

Sogno, corpo e malattia nel gruppo. Gruppo terapeutico nel reparto ospedaliero

Simonetta Bruni, Stefania Marinelli, Lilia Baglioni

Abstract

Le autrici ritengono l'aspetto significativo, relativamente al tema della produzione iconica e onirica nel gruppo, riguarda una sua funzione specifica nel gruppo che affronta la malattia organica, e tende a produrre le rappresentazioni fantasmatiche ad essa collegate. Tale funzione sembra soprattutto legata al bisogno di rappresentare gli avvenimenti interni al corpo, dare loro una forma e un'espressione comunicabile, dotarli di un senso condivisibile e mentalizzabile. La comprensione di questi elementi rappresentazionali, così importanti per ristabilire i legami fra il corpo e la mente e fra il trauma e la costruzione, può avviare un processo trasformativo e evolutivo. In particolare, nel gruppo considerato, è stato possibile esperire livelli sempre più affettivizzati di una fantasia centrale connessa alla malattia neoplastica: l'invasione tumorale, annichilente e frammentante, foriera di angoscia di morte, corrisponde ad un difetto primitivo precoce, connesso a problemi di inseparabilità, che ha originato un'area ghiacciata, priva di vita e di pensabilità, persecutoriamente invasiva e generatrice di morte, di cui vergognarsi. L'organizzazione di tale fantasia, promossa dal sogno, permette al gruppo il passaggio da una disposizione concreta, simmetrica e speculare, della rappresentazione del corpo malato, ad una esperienza affettivizzata in cui è riconoscibile e collocabile l'esperienza di malattia e la sua dimensione spazio-temporale profonda come fattore riorganizzante.

Parole-chiave: sogno, corpo, malattia, gruppo.

La possibilità di creare, presso i reparti di medicina ospedaliera, condizioni specifiche, mirate alla possibilità per i pazienti di contribuire ad elaborare il vissuto di malattia e la relazione medica e terapeutica con i curanti e in generale con il personale sanitario e con l'ambiente ospedaliero, fa sempre di più parte delle richieste sanitarie e dell'orientamento della formazione in medicina, in Italia e già da tempo nella maggior parte dei paesi occidentali.

Da tempo molte esperienze compiute hanno indicato come l'andamento della cura e della malattia, nei reparti assistiti e orientati verso la messa in comune delle esperienze e la ricerca nel campo della relazione fra stati fisici e psichici, possa influire notevolmente sulla evoluzione delle condizioni generali, soggettive e relazionali, dei malati e anche del loro ambiente (cfr. le esperienze di H.J.Pratt del 1905 negli U.S.A.).

Alcuni contesti più di altri si sono dimostrati tendenti a prevedere l'importanza dell'ausilio dei mezzi psicologici. Probabilmente l'interesse è maggiormente sollecitato in tutti quegli ambiti nei quali la specializzazione clinica è forte e l'organizzazione dello specialista ha maggiori tradizioni o esigenze di autonomia strategica; mentre d'altra parte viene sempre più considerata la necessità di aggiornare ai nuovi modelli della ricerca clinica e della tecnica terapeutica, i bisogni collegati alla collaborazione del paziente sul piano delle sue reazioni soggettive e alla possibilità del medico di coinvolgerlo e coinvolgere se stesso in una relazione che sviluppi la capacità del riconoscimento, dell'affrontamento della malattia e della cooperazione terapeutica.

Il bisogno di assistenza può riguardare aspetti e fasi diverse di un trattamento ospedaliero: dal momento della comunicazione della diagnosi; a quello dell'accettazione del protocollo medico e del trattamento; al momento riabilitativo dopo un intervento per esempio chirurgico, e di elaborazione dei cambiamenti intervenuti; al momento delle dimissioni.

Inoltre tutto il personale medico e paramedico, impegnato ripetitivamente e quotidianamente nell'affrontamento delle sequenze diagnosi-trattamento-conclusioni, può anche tendere a produrre all'interno di queste attività un sistema di difese da un contatto troppo continuo e angosciante, isolato in un contesto specializzato, con la malattia e le conseguenze che essa può produrre nell'individuo che la porta e nell'ambiente che lo riceve e lo cura per un periodo limitato di tempo.

Perché una maggiore integrazione di questi aspetti faciliti i sistemi di cura e di trattamento ospedaliero, l'orientamento più moderno sembra quello di agire in due direzioni.

