



MATERIA PRIMA

RIVISTA DI PSICOSOMATICA ECOBIOPSIKOLOGICA

Numero XVII - Dicembre 2018 - Anno VIII

Il Corpo come Mandala dell'Universo



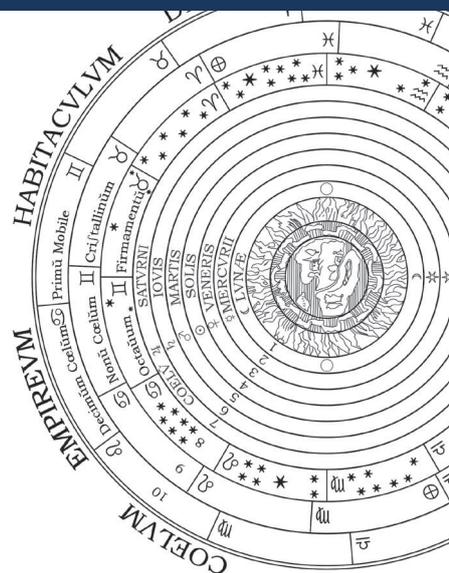
Istituto di Psicoterapia ANEB

Direttore Diego Frigoli

(D.M. del 30 maggio 2002 - pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 20 giugno N. 143)

LA TEORIA

I fondamenti teorici della metodologia insegnata nella scuola di psicoterapia dell'Istituto ANEB sono riconducibili a due impianti concettuali essenziali. Il primo, di taglio psicodinamico, s'ispira in particolare alla concezione strutturale e funzionale della psiche descritta da C.G. Jung, con particolare attenzione alle nozioni-chiave della psicologia analitica quali l'inconscio collettivo, gli archetipi, il Sé e la funzione simbolica. Il secondo, che appartiene in modo più originale alla scuola, parte da una concezione dell'apparato psichico che vede la psiche stessa come profondamente e inestricabilmente legata alla dimensione corporea. Più precisamente, l'uomo (sia nell'esperienza della salute che in quella della malattia) è visto come un'unità complessa e articolata formata dalla dimensione psichica, da quella somatica e da quella relazionale e sociale. Da tali premesse teoriche, deriva che la tecnica psicoterapica presentata nei corsi della scuola insegnerà a leggere il conflitto psichico (e le sue possibili soluzioni) sia attraverso gli strumenti tradizionali della psicoterapia ad orientamento psicoanalitico, sia attraverso la maturazione di un'originale capacità 'interpretazione dei messaggi provenienti dal corpo. All'allievo verrà proposta la possibilità di acquisire, attraverso l'insegnamento teorico, la presentazione di materiale clinico, la pratica della supervisione, una metodologia per interpretare simbolicamente il materiale portato dal paziente sia attraverso il linguaggio verbale che attraverso il linguaggio somatico, comprendendo in quest'ultima area anche il significato psicologico ed esistenziale delle malattie di competenza medica, permettendo di mettere a fuoco i tratti fondamentali del progetto del Sé del paziente.



LA FORMAZIONE E LA PRATICA

Il corso si articola in quattro anni. La durata annuale del corso va da ottobre a giugno. Le lezioni si svolgeranno il Sabato e la Domenica. Per ogni anno sono previste 500 ore di corso, di cui 370 ore di lezioni (comprehensive di supervisione) e 130 ore di tirocinio pratico. Le 370 ore di lezione sono articolate in: 230 ore di lezioni magistrali, 60 ore di lezioni teorico-pratiche e 80 ore di seminari e di supervisione sulla pratica psicoterapeutica.

ISCRIZIONE E SELEZIONE DEI CANDIDATI

Per essere ammessi alla scuola si devono possedere, all'atto della domanda d'iscrizione, i seguenti requisiti: 1) Conseguimento della laurea in medicina e chirurgia oppure in psicologia. 2) Superamento dell'esame di stato con conseguente regolare iscrizione all'albo dei medici o all'albo degli psicologi (l'iscrizione all'albo può essere conseguita anche nella prima sessione utile successiva all'inizio effettivo del corso), 3) Essere motivato ad intraprendere (entro i primi due anni della scuola), un'analisi personale. Se tutti i requisiti sono soddisfatti, è necessario presentare una domanda d'ammissione in carta libera al Direttore della scuola contenente una presentazione personale e le motivazioni, che hanno spinto alla scelta della Scuola di formazione in Psicoterapia ANEB, allegandovi un dettagliato curriculum formativo-professionale. Il Direttore valuterà chi ammettere, tilando una graduatoria, sulla base dei curricula dei candidati e dei risultati dei colloqui d'ammissione.

GLI INSEGNAMENTI

Psicologia generale; Psicologia dello sviluppo e psicopatologia dell'età evolutiva (biennale); Psichiatria e psicopatologia generale (biennale); Indirizzi teorici della psicoterapia (biennale); Psicodiagnostica; La psicoterapia di fronte all'evidence-based. Indirizzi teorici della psicosomatica; La relazione terapeuta-paziente alla luce dell'Ecobiopsicologia; Metodiche diagnostiche in psicosomatica. Pratica della psioterapia in psicosomatica (biennale); Psicoterapia e setting in psicosomatica; Le tendenze più recenti in psicoterapia; Psicologia sociale e modelli di psicoterapia familiare; Tecniche complementari e loro integrazione in psicoterapia (biennale); Stress e Psiconeuroendocrinoimmunologia; Bioetica in psicoterapia; La psicoterapia in ambito istituzionale; Il linguaggio del corpo in psicoterapia; Il modello relazionale del rapporto mente-corpo nell'Ecobiopsicologia: la complessità; Modello psicodinamico e psicosomatico di gruppo; Cronobiologia e Bioclimatologia in psicoterapia; La programmazione dei Servizi Psicoterapici.



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
ECOBIOPSICOLOGIA

CONTATTI

Segreteria dell'Istituto: Tel. 02/36519170 - Fax 02/36519171
email: istituto@aneb.it

Ulteriori informazioni sono disponibili presso la pagina web dell'istituto, all'indirizzo www.aneb.it



Editoriale

di **Giorgio Cavallari**

Psicologo analista (CIPA, IAAP), Psichiatra, Psicoterapeuta, Direttore Generale dell'ANEB, Direttore Scientifico dell'Istituto di Psicoterapia ANEB e Responsabile Scientifico dell'area editoriale

Il titolo di questo numero, *Il Corpo come Mandala dell'Universo*, rimanda al tema del Congresso di Ecobiopsicologia che si terrà a Maggio del 2019 e rappresenterà un punto di arrivo, un punto di incontro, un punto di partenza.

Punto di arrivo di un pensiero, quello ecobiopsicologico che, anche se giovane, ormai ha una storia, una tradizione, una strada già percorsa alle spalle. Non a caso proprio il primo articolo parla di un "viaggio", metafora di ogni evoluzione umana. È il punto di arrivo di una pratica terapeutica ispirata dalla riflessione ecobiopsicologica, che di tale pensiero rappresenta l'incarnazione vitale, operativa, ispiratrice ogni giorno di risposte cliniche, date a diverse condizioni di sofferenza psichica, somatica, relazionale, esistenziale. Così, diversi sono i lavori contenuti in questo numero. La terapia ecobiopsicologica cura un *uomo* che anche quando porta sintomi e disagi di natura psicologica non cessa mai di avere, o meglio di *essere* anche, sempre, necessariamente un *Corpo*.

Punto di incontro, e questo numero può ben essere rappresentato dal significato simbolico del *Mandala* orientale, che è molte cose, ma prima di tutto un *Centro* dove le diversità, le complessità, anche le inevitabili conflittualità dell'esistenza convergono, e trovano non una banale conciliazione ma un principio d'ordine, una misura, un senso che non fa smarrire la pluralità delle identità individuali, ma le invita a non ignorare il valore della *coerenza*, principio perso il quale si aprono le porte al disordine entropico, alla patologia, al conflitto incapace di sfociare in una dimensione creativa e evolutiva. Gli articoli sono molto differenti l'uno dall'altro, per contenuto e per l'esperienza intellettuale, umana e professionale dei singoli autori, ognuno possiede la sua originalità, ma nessuno "dimentica" chi gli siede accanto, chi lavora e scrive al suo fianco, e soprattutto non dimentica di leggere "l'altro da sé", oltre a leggere se stesso.

Questo numero è infine un *punto di partenza*, che si fa largo nella cultura attuale della "cura", ancora troppo dominata da una medicina senza anima e da una psicologia senza corpo: gli articoli che leggerete ci invitano a non dimenticare che quando parliamo di *Universo* non ci riferiamo solo a quello infinito, nato dal Big Bang e descritto dai fisici, ma consideriamo, servendoci del pensiero analogico proprio dell'ecobiopsicologia, anche il singolo uomo, il singolo soggetto, il singolo paziente un piccolo universo, una dimensione complessa dove psiche e corpo, cultura e natura costituiscono una unità articolata. Punto di partenza perché molte delle persone che vi scrivono sono giovani, e scriveranno, elaboreranno, discuteranno ancora per molto tempo.



