero, a maggior ragione se il pensiero, nostro oppure dell'altro, è sofisticato o adulterato dalla privazione e rischia di separarsi dalla sua sorgente. L'analista offre all'analizzando una mente priva di *memoria desiderio e comprensione*, come è quando non presuppone, non copia dal ricordo o da atti di pensiero precedentemente realizzati o preconcetti o non previene mediante il desiderio di curare o il bisogno di evitare la frustrazione, la reale trasformazione dell'oggetto reale che gli si presenta (o che *non* si presenta).

La nozione innovativa della “O” di Bion, quando egli valicava la ragione filosofica e quella psicoanalitica alludendo all'esistenza del nuovo ignoto inconoscibile che però è la sola verità da essere e che ci sforzeremo di essere in seduta, aveva questo grande vantaggio: non era comprensibile, e con ciò non avrebbe potuto diventare un oggetto trito della comunicazione – ciò che è già stato pensato. Pensare *mentre* avviene il *fatto* psichico, così come la percezione della sua assenza e mancanza, è un atto unico e irripetibile tutte le volte, che impegna l'analista quanto e più del suo analizzando a far fronte a ciò che ancora non conosce, nessuno di loro conosce, e che entrambi possono anche temere – come il generale dell'esercito che sotto i bombardamenti deve

potere ancora pensare, usando l'immagine di Bion. O, ancora con Bion, l'immagine è quella di due persone angosciate nella stanza di analisi, di cui si presume che una, più allenata, sia un poco meno angosciata dell'altra. Ma questa è anche l'unica possibilità che l'incontro della mente dell'analizzando con quella dell'analista, del soggetto con l'oggetto, sia trasformativo, perché si è realizzato *in presenza* della fonte psichica che aveva originato l'oggetto, e del soggetto che ne è il portatore.

La psicoanalisi *qui e ora* di Melanie Klein, analista di Bion, lo aveva aiutato, e aveva aiutato le sue ottime intenzioni freudiane, a raggiungere l'altra riva del solco classico, cioè a includere l'idea di relazionalità con quella di sostanza intrapsichica e ampliare i confini della ricerca (analizzando la psicosi e i funzionamenti arcaici della mente). Non tratteremo qui le evoluzioni topiche freudiane, per le quali rimandiamo a chi affronta l'ampiezza del tema (vedi il recente libro di René Kaës, *L'estensione della psicoanalisi. Per una metapsicologia di terzo tipo*). Ma diremo qualcosa solo nei termini indiretti inerenti al nostro argomento sul notevole e rinnovante apporto che la costruzione teorica e clinica di Bion dava alla possibilità di evolvere l'apparato psicoanalitico verso il nuovo valore moderno della sua attualità, che contiene oggetto e soggetto nel qui e ora della seduta. Sembra che questo possa essere di grande aiuto nel campo clinico che stiamo trattando.

Ad esempio, tornando all'idea dei pensieri attuali o invece quelli *già pensati* o già digeriti e metabolizzati, diremo con ironia: i pazienti anoressici, che già mangiano poco o non mangiano, figurarsi se mangeranno cibo "ripetuto". Lo fanno sì, e di gusto, quando sono preda della restrizione, del degrado arroccante, per restare vuoti. Ma non lo farebbero mai se si trattasse del loro vero nutrimento analitico, sul quale vigilano attentamente. In seduta gli avanzzi non sono ammessi; o sono usati per mentire (ma allora l'analisi è finita).

Fra la loro mente e il loro corpo vi è stato uno iato, che continua a produrre vuoto e svuotamento e un'attività continua di falsificazione. Se ne siamo captati è la fine dell'analisi.

Ma se non comprendiamo che il vuoto esiste e che esso è la trasformazione di un pieno, o anoressizzazione di un pieno mancato e reso assente, allora siamo anche nei guai. Il difficile compito di trasformare il vuoto e le sue ideologie per riuscire a eliminare o trasformare il segno meno (-K; -contenitore/contenuto) che domina l'intero funzionamento psichico somatizzato, passa spesso per varchi al limite dello sconforto se non pure del disorientamento dell'analista. Già solo desiderare un legame produttivo K e di scambio contenitore/contenuto potrebbe essere sentito come invasione colonizzante dalla parte anoressica del paziente (o gruppo) con cui l'analista sta lavorando. Forse ancora una volta Bion dice con chiarezza all'analista qualcosa sull'ascolto analitico: senza desiderare senza ricordare senza capire. Il senso di inerzia, frustrazione e solitudine che invade l'analista e il legame di lavoro, quando questo eventualmente lotta per essere un non-legame, è notevole. Si vive un paradosso: stiamo cercando la produttività psichica mentre siamo invitati a dividerne l'abolizione, sentendo come unico premio l'estremo dolore; e se ci affanneremo a sostenere l'equazione improbabile della presenza indesiderata della fiducia nel lavoro dell'analisi, rischiamo *tout court* che la prima superficie che ha acconsentito alla richiesta di aiuto, quella della condivisione anoressica, si rivolti contro la seconda soggiacente, quella dell'analisi dell'anoressia, e crei la fuga immediata.