La prima è inerente all'investimento nella formazione del personale medico e sanitario, sia dal punto di vista del suo coinvolgimento emozionale e relazionale; sia dal punto di vista della cognizione del legame che connette l'avvento e l'esperienza della malattia somatica con il piano soggettivo dei bisogni psichici, attuali e storici dell'individuo che si ammala.

Una seconda direzione riguarda invece la possibilità di curare psicologicamente i malati, all'interno dei reparti in cui si svolge il loro trattamento e in comune fra loro: il lavoro di ricontestualizzazione e di risignificazione dell'esperienza, vissuta all'interno di gruppi di reparto, spesso specializzati o "omogenei", cioè con malati che vivono una stessa condizione, può aiutare a risignificarne l'esperienza su un piano meno "separato" e possibilmente più soggettivante.

In Italia il panorama di queste ricerche è sia arretrato sia disordinato. Ma esistono realtà sparse e numerose, come alcuni convegni nazionali dimostrano (vedi l'ultimo

Incontro del 20 marzo 1999, presso l'Università degli Studi di Roma, La Sapienza), che probabilmente segnalano una esigenza e fanno da avanguardia verso un percorso prossimo.

Prima di fornire alcuni esempi clinici di esperienze in questo campo, desideriamo premettere alcune considerazioni di ordine generale.

Gruppi omogenei a termine

Abbiamo parlato di terapia di gruppo e in particolare di gruppi omogenei. Ravvisiamo infatti in questo tipo di esperienza clinica, che ormai da decenni ha sviluppato una modellizzazione e una sistemazione teorica nel campo psicodinamico e psicoanalitico, alcune caratteristiche che sembrano particolarmente adatte e fruibili nei contesti di cui ci stiamo occupando.

Indicheremo tre funzioni del gruppo omogeneo, che potrebbero presentarsi in diversi modi e in diversi campi, e che sono secondo noi specifiche e costanti.

- a) La prima riguarda la integrazione di processi e relazioni di tipo primitivo.
- b) La seconda concerne la dichiarazione di esistenza e di appartenenza.
- c) La terza infine riguarda la "preconcezione".

Processi di integrazione nel gruppo omogeneo

Bion in fondo ha iniziato le sue ricerche a Northfield con un gruppo "omogeneo" di soldati traumatizzati di guerra (1963). Quel contesto e molte esperienze che seguirono lo portarono come è noto a ritrovare che il gruppo, osservato nei suoi funzionamenti profondi e essenziali, è orientato a captare maggiormente e specificamente un piano di evenenzialità psichica più vicino e più collegato ai processi e agli oggetti primari. Addirittura Bion ha parlato di una specifica mobilitazione, all'interno del gruppo, di elementi protomentali (1987), nei quali il valore fisico o psichico di un evento possono alternarsi in modo indifferenziato o presentarsi in modo intercambiabile su uno o l'altro versante. Se assumiamo questo punto di vista, ci troveremo a pensare che l'indicazione per fare un gruppo riguardi

specificamente tutte quelle patologie nelle quali per motivi diversi, sia venuto a mancare o sia stato danneggiato il processo di individuazione e di differenziazione della relazione mente-corpo, o più precisamente dell'instaurarsi del sé corporeo e delle sue rappresentazioni (Winnicott 1958); e che il gruppo, facilitando la regressione a questi livelli, possa aiutarne meglio la elaborazione e il contenimento (Bion1961).

Una serie di circostanze sulle quali abbiamo avuto occasione e modo di riflettere, ci inducono a pensare che un micro-gruppo analitico come quello che può aversi in un reparto ospedaliero con malati organici, cioè omogeneo e a termine, possa funzionare propriamente su questa base di elementi. Addirittura affermeremmo che le caratteristiche di questo tipo di gruppo possano contribuire ad accelerare una vicenda terapeutica, altrimenti meno sintetizzata. Mi spiego.

Stiamo considerando una situazione nella quale un evento traumatico - in questo caso la malattia fisica - ha potuto organizzarsi ed emergere; e una condizione di alloggio e trattamento di questo trauma - il reparto dell'ospedale - ha rappresentato una cesura rispetto al contesto abituale e ha fornito un contenitore nuovo, diverso. Si può dire che entrambi questi "fatti" predispongano ad una regressione momentanea e ad uno stato di elaborazione, parziale o estesa, di una forma di rottura, di perdita e di cambiamento. Sembra che in queste condizioni l'offerta fatta al paziente da parte del medico ospedaliero (cioè in fondo, dell'istituzione stessa), di fare, nel percorso terapeutico, anche un' esperienza di terapia e di integrazione rispetto ad un piano più interno o psichico, possa costituire per i pazienti già un campo emotivo di esperienza profonda relativamente alla propria condizione, alla possibilità di pensarla e di riesaminarla nell'ambito di un confronto.