PRIMO CONGRESSO NAZIONALE DI ECOBIOPSIKOLOGIA

Il Corpo come Mandala dell'Universo

Il corpo in psicoterapia

A CURA DI

Mara Breno, Giorgio Cavallari
Diego Frigoli, Alda Marini

FRA GLI OSPITI

Magda Di Renzo, Giulio Giorello
Mariolina Graziosi, Shantena A. Sabbadini
Claudio Widmann, Luigi Zoja

<http://www.aneb.it/congresso-nazionale>

18-19 maggio 2019

Hotel Michelangelo

Piazza Luigi di Savoia 6

Milano



ASSOCIAZIONE
NAZIONALE
ECOBIOPSICOLOGIA

MEDIA
SPONSOR

SC
Scienza
Conoscenza
Nuove scienze, medicina integrata



Il Corpo come Mandala dell'Universo

Sommario

VIAGGIO ALLA RICERCA DELLA PROPRIA TOTALITÀ di Alessandra Bracci	5
LA RELAZIONE TERAPEUTICA. IL PARADIGMA ECOBIOPSIKOLOGICO DELLA COMPLESSITÀ di Corinne Oppedisano	9
ANNA. DALL'ASMA BRONCHIALE ALLA PATOLOGIA TIROIDEA di Diego Frigoli	20
CIBO DEL CORPO E CIBO DELL'ANIMA di Mara Breno e Diego Frigoli	25
LE EMOZIONI INTOLLERABILI: IL CASO DI GIULIA di Mara Breno e Francesca Licata	29
IL FEMMINILE GELATO: UN CASO CLINICO DI CANDIDOSI VAGINALE di Alessandra Monti	39
IL SIMBOLISMO DELLA MANO NELLA TRADIZIONE E NELLA PATOLOGIA di Mara Breno e Diego Frigoli	44
PATOLOGIE AUTOIMMUNI: L'APPROCCIO ECOBIOPSIKOLOGICO NELLA GESTIONE DI UN CASO DI SCLEROSI MULTIPLA di Sonia Colombo	48
BIANCA E L'AGGRESSIVITÀ NEGATA. LA SOMATIZZAZIONE DELL'ARTRITE REUMATOIDE di Diego Frigoli	55
DAL CORPO ALLA PAROLA. L'INTERVENTO PSICOTERAPICO NELLA PSORIASI di Alda Marini	60
TRATTAMENTO CONSAPEVOLE DEL CORPO PER UN APPROCCIO TRANSDISCIPLINARE ALLA SALUTE di Francesca Gelmi e Francesca Violi	67

VIAGGIO ALLA RICERCA DELLA PROPRIA TOTALITÀ

*“O uomo! Viaggia da te stesso in te stesso,
ché da simile viaggio la terra diventa
purissimo oro”*

Rûmi

Un lungo e faticoso cammino di trasformazione investe, da tempi immemorabili, a livello individuale e collettivo, l'intera umanità. Come Carl Gustav Jung scrive nel testo *Ricordi, sogni, riflessioni* (2007)

La domanda decisiva per l'uomo è questa: è egli rivolto all'infinito oppure no? Questo è il problema essenziale della sua vita. Solo se sappiamo che l'essenziale è l'illimitato, possiamo evitare di porre il nostro interesse in cose futili, e in ogni genere di scopi che non sono realmente importanti. [...] Se riusciamo a capire e a sentire che già in questa vita abbiamo un legame con l'infinito, i nostri desideri e i nostri atteggiamenti mutano. [...] La più grande limitazione per l'uomo è il “Sé”; ciò è palese nell'esperienza: “Io sono solo questo”. Solo la coscienza dei nostri angusti confini nel “Sé” costituisce il legame con l'infinità dell'inconscio. Può dunque l'uomo orientarsi verso tale nucleo originario, ad esso avvicinarsi e cogliere la propria totalità? Quali caratteristiche psicologiche sono necessarie per muovere i passi verso la propria trasformazione? A ciascun essere umano è dato di affrontare una nuova visione del mondo, di guardare le persone, le difficoltà e le peculiari vicende come realtà e simbolo al tempo stesso. È evidente che non si tratta di un viaggio reale, condotto nel mondo oggettivo delle apparenze sensibili, quanto piuttosto

di un viaggio simbolico nelle profondità dell'essere umano, di un cammino che gli alchimisti solevano indicare con l'acrostico ermetico V.I.T.R.I.O.L., formato dall'espressione latina *Visita Interiora Terrae Rectificando Invenies Occultam Lapidem* (Visita l'interno della Terra e rettificando troverai l'occulta pietra) che nasconde il senso segreto del movimento operato dalla coscienza verso il luogo originario, verso i territori più profondi della propria anima, alla ricerca di un centro immutabile, duro come la pietra indistruttibile e capace di ogni trasformazione. Tale centro è il Sé. Ma per ritrovare questa entità assoluta, che giace occulta dentro ogni essere umano, è necessario compiere un procedere a ritroso che dalla materia e dagli istinti ad essa connaturati, via via integrandola e non rifiutandola, permetta una metamorfosi della coscienza. Diceva il filosofo Amiel:





È necessario potersi semplificare gradualmente, illimitatamente; spogliarsi della propria epoca ripercorrere a ritroso la propria stirpe fino a diventare l'antenato di se stesso; svincolarsi dalla propria individualità fino a sentirsi positivamente un altro; ridiscendere in questa involuzione fino allo stato di animale, di pianta, di germe, di punto, di esistenza latente; liberarsi dello spazio, del tempo, del corpo e della vita, rituffandosi in cerchio fino alle tenebre del proprio essere primitivo, riprovando attraverso infinite metamorfosi l'emozione della propria genesi.

Cogliere questo nucleo assoluto è compito di ogni esistenza umana. Tuttavia, non a tutti è concesso di potersi semplificare in modo graduale e illimitato, onde poter rivivere in pienezza le forme dissolte della coscienza del proprio esistere, sino alla meta finale data dalla condensazione del proprio spirito. Per questo gli itinerari dei poeti e degli artisti lasciano emergere, seppure in forma simbolica, il cammino periglioso percorso dalla coscienza in espansione dentro i meandri oscuri della propria soggettività, sino alla meta finale della propria metamorfosi completa. Ogni viaggio compiuto in questa direzione, implicando un processo di realizzazione interiore della propria spiritualità, è un processo eroico (da Eros = amore). Comporta il sacrificio cosciente e spontaneo dell'io, il superamento dei limiti angusti delle proiezioni terrene, la dolorosa e graduale destrutturazione di ogni egoismo, l'affrancarsi da tutte le incrostazioni egoiche dei valori contingenti ed illusori per la conquista di un Bene che tutti li trascende.

In questa prospettiva, le eterne domande dell'uomo sul senso della nascita, sul valore della morte, sul significato della vita e del suo progetto diventano le domande collettive più formulate. Quando l'attesa di una visione coerente ci sfugge, non tanto come soluzione sicura ai nostri dilemmi, ma almeno come risposta possibile alle nostre vicende personali, il senso di noi stessi e del mondo si disgrega, lasciandoci soggettivamente vuoti e inermi di fronte al grande mistero della Vita. Al contrario, una visione del mondo che cerchi di ricucire tutti i livelli – personale, sociale,

collettivo e spirituale – in un modello il più possibile coerente, costituisce per l'individuo una necessaria ricerca di ordine, che va a riattivare gli archetipi universali e il loro divenire individuale, espresso non solo nelle vicende umane ma anche nella storia biologica e psicologica del corpo e della mente dell'uomo. L'essere umano, filosoficamente e concretamente parlando, quale riflesso microcosmico della più vasta creatività dell'Universo, ripete analogicamente nella propria totalità le leggi del più grande cosmo, il Macrocosmo, e ne costituisce l'aspetto sintetico, l'istante concreto che si ancora alla materia. La parola cosmo riassume due significati strettamente affini: l'ordine e l'armonia. Dunque, quell'ordine che è presente nell'Universo sarà presente anche nell'uomo, e l'armonia che ne regge le sue leggi immutabili si esprimerà nell'uomo come sintesi di parti armonizzate nel tutto, come continuum biologico, psicologico e spirituale che si snoda nelle infinite metamorfosi filogenetiche, in un progetto virtuale che ha come fine la propria coscienza individuata.

È in questo senso che possiamo parlare dell'uomo come *Creatura Integrale*, radicata nella sua fisicità, che diviene tempio vivente del proprio "uni-verso", inteso nella sua accezione etimologica di progressiva emancipazione cosciente verso l'unità. La parola integrale rivela nella sua duplice scansione di "in" negativo e di "tag", radice del latino tangere = toccare, il senso di ciò che è incorrotto ed intangibile. Allo stesso tempo, "tag" in greco, assume la connotazione di ordinare, cioè di disporre secondo la costante armonica che definiamo legge universale. In tale ottica il 'viaggio' di ciascun essere umano non sarebbe altro che un percorso di integrazione cosciente delle diverse componenti fisiche, psichiche e spirituali: un processo di trasformazione sottile del corpo e dell'anima, nel tentativo di operare nella materia (cioè nella forma sostanziata del nostro essere), una *renovatio* della totalità originariamente nobile della natura, ove il *dio interiore* possa nuovamente manifestarsi.

Un simile orientamento non può avvalersi di semplici parametri logico-razionali, poiché presuppone una modalità olistica di conoscen-

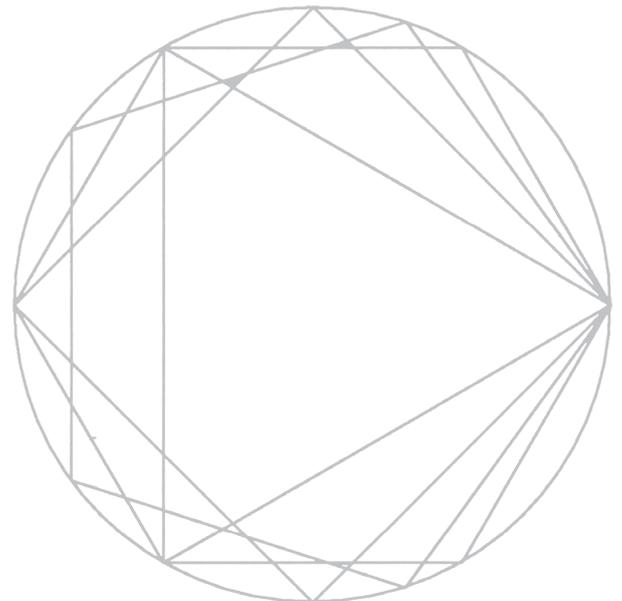
za. La ragione, infatti, può trasmetterci solo una serie di esperienze cognitive puntiformi, di segmenti definiti secondo una matrice di causa-effetto, che ne costituisce la consequenzialità logica. A tale procedimento analitico, volto a frantumare la realtà, oggettivandola per conoscere le parti sempre più infinitesime, si contrappone l'uso del simbolo e dell'analogia, attraverso le quali è possibile percepire la trama della totalità, restituendo all'uomo il senso sacrale della propria esistenza.