Allora forse meglio non cercare, piuttosto attendere ascoltando quello che si trova là con noi, o che ancora non si trova, ma potrebbe. Potrebbe prodursi, eventualmente, qualcosa che ora non c'è o non c'è mai stato, e magari vuole far parte, e può, o potrà. E durante l'attesa di un Godot così complesso, sarà qualificante il modo con il quale avremo investito il tempo, per nutrire senza nutrire la nostra mente. Nella *Gabbia d'oro* Hilde Bruck afferma che l'"attendismo" psicoanalitico è inadatto alle condizioni anoressiche, in quanto il silenzio finisce per aumentare la distruttività dell'attesa e l'assenza. Questo ha in sé molte verità, e ci aiuta a comprendere meglio che l'ascolto analitico non "attendista" ma contenente, vitale e vivo indipendentemente dall'uso di parola, fa la differenza che in questo caso è saliente. Ricordo a questo proposito una distinzione posta da



Francesco Corrao in un seminario sulla durata del silenzio in seduta individuale e di gruppo. Sostenne che a differenza del periodo di silenzio che potrebbe essere anche più lungo nella seduta duale, quello in gruppo può durare al massimo 20 minuti. Oltre questa durata, diventerebbe distruttivo. La differenza di significato dell'assenza di parole indicata per i due diversi setting, non riguardava l'anoressia. Interessante però per analogia, il tema verteva sui bisogni mitopoietici del gruppo. Il gruppo infatti sentirebbe ferita la sua produttività e perfino la coesione interna del suo apparato di lavoro, se troppo a lungo privato di espressione verbale. Il dispositivo plurale si basa su una rete di legami interdipendenti facili a contagiarsi istantaneamente, che potrebbero collassare in presenza di una eccessiva assenza di produttività. L'assenza di parola, cioè del segno di creatività, moltiplica l'effetto di rischio di perdita della coerenza interna.

### **Il gruppo omogeneo**

Ecco che abbiamo parlato di "essere O" di Bion.

Vorrei contribuire in questa prospettiva con immagini di gruppo per esprimere come spesso i gruppi terapeutici a finalità analitica e in particolare i gruppi omogenei di giovani donne o adolescenti all'esordio anoressico, rivelino processualità importanti a volte perfino risolutive, specie se si trovano nel passaggio iniziale della sindrome e della richiesta di aiuto.

Il gruppo è stato visto, specie nella tradizione di studi bioniani, come un dispositivo plurale capace di aumentare il valore del legame e valorizzare il tempo. E' stato visto che il dispositivo multiplo infatti, rispetto a quello classico duale, accelera il tempo di ingresso del gruppo nel mondo inconscio e a volte precipita la comparsa sulla scena del gruppo degli oggetti primitivi del mondo interno dei singoli e anche del campo comune. Anzi e gli psicoanalisti francesi interessati ai gruppi hanno in più occasioni chiarito questo punto. In gruppo può avvenire per chi ne fa parte di entrare più rapidamente nei quadri psichici profondi, quelli cioè che contengono la similarità e l'indistinzione e dunque sono più attratti a confluire nel campo comune, e a potenziarsi di questo. E può avvenire anche, per contro, che il controcampo dialettico sia altrettanto velocemente stimolato, rivendicando la differenza e l'unicità (vedi l'idea di *controcampo* in Marinelli, 2004; e gli Studi Freudiani di Paolo Cruciani portati ai corsi della Facoltà di Psicologia della Sapienza di Roma).

In particolare un gruppo omogeneo si organizza sulla base di essere pensato dall'analista o dall'istituzione tale da accogliere e trattare membri ritenuti affini o identici sulla base degli aspetti che l'analista, o l'istituzione, ha selezionato. Dunque il dispositivo di lavoro può essere sentito dai partecipanti al gruppo come un setting che favorisce l'indiscriminazione e le procedure indifferenzianti, e accelera i processi identificativi all'interno del gruppo. In fondo questo equivale a dire che è accelerato l'accesso del gruppo alla comparsa e alla rielaborazione delle scene psichiche remote; e che quella che Anzi ha chiamato la "illusione gruppale" dei partecipanti al gruppo è particolarmente potenziata dall'essere stati pensati come uguali, cioè, difensivamente, potentemente indistinti e capaci di formare uno *spirito di corpo* unitario forte e produttivo. L'esperienza emotiva della comunanza profonda favorirà così narrazioni ricche di associazioni, metafore e ricordi spesso particolarmente vivi, il cui collegamento con la comunanza è elaborato in termini amplificanti e sentito come supportivo e capace di produrre conferma di sé e legittimazione al gruppo e ai singoli. Rispeschiamento e appartenenza, contribuiscono a creare un *humus* del gruppo affidabile e affettivizzato. L'aspettativa emotiva, poggiando sulla comunicazione di molti sé sentiti simili ad altri, assicura una partecipazione e una ricettività straordinarie, utili a creare i primi arredi di una stanza – che era stata prima per chissà quanto tempo ostinatamente vuota. La stanza del gruppo può rapidamente esistere e il legame con il gruppo, o anche soltanto con la stanza e i partecipanti, avanza e matura velocemente. Il gruppo è sentito come proprio, esclusivo e unico e le sue storie acquisiscono un eccezionale valore. Il *campo* – che ho chiamato *stanza* con riferimento alla concretezza del setting descritta da Bleger in *Simbiosi e ambiguità* – può esistere e la sua presenza generale è sentita meno invadente di un setting individuale e obbligatorio di cura.