Metteremo in evidenza alcuni elementi essenziali: l'aspetto della storicizzazione dell'evento malattia; della sua riattualizzazione nei termini di una "pensabilità" (Tagliacozzo1990) per opera della mente e anche nei termini della dichiarazione di esistenza e realtà (infatti nel caso che consideriamo è proprio l'istituzione della malattia somatica che riconosce un bisogno psichico).L 'urgenza di guarire e di maturare un processo di cura ed anche il suo termine: tutti questi elementi fanno sì che la creazione di un gruppo omogeneo e il suo trattamento a termine sembrano accelerare i processi di contatto con elementi profondi, particolarmente con quegli elementi primari, psicotici se così vogliamo dire, comunque disorganizzati e primitivi, che hanno contribuito a creare lo stato patologico o comunque sono emersi in esso con una nuova e inaspettata presenza, che può creare difficoltà. E sarà proprio l'elaborazione in comune di questo genere di elementi che potrà rialimentare una evoluzione identitaria (qualora evidentemente l'esperienza sia ben condotta) e dare un apporto trasformativo al bisogno di cambiamento, imposto dalla rottura.

E' da questo punto di vista, credo, che dobbiamo considerare come una certa accelerazione, che sembra prodursi in questo tipo di gruppi, del processo di simbolizzazione degli aspetti relativi al corpo e una certa tendenza proliferante a "psicologizzare" e a sognare (cfr. numero precedente di Funzione Gamma) la vicenda somatica, patobiografica e storica, rappresenti, oltreché un atto di compiacenza con la richiesta medica forse, anche però uno sforzo di elaborazione direi "accelerata" di elementi indifferenziati, caotici, o debordanti, che abbisognano di una plasmazione. A volte un'esperienza così urgentizzata e acuita attinge una grande intensità e un significato importante, che aiuterà in seguito ad orientare le esigenze di riordino e di cambiamento che sia la malattia che la guarigione hanno imposto.

Importanza del gruppo

Abbiamo fin qui parlato di alcuni elementi reputati più significativi dell'esperienza di cura all'interno di un gruppo, particolarmente di un gruppo omogeneo.

La letteratura sulle fenomenologie del gruppo e sulle sue specificità è ormai ampia (Neri 1995); e a seconda dei modelli con i quali l'esperienza in un gruppo viene descritta, emerge maggiormente un aspetto o un altro del suo significato e della sua importanza.

Un elemento che qui vorrei particolarmente sottolineare riguarda una funzione specifica del gruppo, come occasione di costruire una scena - o una serie di scene -, direi una scena centrale e molto rappresentativa sia per il singolo sia per il gruppo (Correale 1997), destinata ad essere interiorizzata ad un livello particolarmente profondo e stabilizzante.

Ho avuto ripetute esperienze con pazienti gravi e gravemente deprivati, o tendenti ad agire nel corpo e nella mente i loro conflitti e le loro mancanze, che avevano una difficoltà estrema a condividere gli affetti, i legami e in generale l'esperienza di sé all'interno di un gruppo. Sentendosi vuoti e contraddittori, essi tendevano a diventare la parte più fragile dell'insieme e anche ad essere risucchiati nelle patologie degli altri membri del gruppo, oppure a sentirsene invasi. Quando il lavoro di discriminazione e di differenziazione poteva progredire e questi pazienti potevano realmente compiere un'esperienza autentica di sé, condivisa con il gruppo, sembrava che l'importanza della vicenda vissuta fosse decisamente più estesa e profonda che nel contesto della coppia terapeutica. Sembrava che le parti traumatizzate che questi pazienti avevano

portato per tanto tempo nel gruppo, avevano potuto lentamente organizzarsi in una scena direi così nucleare e rappresentativa, proprio perché avevano potuto essere maggiormente depositate, distribuite e amplificate fra i diversi componenti del gruppo stessi, e direi anche teatralizzate e ritualizzate nel percorso di ripetizione e rivisitazione, che la partecipazione legittimante e il riconoscimento del gruppo avevano qualificato e trasformato. Questo sembrava orientare l'esperienza verso un sentimento importante ed esclusivo di maggiore ricchezza, remunerazione e stabilizzazione, come se una scena reputata centrale di se stessi e del proprio mondo interno, che si era potuta vivere ed enucleare nel gruppo e condividere con gli altri al suo interno, ripetutamente, da diversi punti di vista e su differenti piani, lungo tutta la sua vicenda, acquisisse un valore definitivo di introietto nuovo, nutriente e stabilizzante.