Il simbolo, che nella sua stessa etimologia rimanda al greco *syn-ballein* ovvero legare assieme, unisce una realtà manifesta e percepibile dai nostri sensi, ad una matrice profonda e spirituale da cui l'immagine stessa si determina. Il simbolo, dunque, è ogni espressione, ogni azione, in cui il visibile allude all'invisibile per il quale l'intelletto non possiede termini di significazione. Rivelare mediante simboli è una via di conoscenza che esige la presenza e la riflessione stessa dell'invisibile nel visibile mediante un tessuto di corrispondenze, in cui i rimandi simbolici aderiscono ad un identico ritmo: l'analogia. Il simbolo e l'analogia assolvono, pertanto, la funzione di realizzare una visione olistica che, superando gli "a priori" del dogmatismo mentale, determina un "sentire" non più "schiavo" della forma esteriore, ma capace di cogliere il senso evocato dalla realtà originaria di cui la "forma" è figura concretizzata. Così molte cose, che non si connettono una all'altra, si congiungono mediante l'analogia, ovvero il ritmo comune. Il passato diventa presente, le cose apparentemente disparate si coordinano ed il trascendente si fa attuale.

Per tramite di questo processo, si ottiene un'amplificazione continua dell'intelletto e della sua facoltà intellegibile, che spezza e oltrepassa i legami imposti dai limiti della razionalità. Cosicché l'approccio alla realtà si trasforma in un'incessante domanda, libera dal noto e aperta all'ignoto, perché indirizzata in una dimensione dell'Oltre, luogo ove le analogie, espandendosi all'infinito, determinano l'emergere del centro della coscienza chiamato, secondo l'estetica della vita, Uno o "Sé". Una ricerca destinata a generare l'oro purissimo dalla inerte materia, un percorso di co-

noscenza che condensa la coscienza secondo modi evolutivi destinati al superamento delle proiezioni egoiche e dei bisogni che imprigionano l'esistenza. Un orientamento volto a conoscere l'essenza della realtà non potrà consistere in un semplice accostamento di dati parziali, ma dovrà tradursi in un atto cognitivo sintetico che, legando insieme l'infinito fluire delle cose in fieri, permette il disvelamento della Verità. Un traguardo che si può attingere solo al prezzo di una destrutturazione degli schemi concettuali edificati dall'Io; una mente schematica che risponda ai soli criteri della logica scientifica ispirata dal principio di causa-effetto sarà analoga ad un poligono a pochi lati.

Man mano che la mente si apre alla percezione del Tutto realizza una visione olistica,



Logo ANEB

attraversa una fase poetica che va oltre la scientificità dimostrativa per aprirsi ad una dimensione più totalizzante, ben espressa dalla rappresentazione geometrica della circonferenza. Infatti, se il pensiero logico-causalistico, teso al giudizio, procede in modo lineare nella deduzione dei suoi nessi secondo il principio di causalità, il pensiero analogico è circolare, perché amplifica continuamente l'ordine delle conclusioni secondo una logica di legame che unisce eventi non previsti nella loro successione, finendo così per modificare costantemente la successione logica delle dedu-



zioni, secondo un processo di ordine creativo. In tal senso, come illustrato da Diego Frigoli (2007), si potrebbe rappresentare metaforicamente l'analogia come un cerchio, mentre il ragionamento logico-causalistico come una serie di linee interne al cerchio che, nell'ambito di una prospettiva sistemico-complessa, potrebbe essere paragonato a dei poligoni inscritti nel cerchio stesso, che hanno tanti più lati man mano che si avvicinano alla circonferenza esterna. Pertanto, i fenomeni complessi coinciderebbero con la tendenza dei poligoni inscritti verso la circolarità, quale espressione di una unità complessiva di ordine non più razionale, ma solo inconscio. Si potrebbe obiettare che se la circolarità dell'analogia è propria del funzionamento inconscio, essa non può mai essere raggiunta salvo essere del tutto inconsci. Tuttavia, se ci rifacciamo all'esempio metaforico, secondo il quale i poligoni inscritti rappresentavano le modalità razionali del pensiero, allora la circolarità può essere vista come il risultato finale della tendenza del pensiero razionale a riflettere sulla sua applicazione alla realtà sino a costruire modelli interpretativi vicini alle tematiche inconse, così come all'interno di ogni logica inconscia vi stanno regole comprensibili per la coscienza. Questo implica che l'approccio ai fenomeni complessi risulti caratterizzato da una continua oscillazione del pensiero fra dimensione analogica e logico-causalistica per giungere ad una descrizione non più frammentaria della realtà. Solo in questa prospettiva è possibile parlare di una nuova conoscenza dei fenomeni complessi, che finiscono così per sottrarsi alla loro incomprendibilità, grazie al paradigma metaforico di una coscienza esplorante non più estranea alla logica dei fenomeni stessi.

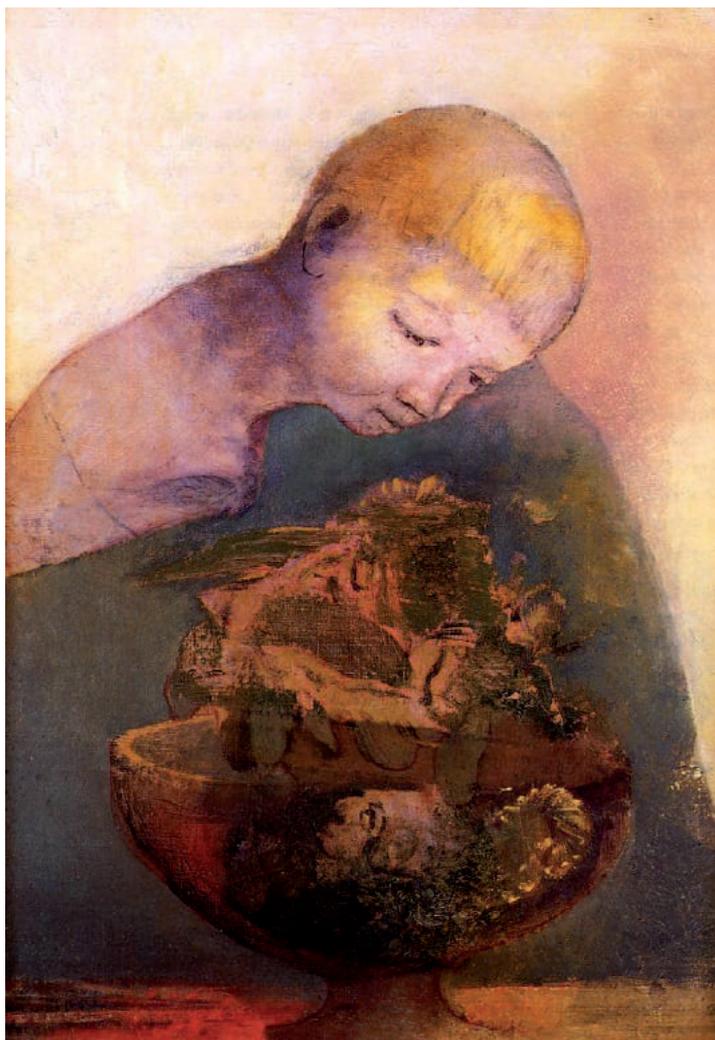
Bibliografia

- Amiel, H.F. (1854). *Grains de Mil*. Parigi: Joël Cherbuliez
- Bachelard, G. (1972). *La poetica della rêverie*. Bari: Dedalo
- Cavallari, G., Frigoli, D., Ottolenghi, D., Tortorici, E. (1993). *La forma, l'immaginario e l'uno*. Milano: Guerini
- Frigoli, D. (2007). *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica*. Roma: Armando Editore
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'Anima*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Magi
- Frigoli, D. (2017). *L'alchimia dell'anima*. Roma: Magi
- Jung, C.G. (2007). *Ricordi, sogni, riflessioni*. Milano: BUR
- Tortorici Conti, E. (2007). *Amare l'amore*. Roma: Armando Editore

AUTORI: Corinne Oppedisano - Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso Istituto ANEB, Supervisione a cura di Mara Breno - Psicologa, Psicosomatista, Psicoterapeuta, Docente e Tutor presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Responsabile della gestione delle risorse didattiche. Membro del Comitato Scientifico della rivista MATERIA PRIMA. Terapeuta EMDR.

LA RELAZIONE TERAPEUTICA

Il paradigma ecobiopsicologico della complessità



Odilon Redon, La Coupe du Devenir, 1894

Il tema della relazione terapeutica è stato trattato dalla letteratura dal punto di vista teorico-clinico, storico e filosofico. In questo lavoro intendiamo approfondire le tematiche di transfert e controtransfert come epifenomeni emergenti dalla relazione, che possono essere indagati riconnettendo scoperte ed evidenze appartenenti a campi epistemologici apparentemente lontani gli uni dagli altri. Lo scopo è quello di rendere conto della visione olistica dell'uomo e della terapia, e fuggire dalla tentazione di ignorare le scoperte delle moderne

neuroscienze, al fine di costruire una teoria della pratica che renda conto della multidimensionalità dei fenomeni e una scienza della mente che sia anti-riduzionista.