A questo livello anche i commenti dell'analista sono accolti, perché l'analista "fa parte" (vedi l'idea dell' "analista incluso nel gruppo", Marinelli, 2001). Le fasi successive contrassegnate dalle prime percezioni delle differenze e dalle prime esperienze separative del gruppo, potranno essere più impegnative da questo punto di vista e creare le prime dissonanze, il conflitto, le delusioni, le sensazioni di perdita e frustrazione: ma anche una maggiore consapevolezza del processo.

Facendo un ulteriore appello al lavoro dell'inventiva per immaginare di praticare un *ascolto sognante (dreamlike)* che amplifichi o adorni la magrezza dell'oggetto comunicato, vorrei porre ora qualche pensiero sui conflitti che si presentano dopo la luna di miele dell'omogeneità del gruppo. Non credo che si debba necessariamente parlare di fasi evolutive del gruppo: l'uscita dalla fase omogenea è variabile e dipende da una quantità di fattori; dunque non se ne può fare una teoria. Del resto la questione del dividere il processo del gruppo in fasi evolutive distinte e collegate, come fa in modo persuasivo Neri nel suo libro sui processi di *Gruppo* (1995-2002); o invece descrivere il gruppo come un *continuum* spiraliforme che evolve seguendo la stessa linea della sua origine e maturando come un soggetto che continua a rimanere un organismo multiplo ancorché in perenne trasformazione dei suoi legami e contenuti interni, come ha spesso sostenuto Corrao (*Orme*) – non è facile da dirimere.

Credo che dovremo accontentarci soltanto di porre domande e questioni irrisolte per continuare a pensare insieme, in una *koinìa* nella bella *polis* di Varsavia, che ha storia e bellezze in abbondanza. Talenti insondabili ma storici e tangibili, che aiutano a stare insieme e a far fronte alle difficoltà, credo.

### *Parte clinica*

#### **Un sogno di gruppo, concetti clinici**

Nella presentazione di alcuni aspetti salienti della patologia anoressica, come il diniego e rifiuto del corpo sensoriale e del corpo psichico (qui indicati come sé corporeo) ho introdotto il particolare punto di vista del trattamento in gruppo e ho messo in evidenza, in relazione alla concezione psicoanalitica del gruppo, **tre nozioni di tipo teorico:**

- 1. la nozione di campo del gruppo:** come entità olistica, indipendente e diversa dalla somma dei partecipanti che lo compongono, e come stato mentale condiviso che accomuna i singoli individui;
- 2. la nozione di gruppo come corpo:** come "O" (Bion), verità ultima, o psichismo irraggiungibile, che si presenta come ignoto, futuro, e inconoscibile. Nel caso del gruppo presentato di pazienti anoressiche, il *gruppo corpo* rappresenterebbe anche la realtà negata e l'accesso al gruppo inconscio descritto da Anzieu (1999) come ingresso reinfetante all'interno del corpo materno;
- 3. la nozione di commuting** proposta da Neri come funzione del gruppo che raccorda i singoli al campo comune e viceversa, consentendo il lavoro trasformativo.

Ora vorrei riproporre queste nozioni in una versione clinica.

Per farlo riprenderò l'esemplificazione della vignetta o meglio la narrazione di una vignetta da me proposta ad un gruppo di allievi riuniti in un seminario. La vignetta, *Un sogno circolare* (tratta dal Capitolo 8 di *Il gruppo e l'anoressia*, Marinelli, 2014) descrive come tutte le partecipanti ad un gruppo terapeutico, sei, narrassero a turno in successione e per sei sedute il medesimo sogno, o minimalmente variato:

*Un serpente lungo e nero sbuca improvvisamente dalla terra.*

*Le variazioni riguardavano la lunghezza (infinita o meno) del serpente; il colore (nero, o scuro, o privo di colore); la terra da cui sbucava (o pavimento, o altro paesaggio simile); la pericolosità (da paurosa a indifferente).*