Così credo che per i malati organici, che oscillano tra un'esperienza "concreta" o anche di negazione, e la sua pensabilità, sia di grandissimo aiuto la fruizione del gruppo dal punto di vista della rappresentazione e della memoria di un luogo, uno spazio, una vicenda (di scambi affettivi, ideativi, rappresentazionali e narratologici) e un insieme di funzioni che potranno essere interiorizzati come un modello di funzionamento, capace di produrre altre forme di trasformazione evolutiva.

Sentirsi vivere e esistere in un gruppo, potervi recitare la propria scena profonda, quando questo può avvenire, è di grande valore.

In un gruppo omogeneo e a termine questo tipo di opportunità è come se esistesse ad un piano aurorale o primordiale, nel quale è stato possibile, per un attimo forse, dare vita ad un nucleo sommerso, reputato irraggiungibile, ma anche ricco di sensazioni soggettive sentite come molto importanti e intime.

Anna e Anna: esperienze in un gruppo omogeneo con neoplasia mammaria

L'esperienza si è svolta presso la Divisione di Clinica Oncologica, diretta dal prof. Gian Battista Grassi, in collaborazione con il SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), diretto dal dott. Giuseppe Ducci, della stessa A.C.O. San Filippo Neri ed è stata condotta dalla dott.ssa Simonetta Bruni, Responsabile del Servizio di Psichiatria di Consultazione e Collegamento presso detto Ospedale.

In particolare riporteremo una esperienza clinica condotta da Simonetta Bruni, presso la divisione di Chirurgia Oncologica dell'A.C.O. San Filippo Neri di Roma.

Si tratta di una esperienza di gruppo offerta alle donne che avevano subito un intervento al seno per neoplasia mammaria, in un colloquio preliminare. Il colloquio era previsto dal protocollo terapeutico della Divisione Oncologica, in collaborazione con il Servizio di Psichiatria.

Il gruppo, composto da sei partecipanti, fu presentato sin dall'inizio come una esperienza a termine di dodici incontri, con frequenza settimanale.

Vorremmo premettere alcune brevi considerazioni di ordine teorico. Consideriamo infatti in via preliminare, che la "preconcezione" del gruppo operata dall'analista - e dallo spazio istituzionale che ne prevedeva la presenza - verso una pensabilità e simbolizzazione dell'evento traumatico avvenuto nel corpo, come una neoplasia mammaria, abbia facilitato e accelerato i processi iniziali di investimento sul gruppo come corpo unico (Foulkes 1948) e anche come gruppo-sogno (Anzieu 1976). In particolare facciamo riferimento all'idea bioniana di preconcezione come "stato mentale di attesa... adatto a ricevere una gamma ristretta di fenomeni" e come "un mezzo in cui stanno sospesi i contenuti...in una relazione conviviale tra contenitore e contenuto ... costituito dalla tolleranza del dubbio" (Bion 1963; 1962); e all'idea che "l'accoppiamento della pre-concezione e della realizzazione pone in essere la concezione". Intendiamo così suggerire, come sfondo di pensieri al racconto dell'esperienza, che il gruppo dei malati di tumore, di cui stiamo per parlare, fu concepito e favorito a nascere come gruppo, con le qualità e le condizioni determinate dall'incontro fra la "preconcezione" dell'analista che lo ha presagito e messo in essere, e la "realizzazione" concreta di quel dato gruppo, portatore in quel momento di una data patologia e di una ricerca di cura.

L'ipotesi può estendersi anche a considerare come la prima strutturazione stessa del gruppo, incoraggiato dalla percezione di uno spazio offerto per la nomina e la pensabilità di elementi altrimenti intollerabili e irriconoscibili, tendesse a rappresentare concretamente gli elementi della malattia, funzionando, nel setting e nella dinamica interna, come "icona" e come "sogno" della malattia e delle sue caratteristiche.