Da Freud al paradigma intersoggettivista

I concetti di transfert e controtransfert hanno visto dalla loro nascita - più di cento anni fa - ad oggi una profonda trasformazione. Sebbene Freud sia stato il primo ad enucleare questi due concetti in modo preciso, il valore terapeutico della relazione è concetto cardine già nei movimenti esoterici, nel magnetismo e nell'ipnotismo.

Per Freud il transfert era un fenomeno di scarica, che consisteva nello spostare la libido da immagini infantili ed inconscie al medico: la realtà attuale non aveva alcun ruolo nel determinare il fenomeno. Il compito dello psicoanalista era quello di utilizzare il transfert per riuscire a far comprendere al paziente la differenza fra oggetti nuovi e vecchi e l'inopportunità di questi affetti diretti alla figura terapeutica. Questo modello "monopersonale" della situazione psicoanalitica, insieme alla volontà di mantenere uno status di lucida neutralità, fecero sì che Freud sviluppò un atteggiamento quasi fobico nei confronti del controtransfert (Silvestroni, 2009), fenomeno responsabile di creare delle "macchie cieche", delle deformazioni che ostacolano il processo attraverso il quale si intende far luce sul mondo psichico del paziente. Anche gli autori della Psicologia dell'Io portarono avanti una visione che attribuiva all'analisi uno scopo conoscitivo e genetico, che consisteva nel portare il paziente ad



un insight di tipo cognitivo e nell'identificare la matrice infantile del transfert. Continua, di fatto, a non avere peso la relazione attuale, in quanto le pressioni istintuali si servono di qualunque oggetto disponibile.

Con la Klein assistiamo, invece, ad un cambiamento molto importante perché, sebbene ella ritenga di approfondire e ampliare quello che era stato formulato da Freud, a lei dobbiamo il passaggio da una concezione strutturale delle pulsioni ad una concezione strutturale delle relazioni d'oggetto. Anche se l'autrice considera ancora la situazione psicoanalitica un ambiente neutro, in cui l'analista deve rimanere un interprete obiettivo ed un mero strumento che sia in grado di attivare imago e fantasie per poterle poi analizzare, la sua posizione esprime una visione più interattiva della situazione psicoanalitica, ovvero una continua distribuzione di configurazioni sé-altro.

Il suo contributo sarà fondamentale per le teorizzazioni del modello delle relazioni oggettuali, fra i cui autori possiamo annoverare anche Balint, Winnicott e Fairbairn. Essi rifiutarono esplicitamente la teoria delle pulsioni, che vennero sostituite dagli affetti, non più solo spinte endogene ma relazionali, implicanti un oggetto ricettivo. Poiché l'eziologia dei disturbi psichici è fatta risalire a traumi ambientali precoci, il trattamento deve avere per questi autori finalità riparative che si esplicano non solo attraverso le interpretazioni (che possono in alcuni casi persino rivelarsi dannose) ma anche attraverso un'esperienza correttiva e reale fra paziente ed analista. Questi autori sottolineano la necessità di passare da una concezione monopersonale ed endopsichica della terapia ad una bipolare e duale. La relazione terapeutica inizia a configurarsi come ciò che Fairbairn definì «un genuino contatto emotivo». In realtà, saranno soprattutto gli autori kleiniani a scoprire il controtransfert, rivoluzionando, non solo la concezione della relazione psicoanalitica, ma la concezione della situazione psicoanalitica tout court, verso un modello sempre più relazionale, reciproco, multipersonale e intersoggettivo. Il sentire del terapeuta è ben più profondo e precoce di qualsiasi procedere attraverso l'intelletto e per questo il controtransfert si configura per

questi autori come un preziosissimo strumento diagnostico e terapeutico, fenomeno in grado di influenzare il transfert del paziente, «dal quale dipende la trasformazione della sua personalità e delle sue relazioni oggettuali».

Con Ogden si passa definitivamente ad una visione di transfert e controtransfert quali dinamiche che è impossibile separare perché risultato di una co-costruzione della coppia analitica. Questa terza soggettività che emerge viene chiamata dall'autore «terzo analitico intersoggettivo». Esso rappresenta un nuovo soggetto che è generato dagli scambi inconsci tra paziente e terapeuta.

La visione intersoggettivista si consolida con la Psicologia del Sé di Kohut che vede nel transfert non tanto delle forme difensive, quanto delle modalità di ricreare opportunità evolutive fondamentali e cioè una relazione oggetto-sè che nell'infanzia non era disponibile. Il terapeuta è chiamato ad immergersi nell'esperienza del paziente attraverso l'empatia. Gli sviluppi successivi alla Psicologia del Sé hanno sancito l'abbandono definitivo del concetto di transfert come distorsione e del controtransfert come fenomeno indipendente e pericoloso, per abbracciare definitivamente una visione complessa, in cui si intrecciano le individualità di paziente ed analista, le quali si manifestano in una nuova relazione reale. L'eredità della Psicologia del Sé verrà raccolta da interpersonalisti e social-costruttivisti.

Alla fine di questa breve panoramica è possibile identificare un filo rosso nell'evoluzione dei concetti di transfert e controtransfert, che è andato in direzione di una rivalutazione delle componenti non verbali della relazione terapeutica e verso la costruzione di una matrice interpersonale, in cui soggettività e oggettività condividono un campo più esteso di significati.

Il contributo delle neuroscienze

Il ricorso alle neuroscienze può aiutarci a chiarire i meccanismi neurali alla base delle osservazioni cliniche che hanno portato a queste evoluzioni teoriche. La scoperta di due sistemi distinti di memoria, quella esplicita e quella implicita, si è rivelata un importante punto di partenza. La prima, dichiarativa e autobiografica, è depositaria dei ricordi personali e del-



la propria identità. I contenuti della seconda, invece, non sono verbalizzabili né possono essere richiamati attraverso uno sforzo della coscienza. Secondo Mancina (2008), le funzioni di memoria e inconscio non possono essere separate. Al contrario memoria e inconscio hanno uno sviluppo costantemente parallelo nel corso della vita. La duplicità dei sistemi mnestici presuppone la presenza di un doppio sistema inconscio, così come di circuiti neurali differenti. L'amigdala, che processa le informazioni che saranno depositate nella memoria implicita, matura molto precocemente. Grazie ad essa le esperienze prenatali e intersoggettive precoci possono essere da subito conservate. Al contrario, la maturazione dell'ippocampo, da cui dipende il funzionamento della memoria esplicita, non avviene prima dei due anni. Ciò significa che prima di questo momento le esperienze conservate dalla memoria implicita non potranno neppure essere rimosse. Questo meccanismo è definito da Mancina «inconscio non rimosso». Queste scoperte hanno consentito di iniziare ad ipotizzare delle corrispondenze fra circuiti neurali e funzioni mentali inconsce, con interessanti risvolti applicativi in ambito clinico. Le dimensioni implicite e gli elementi pre-simbolici dell'inconscio non rimosso si manifestano nel sogno e nei simboli somatici, quelli simbolico-verbali nel transfert attraverso la narrazione. Secondo Mancina, una delle dimensioni della memoria implicita è la memoria emotiva ed affettiva, che si riferisce specificamente a tutte le esperienze emotive, ma anche alle difese e alle fantasie relative ai primi rapporti del bambino con il mondo. Il terapeuta non ha il solo scopo di decodificare una narrazione ma dovrà anche sviluppare una forma di rêverie per poter utilizzare in modo terapeutico anche gli aspetti paraverbali della comunicazione. Dato che la relazione terapeutica è in modo analogico collegata a quella primitiva madre-bambino e dato che la relazione con le figure di attaccamento primarie si inseriscono nella memoria implicita, in modo irrimovibile, analizzare la comunicazione del paziente, oltre che i sogni, dà la possibilità di risalire a queste precoci esperienze emozionali, anche se traumatiche. L'esperienza terapeutica proposta,

non è solo esperienza emozionale correttiva, ma tentativo di ricostruzione delle esperienze emozionali del paziente.

Fra le ricerche che hanno proseguito questo percorso verso un modello di corrispondenza fra l'oggettività biologica e la soggettività psicologica ricordiamo gli studi sui neuroni specchio.

A partire dagli anni '80 un gruppo di neuroscienziati dell'Università di Parma, guidato dal professor Gallese, ha scoperto un gruppo di neuroni nella corteccia premotoria del macaco che era in grado di scaricare, non solo quando l'animale eseguiva atti motori finalizzati, ma anche quando osservava passivamente azioni analoghe compiute da un suo simile o da un essere umano (Gallese et al 1996; Rizzolatti et al. 1996; Rizzolatti e Craighero 2004). Studi successivi hanno evidenziato che meccanismi analoghi si verificano quando l'interazione fra la mano dell'attore e l'oggetto non è pienamente visibile e dunque l'azione può solo essere inferita (Umiltà et al. 2001). L'inferenza a cui si fa riferimento non è un'inferenza logica ma il risultato di una simulazione motoria in cui, l'attivazione del programma motorio astratto è incarnata nel sistema nervoso centrale dell'osservatore. Un meccanismo analogo è presente nel cervello umano. Il semplice osservare delle azioni eseguite da un altro uomo provoca l'attivazione delle stesse regioni fronto-parietali implicate nell'esecuzione del movimento. L'osservazione delle azioni altrui attiva il sistema motorio dell'osservato secondo una corrispondenza che rispetta la mappa somatotopica dell'homunculus motorio (Rizzolatti e Craighero, 2004). Vi è una comprensione delle azioni altrui che si attiva specificamente quando ho la possibilità di risuonare dall'interno con l'azione osservata, quando posso appropriarmene perché ciò che vedo è parte del mio patrimonio esperienziale. Questo meccanismo è chiamato «simulazione incarnata». Un sentire dall'interno che non riguarda solo le azioni ma anche le intenzioni altrui, le espressioni linguistiche, fin'anche le sensazioni e le emozioni.