La vignetta clinica di gruppo è tratta da un'esperienza che si svolse nell'ambito di cura proposto da un'associazione specializzata nel campo dei DCA, ABA. L'associazione ha 2 sedi principali, Roma e Milano, ed è stata fondata dalla sua presidente a partire dalla sua pubblicazione di un libro, *Tutto il pane del mondo*. Nel libro che ebbe un imprevedibile successo l'autrice narra la sua malattia anoressica, e la cura mediante una psicoanalisi personale. In questa occasione l'autrice si era rimessa in contatto con la sua analista per essere consigliata a gestire un vasto pubblico che si era interessato ed era stato molto coinvolto dalla ampia promozione del libro attraverso la comunicazione mediatica – TV e giornali. Fu così che l'autrice decise di collegare tutte quelle persone che stavano corrispondendo con lei, fino a formare gruppi dapprima di mutuo-aiuto che si sarebbero successivamente strutturati in attività di consultorio e psicoterapia orientata psicoanaliticamente.

Il gruppo di cui dirò si era formato in una fase già matura dell'associazione, che operava da anni in vari territori. Peraltro erano maturati anche i conflitti all'interno dell'associazione stessa. Una sottile dinamica, a turno segreta o emergente, circolava fra gli operatori. E così pure fra gli operatori delle diverse sedi e principalmente fra quella milanese, presieduta dalla presidente/autrice e fondatrice delle sedi, e quella romana, sede della sua analista. La dinamica rifletteva a tratti e a volte drammaticamente lo stesso conflitto ambivalente a carattere particolarmente concreto che è caratteristico del suo oggetto di trattamento: intendo la tendenza ambivalente e dissociante della condizione anoressica. Gli operatori faticavano a fare in modo di tenere pazienti del consultorio e dei gruppi al di fuori di quella dinamica, o meglio a svolgere una funzione di sua enucleazione e riconoscimento integrante; ma infine procedevano bene, mantenendo la consapevolezza dell'oggetto e la giusta distanza.

Nell'associazione i gruppi erano mediamente suddivisi per fascia di età.

Quello da cui è tratto il materiale era stato un gruppo di giovanissime donne giunte alla richiesta di aiuto diretta o tramite la famiglia, poco dopo l'esordio adolescenziale. Le partecipanti erano simili fra loro per l'orientamento anoressico, anche se con gravità diverse.

Il frammento clinico di una seduta dalla quale partì una serie di sedute qualificanti dello sviluppo successivo del gruppo, orientandolo verso una elaborazione trasformativa, è centrato sulla narrazione di un sogno destinato a diventare comune e fondativo di un patrimonio simbolico identitario del gruppo stesso (v. l'idea di *campo storico* di gruppo in Correale, *Il campo istituzionale*, 1995, e *Area traumatica e campo istituzionale*, 2006, editati da Borla). Al tempo di quella seduta, che si svolse nel secondo anno di lavoro del gruppo, le pazienti stavano tentando con varie esitazioni di uscire dal clima iniziale di un tipo di racconto che si era basato per un certo tempo sulla resocontazione dei sintomi, la conta dei valori della magrezza e il confronto concreto. Era stato difficile assegnare senso a quelle fasi della narrazione all'interno del gruppo; ma lentamente si era sviluppata una forma di confidenza e fiducia: il gruppo andava orientandosi verso alcuni nuovi criteri di base condivisi, ricavati dalla certezza di essere stati compresi e contenuti, e si sviluppava una nuova comunicazione. I criteri erano i seguenti:

- a. Di sicuro la dottoressa che conduceva il gruppo era a sua volta coinvolta nel campo comune, anoressico, ecco perché comprendeva le sue pazienti e il gruppo.
- b. I genitori di tutte loro erano tutti del pari incapaci di capirle. Le avevano disprezzate, rimproverate, represses, costrette e perseguitate in vari modi ampiamente descritti dal gruppo.
- c. Il mondo circostante a sua volta non le comprendeva e loro con il gruppo e la dottoressa avrebbero fondato nuovi universi, come un sol popolo specializzato e capace di comprendere e di produrre pensieri, valori, ideali, e realtà differenti.
- d. Erano state individuate nelle catene associative del gruppo, intonate nel senso detto in modo unitario e condiviso, varie figure persecutorie. Principalmente si trattava, oltre che dei genitori, in particolare dei maschi, sentiti e descritti come sfruttatori, violentatori e traditori.

Dunque il gruppo aveva prodotto un ricco materiale e ora viveva una fase di passaggio. Nella tradizione del gruppo, quando si erano presentati periodi di insicurezza e instabilità, il gruppo rapidamente aveva abbandonato le elaborazioni di cui abbiamo detto, e gli approcci simbolici. E questo avveniva ad ogni apparire di una turbolenza emotiva. Le turbolenze potevano derivare da varie ragioni: poteva trattarsi di microvariazioni del clima generale, come eventuali modifiche anche minime del setting materiale; fino all'uscita di un partecipante o all'immissione di uno nuovo; o le pause delle sedute. Anche il clima ambientale esterno al gruppo veniva attentamente monitorato e controllato perché fosse stabile e continuasse ad esprimere le stesse certezze prodotte fino a quel momento.