Ci riferiamo in particolare alla strutturazione del campo guppale come campo contenente due metà contrapposte e funzionante concretamente come sistema di elementi simmetrici, reciproci o contrapposti. Il setting stesso, le dinamiche all'interno del gruppo, la sequenza delle sedute, delle presenze-assenze e del gioco dei legami che vi si creavano, rimandavano all'idea dell'organo-seno, duplice e malato, riprodotte l'alternanza e la contrapposizione vita-morte, presenza assenza, contatto-negazione, germinazione-distruzione. La possibilità che questi elementi traumatizzati e violenti venissero accolti, legittimati e inscenati concretamente (Castignani 1997; Staforelli, Suarez 1999), avrebbe sviluppato funzioni di pensiero e di rappresentazione. Il sogno in particolare, incaricato, per il suo valore di rappresentazione iconica e visibile, di cernierare i bisogni concreti del vissuto somatico con la loro rappresentabilità in termini psichici, diventerà essenziale per segnare il passaggio dalla situazione iniziale tutta "fisica" e "inseparabile" verso una simbolizzazione più ricca di spazio, di esperienza, di pensiero. Sognare in gruppo prendeva il valore di sognare il corpo, i suoi contenuti, le sue vicissitudini. Il sogno

produceva l'immagine dell'interno del corpo; il corpo, il corpo-gruppo, produceva il sogno.

Un sogno capace di iscriversi nella breve storia e nella memoria affettiva del gruppo e della sua esperienza.

Questo aiutava a far emergere nel gruppo quegli elementi e quelle fantasie con i quali la serie degli eventi somatici poteva essere vissuta e rappresentata; primo fra tutti l'elemento della confusione vita-morte e la regressione verso aspetti caotici, indifferenziati e psicotici, portati alla ribalta dall'intensità del vissuto destrutturante, connesso con la patologia neoplastica. Il primo spazio organizzato del gruppo conteneva una scena di tipo regredito e pre-allucinatorio, che utilizzava la preconcezione e la attualizzazione, per rintracciare elementi affettivi e psichici di un evento finora avvenuto e agito soltanto nel corpo.

Il legame mente-corpo; la riattualizzazione nel qui e ora del gruppo; la condivisione e l'identificazione; l'esperienza dell'uguale e dell'indifferenziato e anche altri "arredi" del contesto gestazionale del piccolo gruppo a termine, facilitarono la fiducia in un regime di esperienza che potremmo definire di "psicosi controllata" (Corrao1998), che si servì del contesto stesso per inscenare i propri contenuti.

Meglio dell'ipotesi formulata dopo l'esperienza, il racconto dell'esperienza stessa potrà aiutare a rendere più comprensibili le idee prospettate.

L'esperienza clinica

Nella prima seduta il gruppo assume da subito una conformazione particolarmente frammentata e confusa; le donne parlano concitatamente tra loro frammentandosi in piccoli gruppetti, parlano del tumore, si interrogano reciprocamente sulla sua dimensione e sull'intervento, ma più che ascoltare si sovrappongono, arrivando a parlare piuttosto rapidamente di un elemento così privato, senza pensare di potersi presentare attraverso il nome; sono presenti anche due sottogruppi, quello delle operate e quello delle ricoverate che dovranno subire l'intervento.

Una di loro porta un sogno: si trovava in una stanza molto buia e scura, all'improvviso appare la Madonna di Lourdes, bella e luminosa; non parla, ma dà un senso di tranquillità.

Nella seduta sono circolati momenti di angoscia acutissima e di panico; la signora che riferisce questo sogno è molto spaventata, per tutta la seduta ha il rosario in mano e, portato il sogno esce benedicendo tutti, in particolare il petto della più giovane.

Nel caos emotivo e nel parziale blackout rappresentazionale il gruppo offre altre due immagini: la prima è di una donna che ha avuto un tumore della mammella a 13 anni, che ha poi superato, e che ora ha due bambini che sono stati allattati da lei, ("l tumore non ostacola il latte"); la seconda è quella della menopausa chirurgica subita a 30 anni da una componente del gruppo, perché operata di una cisti di 10 chili. Le chiedevano se avesse un altro bambino dentro.

I due incontri successivi sono caratterizzati dall'assenza della gran parte delle componenti del gruppo: sono presenti "le signore Anne" (hanno lo stesso nome), "le uniche sopravvissute: le Anne sono forti", una mastectomizzata e l'altra no.