Ciò comporta che il meccanismo della simulazione incarnata rappresenti una modalità di funzionamento di base del sistema nervoso



centrale in relazione. Non vi è inferenza o introspezione. Il meccanismo è, anzi, automatico e pre-riflessivo e consiste in un "collassamento" delle intenzioni ed emozioni altrui nelle proprie. Ritroviamo alla base del funzionamento relazionale dell'uomo un meccanismo dalla natura pre-logica e pre-verbale, così come le prime esperienze corporee del bambino che formano per Mancina la memoria implicita. Il funzionamento dei neuroni a specchio conferma l'importanza di questa modalità pre-riflessiva e incarnata nella vita relazionale dell'uomo. Grazie a questo meccanismo è possibile comprendere gli stati mentali dell'altro attraverso la simulazione *embodied* di contenuti analoghi nella propria mente.

A questo punto potremmo identificare i neuroni specchio come i correlati sub-personali dell'intersoggettività e la simulazione incarnata come la capacità di creare dentro di sé delle rappresentazioni corporee di azioni, intenzioni o emozioni osservate nell'altro. In qualche modo "l'altro oggettuale" viene a configurarsi come "un altro sé stesso". La simulazione incarnata potrebbe costituire il substrato neurologico per importanti concetti psicoanalitici fra cui quelli di transfert e controtransfert, identificazione proiettiva ed empatia. La relazione terapeutica, come ogni altra azione, è luogo di scambio continuo, di sottili comunicazioni che attivano pattern neurali condivisi. Nello specifico della situazione terapeutica si ipotizza che la risposta del terapeuta sintonizzata al paziente, non solo lo faccia sentire in connessione, ma gli permetta anche di vedere i propri stati mentali e di vivere al tempo stesso un'esperienza di contenimento degli stessi. Secondo Fonagy (2002) ciò che avviene è che il paziente, non solo ha una nuova esperienza di sé, ma ha un'esperienza di sé nella mente dell'altro.

Queste ricerche neuroscientifiche ci aprono un campo di possibilità nel tentativo di dare fondamento o disconfermare le teorie metapsicologiche alla base della psicoterapia. In questo nuovo dialogo generativo vi è la possibilità di rivalutare il corpo come "carne del mondo", non solo punto di contatto fra sé e l'altro, ma parte di un complesso campo di significati. La natura *embodied* dell'intersogget-

tività, così come la possibilità delle esperienze di agire sulla regolazione genica e la possibilità della terapia di agire sui processi neurobiologici, rappresentano un punto di partenza, un passo verso la costruzione di una visione nuova della creature Uomo, che non si esaurisce certamente nella spiegazione del rapporto fra inconscio e circuiti neurali ma chiede invece di costellare un campo in cui il corpo sia indagato anche in relazione allo sviluppo filogenetico e nel suo essere in relazione con tutta la materia vivente.

Il contributo di Jung

L'elaborazione dei concetti di transfert e controtransfert in Jung è frutto di un lungo percorso di vaglio delle concezioni psicoanalitiche classiche. Jung si è occupato delle tematiche della relazione analitica in varie opere, fra cui *Psicologia del Transfert* (1962). In essa, commentando il detto alchimistico "*ars requirit totum hominem*", Jung descrive l'attività del terapeuta come un'esperienza totalizzante, che spinge a valicare limiti e confini personali. La terapia non è più concepita come una sola tecnica ma come un incontro dialettico e trasformativo. "*Ars requirit totum hominem*" stabilisce non solo il coinvolgimento personale del terapeuta nel processo terapeutico, ma altresì l'importanza del percorso individuale di ogni terapeuta: esso sta in relazione alla teoria e alla prassi terapeutica con nessi di coerenza. A questo punto la stanza di analisi assume un valore analogo al *vas hermeticum* degli alchimisti, luogo di trasformazione e crescita a partire dall'indifferenziazione del caos. In questo percorso di accompagnamento, il terapeuta è impegnato in modo totale. Scrive Jung in *Scopi della Psicoterapia* (1931): «Il terapeuta è in analisi tanto quanto il paziente essendo come lui un elemento del processo psichico della cura, è esposto alle stesse influenze trasformatrici». L'incontro tra paziente e terapeuta è analogo all'incontro tra due sostanze chimiche, un legame le modifica entrambe.

È evidente come Jung cerchi di opporsi ad una concezione impersonale della psicoterapia ed evidenzi la natura situata e relazionale della stessa, sebbene non sminuisca il valore della tecnica e quello conoscitivo della rela-



zione stessa. La terapia si configura come un processo in cui paziente e terapeuta devono concedersi l'uno all'altro, sforzandosi al contempo di mantenere la propria obiettività. Il terapeuta rinuncia alla neutralità e asetticità del setting, in favore di un coinvolgimento attivo nella trasformazione della psiche del paziente. In principi di psicoterapia pratica (1935) scrive: «Il medico deve uscire dalla sua anonimata e dar conto di sé, esattamente come esige dal suo paziente».

L'approccio all'analisi di questa tematica è euristico e fa riferimento al simbolismo alchemico che, a partire da immagini archetipiche, permette di approcciarsi alla tematica della *coniunctio oppositorum*, base di ogni combinazione alchemica e di ogni relazione umana, anche quella psicoterapeutica. In *Mysterium coniunctionis*, una delle ultime opere di Jung ormai ultraottantenne, la *coniunctio* viene presentata come il superamento dell'unilateralità della coscienza, risultato di un laborioso processo individuativo, ossia il superamento di polarità opposte. Durante il processo di analisi, si produce un confronto guidato fra conscio e inconscio che si avvale anche di rappresentazioni figurate dei sogni e delle fantasie spontanee. Lo scopo è quello di favorire un'acquisizione cosciente di questi contenuti per mezzo di un Io che li raccolga, armonizzi e sia in grado di attribuirgli un senso e uno scopo. Per la natura dialettica del processo dovremmo riferirci ad un campo affettivo in cui il terapeuta rappresenti una forza facente parte di una equazione, e la funzione trascendente un prodotto nuovo di questa dialettica fra le parti. Scrive in *La funzione trascendente*:

L'alternarsi degli argomenti e degli affetti rappresenta la funzione trascendente degli opposti. Il contrasto delle posizioni comporta una tensione carica di energia che produce qualcosa di vivo, un terzo elemento che non è affatto, secondo l'assioma *tertium non datur*, un aborto logico, ma è invece una progressione che nasce dalla sospensione dell'antitesi, una nascita viva che introduce un nuovo grado dell'essere, una nuova situazione.

L'individuazione che si intraprende in un

percorso di analisi «impone al soggetto un cammino d'integrazione delle forze psichiche evocate» (Frigoli, 2016). Occorre un Io sufficientemente forte da resistere ai tumulti di contenuti inconsci che irrompono. Di conseguenza, questo cammino va percorso in due. Scrive la Jacobi "il non voler considerare che sé stessi conduce facilmente ad albagia intellettuale, a sterili rimuginamenti e all'isolamento del proprio Io. L'uomo ha bisogno di qualcuno che gli stia di fronte, altrimenti il fondamento dell'esperienza che si appresta a vivere è troppo poco reale". Non si tratta solo di definire la matrice intersoggettiva della relazione terapeutica ma di un nuovo modo di intendere i confini fra paziente e terapeuta, fra dentro e fuori. Paziente e terapeuta partecipano ad un campo che Jung, in *I problemi della psicoterapia*, descrive così:

Nella cura si incontrano due fattori irrazionali, due persone che non sono entità circoscritte, ben definibili, ma che portano con sé, oltre alla loro coscienza più o meno chiaramente determinata, una sfera inconscia indefinitamente estesa.

La rêverie, gli eventi sincronici, così come i sogni possono essere considerati come l'espressione di questa permeabilità dei confini, come manifestazioni dell'esistenza di un campo comune di significati, sia personali che archetipici, che rimangono del tutto indipendenti dalla coscienza egoica degli individui coinvolti, in quanto manifestazioni dell'*Unus Mundus*, una rete informativa che potremmo definire la "rete del tutto".