Si può dire che le catene associative, che accomunavano ma anche differenziavano i singoli individui, si producevano soltanto se la sensazione profonda della sicurezza e della continuità era garantita all'interno del gruppo come all'esterno (alcuni esempi erano la segreteria; il bagno; la pratica dei pagamenti ecc). Se così non era, il gruppo immediatamente abbandonava gli scambi simbolici riprendeva i temi della conta (le calorie il peso lo svuotamento ecc).

Fu al termine di queste lunghe e faticose fasi di affidamento, fra lo stato dell'*illusione gruppale* di essere un gruppo potente e idealizzato, e l'inizio di una confessione e di elaborazione in comune delle paure e di una ideazione a sfondo persecutorio, in vista di orientarsi allo sviluppo di pensieri più simbolizzanti e alla creazione di legami affettivizzati e consapevoli, che il gruppo passò ad una fase successiva ulteriormente capace di elaborazione. Questo avvenne a partire dalla seduta in cui fu portato il sogno citato sopra.

La fase delle sei sedute avrebbe dato inizio ad una fase successiva, che sarebbe stata qualificante dello sviluppo del gruppo e avrebbe orientato le sue prime elaborazioni trasformative. Durante le sei sedute centrate sulla narrazione di un sogno che sarebbe diventato fondativo di un patrimonio simbolico identitario del gruppo stesso, dedicate al racconto dei sei sogni simili, l'analista non si pronunciò e le pazienti commentarono in vari modi il ripetersi della stessa narrazione.

Non voglio nascondere come dicevo prima che il mio stupore era stato molto notevole e che ebbi bisogno di attendere prima di riuscire a farmi un'idea di ciò che stava accadendo nel gruppo. Il clima si era fatto, a fronte della presenza incontrovertibile della similarizzazione dei sogni, vischioso e fusivo, anche se benevolente e comunque ricco di collaborazione. Non avrei voluto disdire quelle aspettative vagamente eccitanti; e non avrei voluto indugiare troppo sull'idea che il gruppo stesse simulando una fame cognitiva con il fine manipolativo di eclissare e neutralizzare la fame più importante – sensoriale, affettiva e psichica. Del resto non ne avrei avuto il tempo, diciamo così: perché il gruppo esigeva da me risposte veloci e nutrienti concreti, o avrebbe fatto subito collusioni del tipo intellettuale, che sedassero la fame e la negazione della fame e tenessero a bada la paura del dolore psichico.

Dunque, fino al termine del rito delle sei sedute, il gruppo fu tenuto in uno stato di sospensione fra accoglienza e attesa, fra ascolto concreto e tentativo simbolizzante, fra riconoscimento della scena e dubbio di riuscire a comprenderla. Mi limitai a valorizzare l'intenzione di costruire un campo comune nel quale si rendesse possibile annotare le prime discriminazioni.

Il racconto dell'esempio clinico era stato esposto con il fine di condividere i significati e sviluppare un apprendimento o allenamento a riflettere sul funzionamento dei gruppi, con particolare riferimento alla patologia anoressica – che in quella fase gli allievi stavano studiando. Dunque l'idea è qui di descrivere un doppio gruppo: quello del sogno; e quello del seminario che ascoltava il racconto del sogno di quel gruppo. E, insieme a questi due, il terzo gruppo: quello delle considerazioni che via via lungo il transito si sono formate nella mente di chi le resoconta qui (e che si sono in seguito alle elaborazioni del Convegno ulteriormente arricchite e distinte).

### **Miscelare, distinguere, ibridare i concetti clinici in presenza dell'esperienza:**

## **mitopoiesi e pensiero di gruppo**

A questo punto vorrei fare una differenza fra concetti clinici. Per farlo rievocherò il racconto del modo con il quale reagì alla presentazione di questa stessa seduta e serie di sedute seguenti, il seminario degli allievi. Gli allievi in quella circostanza si coinvolsero attivamente, riproducendo sensazioni e pensieri fortemente sintonizzati con la mia presentazione. Riporterò alcune delle loro proposte, che tendevano in generale a enucleare dal sogno, reiterato con poche variazioni per tante volte quante erano le partecipanti del gruppo, soprattutto l'aspetto relazionale e intersoggettivo.