Le assenze sono notate, si collegano all'angoscia, alla paura, al bisogno di negare la malattia; è presente però la possibilità di una rappresentazionalità dell'accaduto: una delle due racconta di come il figlio fosse venuto a trovarla nella mattina, lei non era presente in Reparto per un esame e lui le ha lasciato un bigliettino affettuoso sul letto come segno della sua presenza.

Soprattutto nell'ultimo incontro c'è disappunto "perché le signore non vengono".

Il gruppo sembra diviso nelle brave e attive e nelle cattive e depresse.

La quarta seduta, pur se con l'attenuante di essere collocata la settimana dopo Pasqua, andrà deserta.

Il diniego massiccio, agito nelle assenze, costringe il gruppo e la conduttrice ad un notevole carico di angoscia di annientamento, di morte, di annichilimento per contagio.

Il gruppo ha esperito uno stato mentale alterato, scisso, quasi allucinato, per difendersi dalla frammentazione.

Il sogno della madonna sembra ben esprimere, prodotto dalla scissione, le aspettative magiche di salvazione (dal buio assoluto del corpo malato, all'improvvisa luce divina della salvazione) le fantasie portanti di ciascuna, attribuite al gruppo o all'immagine dell'analista, anch'essa donna e madre, che raffigurano un corpo sano, bello, puro.

Speculare alla luce divina il buio umano della confusione; è particolare notare come il gruppo assuma inconsapevolmente in tutti gli incontri, e per buona parte di quelli successivi, una configurazione bipartita, doppia come i seni, uno sano e uno malato, dispensatori di vita in cui si insinua la morte; e come anche la cisti ovarica sia stata confusa con un bambino.

Nel quinto incontro il gruppo sembra riprendere inaspettatamente vigore; oltre alle due Anne sono presenti altre due componenti, sono due giovani e due vecchie, che tendono a creare due sottogruppi separati.

Anche se con una modalità estremamente concreta, si raccontano in modo meno destrutturato e confuso della malattia; tirano fuori il seno e lo mostrano, mostrano la ferita, la descrivono e descrivono quello che sanno del loro tumore: "il tuo come'è?".

Una delle giovani si sofferma e osserva che sembra parlino come di un figlio. Le altre annuiscono.

A sigillo della neonata condizione, sempre la stessa signora, riferisce anche di soffrire di un vomito esofageo (patologia nota del periodo neonatale) e successivamente comunicherà la sua angoscia di sentire di avere perso l'idea di un corpo integro, sano, giovane. Ora ha una malattia da vecchia, il corpo allora può tradire ed essere violato. Esprime un profondo sentimento di vergogna nei confronti di tutti per essersi ammalata.

Una delle Anne offre una prima rappresentazione di una esperienza di appartenenza a un gruppo: è stata a fare fisioterapia presso una associazione di volontarie mastectomizzate, una buona esperienza, le sembrava davvero che mancasse solo lei.

Anche il sesto incontro è connotato da grande intensità; il gruppo sembra vivere in sequenza, prima l'investimento libidico sulle proprie funzioni femminili che il seno rappresenta (tutte hanno molto allattato, una signora riferisce di avere avuto latte anche per un neonato malato che invece poi è morto nella indifferenza della madre); in un secondo tempo le angosce di morte e annichilimento (la stessa signora comincia ad enumerare i suoi morti, nella sua famiglia ci sono molti lutti intorno ai cinquant' anni ed ora tocca a lei, ugualmente cinquantenne). Il clima cambia repentinamente, il gruppo bagnato dal latte caldo e benefico della vita è ora all'ombra fredda dell' ala terrificata della morte.

Serpeggia a distanza un sentimento di colpa per la malattia; una delle Anne confessa di avere molto odiato il suocero, che aveva in casa prima che morisse, perché era cattivo, quasi si sentisse punita.

Sottolineo la presenza di un pensiero attorno alla malattia come di un evento non solamente biologico, ma concatenato alle vicende della propria vita.

Nel quinto incontro il gruppo assume ugualmente una conformazione bipartita, ma è possibile, anche se sempre in modo molto concreto, attraverso forme, volumi, contatti riguardanti il corpo, una rappresentazione più integrata e comunicabile della malattia. La signora più giovane esprime anche in modo più puntuale, comunicando un suo

sentimento di vergogna, quale livello primitivo di difetto sia entrato in risonanza con l'evento malattia.