Il Modello Ecobiopsicologico

Il modello ecobiopsicologico parte da una nuova *Weltanschauung* che vede corpo e mente non solo indissolubilmente legati fra loro, ma facenti parte di una rete informativa di significati più ampia all'interno della quale è possibile affrontare il discorso sul rapporto Uomo-Natura, costellando un campo di riflessione unitario. L'obiettivo di questa disciplina della complessità è quello di

porre in relazione i codici semeiologici delle



infinite forme del mondo vivente e i loro particolari linguaggi (aspetto ecologico) con gli analoghi linguaggi del corpo umano, che sedimenta in sé la filogenesi del mondo (aspetto biologico), per poi ritrovare tale relazione fra mondo e bios umani negli aspetti psicologici e culturali dello stesso, grazie ai miti, alla storia delle religioni e alle immagini collettive e dell'umanità (aspetto psicologico). (Frigoli, 2016)

In questo continuum mente-psiche si va delineando un universo olografico, ordinato e coerente in ogni sua parte. La Sorgente Informativa di questo campo è chiamata *campo akashico*. Indipendentemente dalle distanze, tutto è collegato da una matrice relazionale di informazioni, in cui materia e mente rappresentano aspetti complementari fra loro. Questa visione eredita la concezione Junghiana di *Unus Mundus* e la integra, non solo con le ricerche della fisica quantistica che evidenziano l'intreccio sincronico fra psiche e materia, ma anche con le moderne scoperte dell'epigenetica che sottolineano il ruolo dell'ambiente nell'espressività genica e con la nuova biologia che individua "reti informative all'interno di altre reti". Ciò determina un passaggio da una scienza che aveva la pretesa di essere obiettiva ad una scienza sistemico-complessa in cui diventa fondamentale considerare quale sia il metodo di indagine. Heisenberg (1961) affermava che «ciò che noi osserviamo in natura non è la natura in se stessa, ma la natura esposta ai nostri metodi di indagine». A questo proposito ci sembra importante sottolineare l'importanza del contributo di Heisenberg nel determinare, con la dimostrazione del principio di indeterminazione, una rivoluzione, non solo nel campo della fisica, ma anche nell'epistemologia e nella filosofia della scienza. Scrive nel 1930:

Anche se esiste un corpo di leggi matematiche esatte, queste non esprimono relazioni tra oggetti esistenti nello spazio-tempo; è vero che approssimativamente si può parlare di "onde" e "corpuscoli", ma le due descrizioni hanno la stessa validità. Per converso, la descrizione cinematica di un fenomeno necessita dell'os-

servazione diretta; ma poiché osservare significa interagire, ciò preclude la validità rigorosa del principio di causalità.

Se "osservare" significa sempre anche "interagire", ne deriva che sia infondata la pretesa della fisica classica (e a maggior ragione della psicologia) di spiegare la realtà secondo principi deterministici e di predicibilità. La scienza, dunque, si mostra, nel suo essere una *gnosi*, una conoscenza che implica un soggetto, non un accertamento del reale. Si verifica un passaggio dall'empirismo baconiano, che considerava i fatti osservati ed esperiti tramite i sensi scientificamente rilevanti, ad un'impostazione interazionista della scienza, che non può prescindere dal discorso sul metodo e non può trascurare l'interazione fra soggetto osservante e oggetto osservato.

Da ciò discende la necessità di includere lo studio del processo di conoscenza nella descrizione dei fenomeni naturali. Si configura un campo in cui appare opportuno considerare, non solo la storia psicologica dell'uomo, ma anche la sua storia biologica intesa come «quel sapere scientifico che si sta confrontando con le origini della vita» (Frigoli, 2016). Possiamo considerare l'evoluzione come l'auto-organizzazione della materia in sistemi sempre più complessi che regola sia l'evoluzione pre-biotica che quella sociale finanche la psiche collettiva. Questa direzione evolutiva, andando verso un ordine sempre più complesso, configura uno stato neghentropico. Il premio Nobel per la fisica Prigogine affermava che «all'equilibrio l'energia e la materia sono cieche, lontano dall'equilibrio cominciano a vedere» (1997). Come è possibile che la vita, non solo sopravviva al disordine, riesca altresì a mantenere intatta la propria organizzazione e sfrutti questo "caos" per creare ordine di nuovo livello? Per Morin a spiegazione di ciò deve esserci «una concezione che legghi strettamente ordine e disordine, cioè che faccia della vita un sistema di riorganizzazione permanente fondato sulla logica della complessità» (1994). L'aumento di neghentropia dunque, crea un'instabilità che porta ad un punto di rottura, una crisi, che viene superata attraverso una riorganizzazione del sistema verso

un ordine che ha accresciuto la sua complessità. Questo principio si ritrova in modo coerente sia a livello molecolare che nei grandi sistemi sociali.

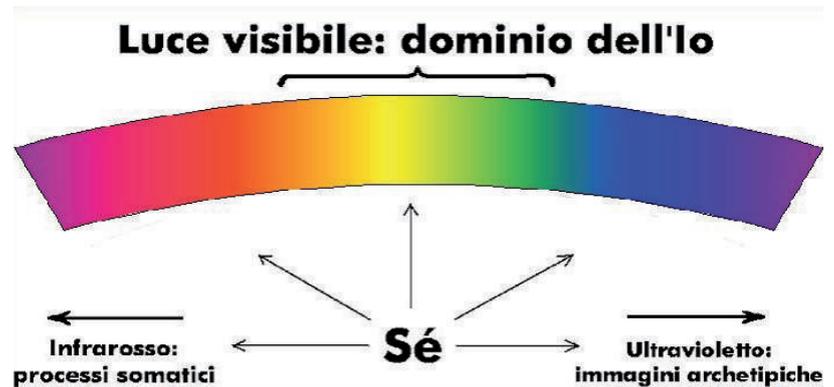
Delineato questo campo complesso ci si chiede come il modello si declini nel contesto di una psicoterapia di stampo ecobiopsicologico e nelle concettualizzazioni delle tematiche di transfert e controtransfert, e in che cosa consistano concretamente questi metodi terapeutici, considerando che i risultati che ci arrivano dagli studi sull'efficacia della psicoterapia indicano che ogni forma di psicoterapia presenta la stessa percentuale di risultati positivi. La natura di questi risultati induce a pensare che sia il grado di sintonizzazione fra paziente e terapeuta a determinare i risultati positivi, più di qualsiasi tecnica o orientamento teorico. Ma se le dinamiche inconscie del paziente si basano su emozioni primarie e pre-riflessive che provengono dall'inconscio personale e collettivo, compito del terapeuta è quello di dare forma con parole ed immagini a questi contenuti inconsci. Il terapeuta ecobiopsicologico proponendosi di

[...] accedere attraverso analogie vitali alle elaborazioni delle immagini e dei significati da esse assunte nei confronti delle sensazioni ed emozioni corporee di base, consente di intervenire in modo mirato a modulare i nessi associativi inconsci responsabili nei pazienti dei modelli disfunzionali interpersonali basati sull'alterato legame fra affetto e rappresentazione. (Frigoli, 2007).

Perché avvenga una modulazione di questi legami si sottolinea l'importanza di fornire un'esperienza emozionale correttiva che, attraverso la risonanza empatica, possa riparare le frustrazioni primarie. Questo concetto è comune ad altri tipi di terapie dinamiche; l'aspetto che distingue l'approccio ecobiopsicologico risiede nell'essere il terapeuta "un testimone dell'epistemologia della Vita", vale a dire nell'accompagnare il paziente, attraverso un percorso nell'immaginario, verso la riscoperta

delle connessioni fra materia e psiche, Natura e Uomo, filogenesi e ontogenesi.

Nel modello ecobiopsicologico, ecco che anche il transfert ed il controtransfert sono ben più del riflesso nella psicoterapia della storia individuale del paziente: rappresentano, invece, un "vero e proprio romanzo" in cui si scoprono le connessioni fra la materia dell'anima, del corpo, del mondo, della natura e dell'inconscio, sia esso individuale o collettivo. La realtà che unifica la dimensione individuale e collettiva, così come quella psichica e fisica, è l'archetipo, il quale è ordinatore non solo delle immagini psichiche ma altresì degli eventi corporei. Il modello archetipico junghiano è recuperato con il preciso intento di sottolineare l'importanza dell'influenza dell'archetipo sui fatti della materia e non solo della psiche. Ci sembra utile riferirci all'archetipo del luminoso. L'immagine è usata come modello di



pensiero per rappresentare il continuum psiche-materia. Al polo ultravioletto si trovano le immagini e le rappresentazioni psichiche più elevate, a quello infrarosso i processi psichici si traducono in processi somatici. Da un polo all'altro si passa per la banda del visibile che corrisponde al dominio dell'Io, definito come "realtà della coscienza egoica capace di cogliere solo gli aspetti particolari della totipotenzialità energetica dell'archetipo". Questo modello, in linea con le recenti scoperte delle scienze, recupera gli aspetti della materia che erano stati trascurati da Jung. La materia, vista come facente parte di una totalità in continuità con la psiche e il Sé, rappresenta l'aspetto centrale dell'unità psicosomatica. In questo modo l'archetipo è visto come ordinatore an-



che dei processi somatici e materiali. L'individuazione si configurerà come il processo che consente di valicare i confini dell'lo per trovare le corrispondenze fra gli aspetti somatici dell'infrarosso e le immagini sul versante ultravioletto. Il processo di individuazione consiste nella «graduale sublimazione degli istinti e nella corporizzazione dello spirito, che attraverso un continuo solve et coagula, avrà come meta una coscienza stabilmente riposante nel centro della dimensione archetipica» (Frigoli, 2016).

Per recuperare la corrispondenza fra gli aspetti materiali, i processi somatici, le immagini dell'ultravioletto e i processi psichici si ricorre all'analogia vitale. In generale, l'analogia esprime una proporzione fra due fenomeni, una corrispondenza. Nello specifico l'analogia vitale rappresenta quella proporzione naturale attraverso la quale l'archetipo si è manifestato sul piano dell'infrarosso e dell'ultravioletto. L'analogia ha funzionalità

- euristica, permette cioè di pensare per ipotesi
- sintetica nella misura in cui permette di unire parti divergenti
- evocativa, poiché permette di sospendere il giudizio e di promuovere la creatività.

In questa visione il corpo, non è più visto come antitetico alla psiche, ma anzi si configura come uno spazio vitale e simbolico che riflette, oltre al funzionamento della psiche individuale, anche le funzioni filogenetiche.