Dunque gli allievi corrisposero con molta attenzione, non solo perché speravano di fare una buona impressione alla docente, ma esprimendo partecipazione e creatività proposero le seguenti interpretazioni:

*Le pazienti del gruppo volevano restare collegate a tutti i costi. Volevano dimostrare di essere una cosa sola. Non tolleravano alcuna distanza fra loro. Il serpente è un oggetto onirico archetipico con il quale loro volevano rappresentare la profondità e l'assoluto universale della loro condizione. Ma il serpente nero è anche simbolo di pericolo e morte, di morte per fame e divoramento. Forse le pazienti frapponevano un fronte compatto a titolo di difesa dall'intrusione analitica. Rappresentavano il serpente nero come persecutorio e mortifero. Il loro bisogno di ordine e controllo faceva sì che obbedissero ad una disciplina perfino nel sognare e nel sognare la stessa scena.*

Fra gli allievi prevaleva uno spirito di esplorazione più o meno profondo. Tutti erano centrati soprattutto sui significati del legame fra i soggetti e questo sembrò un segno di forte partecipazione e sintonia. Ma più soggiacente compariva in tutta la catena associativa l'idea di un campo di gruppo comune difeso come proprio e indivisibile. Ogni intervento ne richiamava altri di altri partecipanti, e l'elaborazione condivisa cresceva. Circolava sensibilmente anche il sentimento di aiutare una situazione difficile, o la docente stessa che era stata in difficoltà. Molti degli allievi, giovanissimi, avevano fatto già sapere di essere particolarmente interessati al tema dell'anoressia, perché non mancava nelle loro vicinanze l'esperienza diretta o indiretta di quella sofferenza. La motivazione dunque, sincera, spingeva la fantasia creativa verso la possibilità di abordare un piano della conoscenza per sentire la possibilità di fare un'esperienza, pur se dolorosa.

Ho anticipato che fra le idee proposte balenava quella soprattutto relativa ad uno stato mentale coeso del gruppo, che le pazienti avevano vissuto ed espresso nel sogno ripetuto, e che a sua volta ora il gruppo degli allievi sembrava vivere. Infatti il gruppo sembrava reagire in modo analogo al racconto: si *omogeneizzava* da un lato con il gruppo descritto, con interventi affini e collegati; dall'altro con le aspettative della docente, mediante lo sforzo ideativo e cognitivo.

Alla base del seminario che pensava compatto nell'*hortus clausus* dell'esperienza formativa in una direzione coerente e fra varie immaginazioni, si riproduceva la concezione, che gli allievi presumibilmente intuivano essere la prescelta dalla docente, per la quale tende a svilupparsi in un gruppo l'idea di farne parte come di un *corpo* unico, di cui ogni individuo è un organo che svolge una funzione connessa con quella degli altri organi. L'idea insomma che circolava a qualche livello nel seminario era di poter fare in armonia con il sapere della docente a cui si affidavano, un'esperienza di istanti di profondità emozionale e di perdita dei confini razionali. Il contenitore del gruppo terapeutico con le sei pazienti che avevano fatto lo stesso sogno, di cui il seminario sperava di fare esperienza collegandovi impressioni, sensazioni e pensieri comuni e l'espressione di catene associative sintoniche che ricostruivano quelle del racconto, diventava lo stesso contenitore del seminario. Il contenitore comune era sentito come una pelle che contiene tutti gli organi del corpo. Una pelle/analista/associazione/setting che contiene il gruppo e il suo sogno reiterato, e contiene ora qui il gruppo seminario che contiene il racconto del gruppo. Lentamente come dal foglietto della pelle tutti i tessuti degli altri organi evolvono, così da un sogno erano nati tutti gli altri e ora il sogno del seminario si univa a quelli. L'omogeneità onirica sembrò insomma rappresentare nel seminario

a sua volta risonante in modo omogeneo, la sensazione che il gruppo aveva bisogno, negando il bisogno, di una coesione data dall'essere e sentirsi non differenziato al suo interno. Un modo finzionale e onirico, ma attuale. La prospettiva di quel gruppo, chiedevano gli studenti, avrebbe potuto diventare quella di differenziarsi via via fino a diventare un campo distinto (di parti, di funzioni e eventualmente di individui) in un futuro non più omogeneo, come i segmenti del serpente costruiti nel sogno a ripetizione..? La docente crea un'esperienza, e per portarla a termine rassicura su ciò che se ne è appreso, o almeno dà la sua opinione perché la con-fusione dell'esperienza presente con quella trascorsa si concluda positivamente.

Non si può proprio non vedere nell'esperienza riportata del primo gruppo portato nel secondo, che il dispositivo di gruppo sviluppa per sua natura, quando lavora e si sente contenuto, una potente mitopoiesi capace di risuonare con altri gruppi reali e immaginari. In questo caso si trattava del gruppo dell'immaginario disciplinare formativo, con i suoi paradigmi, i suoi miti.

Ora dicevo di voler porre una differenza fra la comunicazione intersoggettiva del gruppo e l'idea di *campo* condiviso (stato mentale comune, vedi in Neri, 1995), o anche di gruppo come *corpo unico*, al cui interno il singolo può assumere sia comunanza come indistinzione, sia anche comunanza come spinta all'autodifferenziazione (vedi l'idea già citata di *controcampo*).