E' possibile dunque che il fenomeno della bipartizione sia esperito nell'incontro successivo ad un livello emozionale più maturo, inizialmente scisso (il latte e la morte) poi integrato in un sentimento di colpa, che colloca l'evento biologico nel percorso di un'esistenza.

Gli incontri seguenti raccoglieranno attraverso i sogni la coloritura oscura e sinistra di certe percezioni. Una delle componenti giovani riferirà tre sogni:

E' alla guida di una macchina, ad un certo punto incontra una lastra di ghiaccio, scivola e capotta.

In un autobus ci sono più persone, lei parla con una donna che nella realtà è una sua amica attualmente vivente; seduta davanti a lei si trova un'altra donna, che nella realtà era una donna depressa, morta suicida; quest'ultima scende ad una fermata, la prossima sarebbe toccata a lei.

C'è una guerra, si trova profuga in mezzo ai bombardamenti, ma si salva.

I sogni rappresentano un momento privilegiato di cambiamento della vita affettiva del gruppo e informano gli incontri seguenti, che si struttureranno con la presenza delle due Anne e della signora giovane che ha portato i sogni; questi saranno commentati; la tonalità cambia e si fa più affettiva, intima e meno disintegrata.

In particolare la sognatrice è una donna di 40 anni, sposatasi recentemente, che qualche tempo prima della diagnosi di neoplasia aveva cominciato a carezzare l'idea di avere una gravidanza.

Nata da una mamma depressa per la morte di un fratello maggiore, si porta dentro la tristezza di una relazione con lei distante e poco partecipata. Le altre partecipanti percepiscono in lei la solitudine e il desiderio di un bambino.

Si delinea, nel contesto della seconda parte delle sedute, il fatto che la sognatrice abbia sognato, per sé e per il gruppo, elementi cronici e diacronici mobilizzati al suo interno, che potevano organizzarsi in immagini; e si sviluppa la consapevolezza di come la sognatrice abbia restituito al gruppo non solo la storia della propria depressione, ma anche la percezione di una fantasia comune intorno a un'area fredda, depressiva e deprivata, priva di pensabilità (lo scivolone e il capottamento sulla lastra di ghiaccio che il gruppo aveva esperito nei primi incontri) connessa allo

sviluppo tumorale; e si chiarisce come nel gruppo, elementi di investimento libidico alla vita e angosce di morte, disintegrazione, annichilimento, che inizialmente erano state lasciate vivere all'analista in solitudine, avessero trovato posto, come i viaggiatori in un autobus che, anche se per poche fermate, contiene una piccola comunità viaggiante.

Una delle Anne entra nel discorso e parla della morte recente della madre, cattiva e prepotente, la cui morte ha vissuto con liberazione; del parto difficile della figlia e di una diagnosi errata di malformazione fetale che avrebbe ricevuto la nuora in gravidanza.

Appare sulla scena questa madre arcaica, cattiva a sigillo dell'inseparabilità, responsabile della difficoltà a partorire, artefice del bambino-mostro che nascerà, metà vita, metà tumore.

L'altra Anna riferisce con difficoltà, parla di un sogno ma ha paura di riaccostare l'angoscia tremenda provata: precipita senza fine con la sensazione di non tornare più indietro, addirittura si sveglia ribellandosi contro un'entità ignota che la volesse inghiottita dal freddo e dal buio.

Negli ultimi incontri l'angoscia è più contenibile e internalizzata, più comunicata, gli scambi affettivi meno connotati dalla paura e più piacevoli; nel gruppo c'è maggiore consapevolezza che sia stata attraversata una lunga esperienza di contatto - che, in realtà, è stato più disgregato e intermittente per ben oltre la metà dell'intera terapia.

Nel penultimo incontro, in particolare, una delle Anne ci restituisce un'immagine grata del clima affettuoso di commiato. Riferisce commossa di come il nipotino avesse insistito, seppur malato, per partecipare alla recita della scuola, progetto a cui aveva aderito con grande impegno. Appena arrivato a scuola il gruppetto di compagni e maestri, che avevano capito, lo hanno applaudito calorosamente per questo, e la signora Anna non ha potuto fare a meno di piangere profusamente per la tenerezza.

Il gruppo sembra aver raggiunto la possibilità, seppur dolorosa, di avere internalizzato un affetto.