In questo rapporto le immagini hanno una funzione centrale. La parcellizzazione del sapere insieme ad una sempre crescente tendenza ad un approccio psicoterapeutico che pone il primato della razionalità porta con sé il rischio di non considerare l'immaginazione come un aspetto centrale in grado di condensare «il realismo della materia e la sottigliezza della psiche» (Frigoli, 2016). Bachelard si riferisce, anzi, all'immaginazione in quanto funzione dell'irreale che si oppone all'inevitabilità del reale.

Se, come abbiamo visto, le emozioni incarnate nel corpo che costituiscono la memoria implicita, o inconscio non rimosso, definiscono l'adattamento all'ambiente, l'immaginazione è lo strumento che ha accesso a questa parte

inconscia ma consente al contempo di rimanere agganciati con la parte cosciente dell'immagine. Da questo stadio pre-locutorio è poi possibile passare alla parola. L'immagine a cui ci si riferisce è l'immagine immaginata, quella che Bachelard definisce «sublimazione degli archetipi piuttosto che una riproduzione della realtà». Le immagini, così come i sogni e tutto il materiale simbolico rappresentano nell'approccio ecobiopsicologico la possibilità di ritrovare la radice archetipica anche nel mondo della materia. Il paziente si configura come un sistema autopoietico in quanto parte della rete della Vita. Sebbene egli sia chiuso sul piano dell'organizzazione è aperto, invece, sul piano dell'informazione. Assume una grande importanza il valore del setting come un "contenitore elastico, in cui costante è la ricerca dei correlati fisici dell'immaginario psicologico". A questo punto è chiaro che non si intende riferirsi ad uno standard teorico fisso, ma piuttosto ad un'integrazione fra i vari modelli psicodinamici per privilegiare la libertà di osservazione del paziente.

La relazione fra paziente e terapeuta si configura come caratterizzata dalle regole relazionali informate dall'archetipo, dunque anche l'incontro terapeutico rappresenta in ultima istanza un'apertura alla dimensione vitale. Si configura quella che Frigoli definisce una «dilatazione organizzata» e cioè un'apertura agli aspetti fisici, psichici, interpersonali, dilatazione che riguarda anche le coordinate spazio temporali. In questa dinamica di mutua regolazione si formano immagini ed emozioni che danno luogo ad un'esperienza analogico-simbolica totalizzante. La totalità dell'esperienza ha come presupposto l'attenzione alle dimensioni corporee come complementari al disagio psichico. Infatti, la terapia ecobiopsicologica «recuperando la fisicità del corpo accanto al tema dello psichico, si apre concretamente all'esperienza dell'archetipo e delle sue influenze nel corso dell'esistenza» (Frigoli, 2016).

Le dinamiche di transfert e controtransfert vanno dunque inquadrare nel loro manifestarsi in un campo che non è solo un luogo fisico e psicologico, non è solo il campo bipersonale dei Baranger, ma è un campo analogico e



simbolico, in cui risulta centrale la dimensione delle corrispondenze. Scrive Frigoli:

Accade che in un paziente le emozioni della sua condizione di disagio verranno poste in relazione non solo al significato da esse svolto nel loro momento attuale, ma anche al campo dei ricordi, della storia personale, delle esperienze corporee, delle scelte esistenziali, del luogo di nascita, della cultura, delle tradizioni ecc., allo scopo di delineare i fasci di tendenze archetipiche operanti da sempre, anche se in modo inconsapevole, in quella individualità (Frigoli 2016).

Riscoprire queste connessioni significa per il paziente sperimentare una trasformazione frutto dell'esperienza diretta del ruolo del Sé. La ricerca congiunta del Sé del paziente fa risuonare profondamente il Sé del terapeuta. Il campo relazione che va così a dispiegarsi, prima ancora di esserci, esiste nei Sé di paziente e terapeuta come potenzialità organizzativa «che ogni volta che si concretizza nell'immediatezza della terapia conferisce ad essa una propria dimensione intrinseca, dettata dalla capacità informativa del Sé in azione». Frigoli descrive l'incontro terapeutico come la possibilità della nube di potenzialità definite dal Sé del paziente di prendere forma. Attraverso il percorso terapeutico il paziente è accompagnato alla scoperta del legame coerente che c'è fra le emozioni, le fantasie, i ricordi, i sogni, le malattie del corpo e le tappe esistenziali che rappresentano il divenire del complesso dell'io sotto la spinta del Sé. La malattia quindi può essere riconcettualizzata come squilibrio informativo tra il campo archetipico del Sé e le sue potenzialità trasformative nei confronti dell'io.

La terapia ecobiopsicologica, ricercando l'accordo fra gli aspetti infrarossi e i contenuti dell'ultravioletto, permette di far emergere un immaginario che sia prodotto dell'elaborazione razionale dell'emisfero sinistro e del sentire sintetico proprio dell'emisfero di destra. Ne consegue che anche gli aspetti transferali e controtransferali arricchiscono il campo di elementi che possono essere utili, in direzione di un'amplificazione che renda

conto della complessità del campo e dell'appartenenza del paziente a questa totalità. Questa attitudine terapeutica ad una lettura olografica della realtà del paziente spinge a considerare transfert e controtransfert, così come tutti gli elementi della storia attuale e passata del paziente e le malattie del corpo, come dei preziosi indizi che non solo narrano, in senso retrospettivo, la storia e le ferite del paziente, ma anche ci dicono, in senso prospettico, della domanda e della progettualità profonda del paziente. Non si tratta, dunque, di una sola comprensione razionale di questi contenuti ma di un'esperienza nuova che da una parte consiste in una riparazione e dall'altra possiede delle potenzialità trasformative e individuative.

Bibliografia

- Bachelard, G. (1972). *La poetica della rêverie*. Bari: Dedalo Libri
- Fairbairn, W.R.D. (1940). *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Bollati Boringhieri
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Milano: Cortina
- Frigoli, D. (2007). *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica*. Roma: Armando editore
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'Anima*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'Anima - Fondamenti di Ecobiopsicologia*. Roma: Magi
- Gallese, V. (2001). *The 'shared manifold' hypothesis. From mirror neurons to empathy*. *Journal of Consciousness Studies*, 8, No. 5-7, 33-50
- Gallese, V., Fadiga L., Fogassi L., Rizzolatti G., (1996). *Action recognition in the premotor cortex*. *Brain*, 119, 593-609
- Gallese, V., Migone, P., Morris, Eagles N. (2006). *La simulazione incarnata: i neuroni specchio - Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580
- Jacobi, J. (1939). *La psicologia di C.G. Jung*. Torino: Bollati Boringhieri



- Jung, C. G. (1930). *Alcuni Aspetti della Psicoterapia Moderna*. In *Opere*, vol XVI. Torino: Bollati Boringhieri
- (1931) *Scopi della Psicoterapia*. In *Opere*, vol XVI. Torino: Bollati Boringhieri
- (1935) *Principi di Psicoterapia Pratica*. In *Opere*, vol XVI. Torino: Bollati Boringhieri
- (1955-56) *Mysterium Coniunctionis*. In *Opere*, vol XIV. Torino: Bollati Boringhieri
- (1957-1958), *La funzione trascendente*. In *Opere*, vol VIII. Torino: Bollati Boringhieri
- Kohut, H. (1984). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri
- Mancia, M. (2008). *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Milano: Springer Verlag
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani
- Ogden, T. (1991) (1994). *Identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Roma: Astrolabio 1994.
- Rizzolatti, G., Craighero, L. (2004). *The mirror neuron system*. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996). *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141
- Silvestroni, N. (2009). *Transfert e controtransfert. Modelli in evoluzione*. Roma: Alpes Italia
- Umiltà, M.A., Kohler, E., Gallese, V., Fogassi, L., Fadiga, L., Keysers, C., Rizzolatti, G. (2001). *I know what you are doing: a neurophysiological study*. *Neuron*, 32, 91-101

LETTURE ECOBIOPSICOLOGICHE

CREATIVITÀ

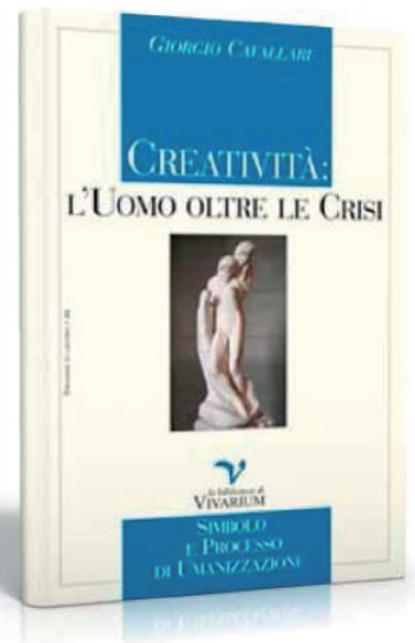
DI GIORGIO CAVALLARI

VIVARIUM

L'UOMO OLTRE LA CRISI

Quale legame esiste fra il tema della creatività umana e quello che definiremo "processo di umanizzazione"? Umanizzare vuol dire fare emergere quella particolare miscela di passioni, di sollecitudini, di curiosità, di coraggio non privo di paura, di capacità di prendersi cura di se stessi e degli altri, di costruire e di smontare rapporti, oggetti e progetti che rendono tale l'uomo, e meritevole di essere vissuta la vita umana. Scrivere sulla creatività in un periodo che è dominato dalla 'crisi' significa sostenere che in un periodo di gravi difficoltà essere creativi non è una possibilità, ma una necessità. Non si tratta di un discorso consolatorio, ma di un atteggiamento intellettuale alla cui base sta una concezione precisa: crisi può volere dire anche apertura a nuove, e fino ad oggi non pensate, prospettive. La 'crisi' entra negli studi degli psicoterapeuti come fenomeno collettivo che si declina nell'esperienza personale dei singoli casi, ma che sempre di più si colora di elementi sovra individuali: instabilità, precarietà, perdita di sicurezze che si ritenevano acquisite, rarefazione di certezze e di punti di riferimento rassicuranti.