Propongo insomma che nello scorcio clinico proposto sia visibile come il gruppo anoressico facesse una performance di unione/differenza, in quanto la sua vita profonda e indifferenziata era sentita garantita dalla presenza dell'analista, immaginata come inclusa e omologa, ma anche come contenitore sicuro capace di far emergere le matrici profonde del gruppo, e garantirle per riattualizzarle e rielaborarle verso l'evoluzione trasformativa. Certo per ora solo in sogno. E solo in presenza di un sogno concatenato. E di un simbolo – il *serpente nero e infinito*, ambivalente, vita e morte – forse di evoluzione, forse di arresto.

Ma al tempo stesso è visibile come il racconto del sogno di gruppo, importato all'interno di un gruppo di formazione, suscitasse a sua volta un clima altrettanto omogeneo e lo sviluppo di una ideazione risonante, garantita dai pensieri idealizzanti verso la professoressa/analista/esperta di anoressia.

Il seminario fu a dir poco acuto e intelligente; fu emotivamente sintonico e sicuro di poter affrontare anche ansie profonde, quali sono quelle che spesso i giovani si trovano a vivere nella vita reale a causa di persone a loro prossime, sofferenti di mali analoghi, fra amici, familiari, o anche nell'esperienza dell'informazione data dalle cronache sempre più diffuse e allarmanti. Gli allievi sembrarono imprevedibilmente nonostante la giovane età e l'inesperienza, per tutto il tempo del seminario cultori della materia avveduti e esperti.

Il gruppo evidentemente si era sentito contenuto all'interno della mente della docente, idealizzata e che promanava un sapere, e che avrebbe di sicuro tenuto nella sua mente di esperta, la chiglia più profonda dell'argomento trattato, consentendo e garantendo elaborazioni tanto ricche, originali e libere, quanto sintoniche e penetranti.

Ma chissà quanto tempo sarà stato necessario per digerire tutta quella fatica affrontata insieme! Una volta soli, o inseriti in altre realtà.

Magari il ricordo sarà stato importante, come una traccia particolarmente viva da trattenere in qualche parte di noi. Lo abbiamo fatto tutti negli anni della formazione. E lo continuiamo a fare sempre, anche formati.

E dunque allora, vediamo piuttosto, questo premesso, cosa diremo oggi noi qui, nel nostro gruppo, dopo un ascolto tanto impegnativo..

Vi ringrazio molto per la vostra partecipazione e per l'invito nella vostra bellissima e storica città.