Conclusioni

Quello che ci è sembrato dunque significativo, relativamente al tema della produzione iconica e onirica nel gruppo, riguarda una sua funzione specifica nel gruppo che affronta la malattia organica, e tende a produrre le rappresentazioni fantasmatiche ad essa collegate. Tale funzione sembra soprattutto legata al bisogno di rappresentare gli avvenimenti interni al corpo, dare loro una forma e un'espressione comunicabile, dotarli di un senso condivisibile e mentalizzabile. La comprensione di

questi elementi rappresentazionali, così importanti per ristabilire i legami fra il corpo e la mente e fra il trauma e la costruzione, può avviare un processo trasformativo e evolutivo.

In particolare, nel gruppo considerato, è stato possibile esperire livelli sempre più affettivizzati di una fantasia centrale connessa alla malattia neoplastica: l'invasione tumorale, annichilente e frammentante, foriera di angoscia di morte, corrisponde ad un difetto primitivo precoce, connesso a problemi di inseparabilità, che ha originato un'area ghiacciata, priva di vita e di pensabilità, persecutoriamente invasiva e generatrice di morte, di cui vergognarsi. L'organizzazione di tale fantasia, promossa dal sogno, permette al gruppo il passaggio da una disposizione concreta, simmetrica e speculare, della rappresentazione del corpo malato, ad una esperienza affettivizzata in cui è riconoscibile e collocabile l'esperienza di malattia e la sua dimensione spazio-temporale profonda come fattore riorganizzante.

Bibliografia

Anzieu D.(1976). *Il gruppo e l'inconscio*. Roma: Borla, 1979

Bion W.R.(1961). *Esperienze nei gruppi*. Roma: Armando, 1971

Bion W.R.(1962). *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 1972

Bion W.R.(1963). *Gli elementi della psicoanalisi*. Roma: Armando, 1979

Bion W.R.(1974). *Il cambiamento catastrofico, Seminari Brasiliani*. Torino: Loescher, 1981

Bion W.R.(1987). *Seminari clinici*. Milano: Cortina, 1989

Castignani A.M.,(1997). *Analisi e risoluzione delle fantasie di morte connesse alla somministrazione delle cure, in un gruppo di bambini diabetici*, presentato al corso sul Gruppo Omogeneo, presso la cattedra di Teoria e Tecnica della Dinamica di Gruppo, La Sapienza, Roma

Corrao F.(1998). *Orme*. Milano: Cortina.

Correale A.Rinaldi L., a cura di(1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi*. Milano: Cortina.

Foulkes S.H.(1948). *Analisi terapeutica di gruppo*, Torino: Boringhieri, 1967

Gilliéron E.(1995). *Il primo colloquio in psicoterapia*. Roma: Borla.

Neri C.(1995). *Gruppo*. Roma: Borla

Staforelli Mosca A., Suarez Gaensly L.(1999). *Sogni minacciosi in un gruppo omogeneo di pazienti in attesa di trapianto renale*, *Sogno e Gruppo* n.1, <http://www.funzionegamma.edu>

Tagliacozzo R.(1990). *Angosce fusionali: mondo concreto e mondo pensabile*, in: *Fusionalità* (di autori vari). Roma: Borla

Winnicott D.(1958). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli, 1975

Notizie sulle autrici

Simonetta Bruni è medico dirigente dell'SPDC del DSM RM-E, presso l'ACO San Filippo Neri, ospedale di Roma. E' Responsabile per le consulenze psichiatriche presso i reparti di medicina organica. E' Socio Fondatore di ARGO (Associazione per la ricerca sui gruppi omogenei).

E.mail: bruni.simonetta@tin.it Mail: simonetta.bruni@fastwebnet.it

Stefania Marinelli è psicoanalista di gruppo (IIPG), professore associato di Teoria e tecniche dell'intervento sui gruppi. Socio Fondatore e Presidente di ARGO (Associazione per la ricerca sui gruppi omogenei). Direttore della collana Individuo e Gruppo, per le edizioni Borla.

E-mail: stefaniamarinelli@fastwebnet.it

sito: www.stefaniamarinelli.it

Lilia Baglioni è psicoanalista (SPI). Consulente presso varie istituzioni e associazioni nel campo degli studi sull'adolescenza e sull'anoressia. E' stata segretario scientifico dell'ABA di Roma (Ass. ricerca e cura per Anoressia e Bulimia). Socio fondatore di ARGO (Ass.Ricerca Gruppi Omogenei). Ha fondato e dirige la sede di Roma dell'Istituto per il Social Dreaming in collaborazione con il suo fondatore Gordon Lawrence.

E-mail: baglioni@tiscalinet.it