## **Bibliografia**

M. Ammaniti, MD. Loredana Lucarelli, L.Lucarelli, S. Cimino (2006), F. D'Olimpio, I.Chatoor

- (2011), Feeding Disorders of Infancy: A Longitudinal Study to Middle Childhood, *International Journal of Eating Disorders* 45:2 272–280 2012; M.Ammaniti, L.Lucarelli, S.Cimino (2016), Psicopatologia dell'infanzia e follow-up dei disturbi della sfera alimentare, *Giornale di Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, 26, 445-457.
- Argentiere Alessandra, Cinquemani Giuseppa, Errico Vanessa, Fiore Germano, (2015), *Psicoanalisi di gruppo in setting istituzionali. Esperienze cliniche: nevrosi, psicosi e disagio dell'adolescenza*. Armando, Roma
- Bello F., Tombolini L.(2016), cura di, La Funzione Gruppale nei servizi di salute mentale tra clinica e ricerca, *Funzione Gamma*, 37 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
- Bleger J. (1993), *Simbiosi e ambiguità*. Loreto, Libreria Editrice Lauretana.
- Bruni A. (2002), Presentazione al Convegno IPA, Nizza 2002.
- Carbone P. (2009), *Le ali di Icaro*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Carignano P. Romano F. (2006), *Prendere corpo. Il dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi: teoria e clinica*. Milano: FrancoAngeli.
- Casadei A.(2016), *Il paziente dimenticato: il suicidio*. Milano: FrancoAngeli.
- Ciocca A. (2014), cura di, F.Dazzi e S.Marinelli, *Anoressie: patologie del sé corporeo*. Roma: FrancoAngeli.
- Corrao F. (1989), *Orme* vol. II. Milano: Cortina.
- Correale A. (2006), *Area traumatica e campo istituzionale*. Borla, Roma.
- Curi-Novelli M.(2004), di AA.VV. *Dal vuoto al pensiero – L'anoressia dal vertice psicoanalitico*. Franco Angeli, Milano.
- Dazzi F. Di Leone F.G.(2013), The diagnostic classification of eating disorders: current situation, possible alternatives and future perspectives. *Eating and Weight Disorders*, Springer, Oct.2013.
- De Benedetti Gaddini R., Pediatria e psicoanalisi nel pensiero di Renata De Benedetti Gaddini. Convegno Donald Winnicott, Roma 29-31 gennaio 2016.
- Dillon Weston M. (2007), L'anoressia come simbolo di una matrice vuota dominata dalla Madre Drago, in Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici, cura di S.Marinelli, O.Caputo, F.N.Vasta, *Funzione Gamma*, 14 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
- Duez B. (2018), Dalle tracce enigmatiche dell'altro nell'informatica alla folla virtuale: La funzione emissaria dell'adolescente. In *Psicoanalisi familiare*, a cura di S.Piermattei. *Funzione Gamma* in c.so di pubblicazione.
- Esposito R.(2014), Il sé corporeo e gli studi neurofunzionali, in *Anoressie: patologie del sé corporeo*. Roma: FrancoAngeli.
- Fachinelli E.(1983), *Claustrofilia*. Milano: Adelphi.
- Ferrari A. B.(1992), *L'eclissi del corpo*, Borla; *Adolescenza la seconda sfida*, Borla, Roma 1994.
- Gaddini E. *Scritti (1953-1985)*. Milano 1989.
- Gale J. (2016), Iscrizione all'interno della comunità. Note sull'approccio lacaniano al trattamento in gruppo della psicosi, *Funzione Gamma*, 37 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
- Hinshelwood R.D.T.(2016), La Funzione Gruppale nei servizi di salute mentale tra clinica e ricerca, *Funzione Gamma*, 37 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
- Hinshelwood R.D., Mingarelli L. (2016), Chi credi di essere? Gruppi di adolescenti e vita quotidiana, in *La Funzione Gruppale nei servizi di salute mentale tra clinica e ricerca*, *Funzione Gamma*, 37 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
- Kaës R. (2015), *L'estensione della psicoanalisi. Per una metapsicologia di terzo tipo*. Milano: FrancoAngeli 2016.
- Loriedo C.(2008), Nuovi orientamenti nella Psicoterapia Relazionale-Sistemica dei Disturbi della Alimentazione: dalla Anoressia al Binge Eating Disorder, in Chianura, P., Schepisi, L. (a cura di), *Le relazioni e la cura. Viaggio nel mondo della psicoterapia relazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Jaffè R.(2007) Ripetizioni nel tempo e microtrasformazioni. Dieci anni di lavoro con un gruppo di

pazienti anoressiche e bulimiche, in Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici, a cura di S.Marinelli, O.Caputo, F.N.Vasta, *Funzione Gamma*, 14.

Marinelli S.(2004), *Il gruppo e l'anoressia*. Milano: Cortina.

Marinelli S., cura di, con S.Corbella e R.Girelli (2004), Funzioni dell'omogeneità, in *Gruppi omogenei*. Borla, Roma.

Marinelli S.(2001), Assunto di base anoressico: l'analista incluso nel gruppo, *Psicoterapia e Istituzioni*, 2.

Neri C.(1995-2002), *Gruppo*. Roma: Borla.

Nicolò A.M., Russo L., a cura di, (2010), *Una o più anoressie?* Roma: Borla, 2010.

Pearlman B. (2007), Ripensando alla terapia di gruppo per pazienti anoressici, in Gruppo con pazienti anoressiche: fattori terapeutici, cura di S.Marinelli, O.Caputo, F.N.Vasta, *Funzione Gamma*, 14 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).

Procaccio W.(2014), in *Anoressie: patologie del sé corporeo*. Roma: FrancoAngeli.

Tagliacozzo R.(2005), *Ascoltando il dolore* Roma: Astrolabio.

## Note

- 1) Dato il mio riferimento alla concezione dei gruppi di Bion, nella quale il termine inglese *social* esprime un significato differente dall'italiano *sociale*, non intendo per esperienza *sociale* il valore politico del legame sociale, che il lemma italiano generalmente intende; bensì la possibilità di includere l'idea di esperienza in comune con, anche profonda e di indistinzione di sé dall'altro: ad esempio l'altro originario che aveva fatto parte del soggetto, prima della sua possibilità di auto-differenziarsi e comprendere l'alterità del reale.
- 2) Vedi più in generale l'ampio quadro che individua le differenti culture della Comunità terapeutica in Italia, Europa e America, nella "Collana sulla Comunità terapeutica", diretta da Metello Corulli per le edizioni torinesi di Ananke.

**Stefania Marinelli** è psicoanalista di gruppo (IIPG) (già)Professore associato di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza, Università di Roma. Ha fondato l'associazione di ricerca sui gruppi omogenei ARGO e ne è Presidente. E' autrice di numerosi articoli di riviste e monografie sul tema. Ricordiamo due Capitoli tematici dedicati, in *Il vertice spazio nel lavoro psicanalitico*, Roma: Borla in c.so di stampa. E *Il gruppo e l'anoressia*, Milano: Raffaello Cortina, 2004.

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