GIORGIO CAVALLARI, Analista del Centro Italiano di Psicologia Analitica e dell'International Association for Analytical Psychology. Docente presso il CIPA nella scuola di specializzazione in psicoterapia. Socio fondatore e direttore scientifico di Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia, docente presso la scuola di specializzazione in psicoterapia. Docente presso la Scuola di Psicoterapia SPP - Età Evolutiva. Presso la biblioteca di Vivarium ha già pubblicato, nel 2001, *L'uomo post-patriarcale: verso una nuova identità maschile*; nel 2005, *Dal Sé al soggetto*. Ha pubblicato, inoltre, *La psicosomatica, il significato e il senso della malattia*, con D. Frigoli e D. Ottolenghi e *La forma, l'immaginario e l'uno*, con D. Frigoli, D. Ottolenghi e E. Tortorici. Ha contribuito inoltre ai volumi collettanei *Intelligenza analogica*, oltre il mito della ragione e *Jung Today*.



Giorgio Cavallari
CREATIVITÀ
Vivarium, 2013

LA FISICA DELL'ANIMA

DI DIEGO FRIGOLI

GRUPPO PERSIANI EDITORE

Le recenti acquisizioni della fisica quantistica, con il concetto di *entanglement*, secondo il quale un unico meccanismo fisico-sincronico sembra unire tra loro tutti i fenomeni, dalle particelle elementari della materia alla coscienza, rendendoli partecipi di una sola realtà olografica, stanno aprendo un nuovo approccio di studio alla coscienza, con effetti sconvolgenti per quanto riguarda la pratica della psicoterapia e della medicina. L'approccio ecobiopsicologico all'idea che i fenomeni mentali abbiano un'origine extra cerebrale pone al centro della propria riflessione il metodo analogico-simbolico, il solo strumento conoscitivo in grado di riunire la mente e il corpo dell'uomo, con la sua cultura, la società stessa e la natura. L'esperienza delle immagini così evocate, apre una prospettiva concreta e fruibile a tutti i livelli della dimensione umana, permettendo nel campo psicoterapico di trasformare l'approccio e la cura del paziente nella direzione olistica dell'individuazione.

DIEGO FRIGOLI, psichiatra e psicoterapeuta, è Presidente dell'Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia e Direttore della Scuola di Specializzazione in psicoterapia Istituto Aneb. Autore e coautore di numerosi libri: *Verso la concezione di un Sé psicosomatico* (1980), *Le metamorfosi della coscienza* (1985), *Il codice psicosomatico del vivente* (1987), *Per un'ecologia della medicina* (1990), *La Forma, l'Immaginario e l'Uno - Saggi sull'analogia e il simbolismo* (1993), *Il Corpo e l'Anima: itinerari del simbolo - Introduzione all'Ecobiopsicologia* (1999), *Ecobiopsicologia - Psicosomatica della complessità* (2004), *Intelligenza analogica* (2005), *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica* (2007), *Quaderni Asolani* (2011-2012)



Diego Frigoli
LA FISICA DELL'ANIMA
Paolo Emilio Persiani, 2013



ANNA. DALL'ASMA BRONCHIALE ALLA PATOLOGIA TIROIDEA

«Come vede, caro dottore, capitano tutte a me le cose più brutte...». Mentre pronunciava tali parole tra l'ironico e il rassegnato, Anna mi porse un foglio spiegazzato con la diagnosi della sua biopsia tiroidea: adenocarcinoma papillifero. Conoscevo Anna da molti anni e sapevo che quando assumeva quell'atteggiamento vagamente dimesso e venato da un'ironia malinconica, come se un destino crudele l'avesse messa al mondo per soffrire, in realtà si stava difendendo dalle sue vere emozioni, fatte di slanci mai manifestati e di angosce sempre soffocate.

Di professione insegnante elementare, in passato Anna si era rivolta a me in occasione di un'impressionante crisi asmatica per la quale era stata ricoverata in un reparto di medicina interna; dimessa dall'ospedale le era stato consigliato di mettersi in contatto con uno psicoterapeuta, perché alcuni suoi tratti di comportamento denotavano uno stato di profonda tensione emotiva, da lei scarsamente controllata. Ricordo ancora la prima volta che la vidi: la sua figura esile seduta rigidamente sulla poltrona, impaurita dal doversi confidare e con un ambiguo sorriso di convenienza e di rispetto che contrastava visibilmente con la sua volontà inconscia di lasciarsi andare alle emozioni. Infatti, nervosamente stropicciava un fazzoletto fra le mani, ma se inavvertitamente il mio sguardo vi si posava, allora Anna, quasi automaticamente lo ricomponeva in un atteggiamento molto ordinato, come se temesse per un attimo di essersi troppo scoperta. La sua educazione era stata molto autoritaria e bigotta. Suo padre, uomo violento e di temperamento sanguigno, era vissuto dalla sua famiglia come una costante minaccia, soprattutto quando esplodeva in crisi di violenza aggressiva verso i congiunti a causa della sua ubriachezza cronica, mentre

la madre, donna fredda e molto controllata, si era sempre rivelata troppo poco protettiva e rassicurante. Anna aveva anche un fratello di qualche anno minore che lei accudiva come un figlio, dedicandogli tutto l'affetto di cui era capace senza però riaverne in cambio null'altro che una piccola parte. L'unica figura da lei vissuta come positiva era la vecchia nonna materna, considerata da Anna la vera madre, perché era stata appunto la sola figura femminile presente nella sua infanzia che l'aveva aiutata nei momenti di solitudine a scoprire tutte quelle piccole novità della vita, così apparentemente superficiali per gli adulti, ma tuttavia importantissime per permettere ai figli di sentirsi amati e quindi rassicurati.

«... Mia mamma era sempre via per lavoro o per altro, e solo mia nonna giocava con me, faceva i vestitini per le mie bambole, veniva a scuola ad accompagnarmi», così si esprimeva Anna, raccontandomi la sua infanzia dolente. Tuttavia al di là del dolore palpabile che avvertivo dietro le sue parole, Anna si sforzava di mantenere un atteggiamento molto controllato, come se stesse raccontando le vicende di un'amica anziché le proprie.

Quando in quei primi colloqui le chiesi se il suo stato emotivo così variabile avesse potuto in qualche maniera interferire con le sue crisi asmatiche, Anna si affrettò a rispondere che non trovava alcuna relazione sostanziale tra il suo mondo affettivo e i disturbi corporei, anzi ci tenne a precisare che era venuta da me «solo per curiosità e per rispetto verso i medici internisti che, avendola curata tanto bene, meritavano una sua attenzione ai loro consigli...». La risposta aggressiva e difensiva fornita da Anna con queste parole mi indusse a pensare che fosse particolarmente difesa nei confronti del suo dolore infantile e pur rispettando le sue difese, non esitai a comunicarle apertamente il vantaggio terapeutico che ne avrebbe



ricavato sottoponendosi a una psicoterapia. Anna preferì rispondermi con un incerto «vedremo», come se la scelta di iniziare una psicoterapia fosse un premio da concedere allo psicoterapeuta, piuttosto che una sua necessità.

Una strana telefonata

Per quasi due anni non ne seppi più nulla, finché un giorno ricevetti una strana telefonata in cui mi comunicava il desiderio di vedermi urgentemente perché erano successi alcuni fatti importanti che voleva raccontarmi. Quando la vidi nuovamente non era affatto cambiata: sempre piuttosto rigida nel comportamento, appariva tuttavia vistosamente dimagrita. Le chiesi che cosa fosse successo e mi rispose che circa un anno prima era morta sua madre per un improvviso infarto cardiaco. Da allora aveva cominciato a sentirsi progressivamente peggio, sempre debole, sempre stanca, con improvvise palpitazioni cardiache, tremori, sudorazioni, sino a che le fu diagnosticato un ipertiroidismo da stress. Con curiosità, in una modalità indifferente Anna mi segnalò che da quando aveva cominciato ad ammalarsi di ipertiroidismo, le crisi asmatiche erano cessate completamente e questo fatto rappresentava a suo dire la prova palpabile di «come le malattie si presentano a caso e se ne vanno pure a caso...». Questa sua affermazione costituiva un nuovo segnale di paura nei confronti del mio ruolo, ma contemporaneamente stava a significare la sua apertura emotiva verso le problematiche inconse che cominciavano ad affacciarsi. Anzi fu lei stessa, di fronte al mio silenzio, a propormi di incontrarci per parlare dei suoi problemi senza però che tutto questo significasse una psicoterapia effettiva, ma solo degli “incontri”. Rividi Anna ancora per quattro volte, ma ciò fu sufficiente per delineare il suo quadro psicologico, sino a quel momento ancora frammentario.

Emerse dai nostri incontri, una personalità con tratti di dipendenza (Gabbard, 2007) da lei negati con un atteggiamento molto controllato e a tratti velatamente aggressivo. Ricordò che da bambina la nonna, pur essendole vicina più della madre, le aveva impartito un'educazione piuttosto rigida, dominata da forti sensi di colpa.

Una delle frasi più ricorrenti era questa: «Una brava bambina non deve mai avere pensieri cattivi, e se li ha deve subito chiedere scusa a Gesù», oppure, «Devi fare la comunione tutte le domeniche per rendere la mamma e il papà più sereni». Anna era dunque cresciuta in questo clima di vuoto affettivo dominato da una rigida concezione superegoica, per cui le proprie emozioni o venivano spente dalla radice o erano offerte ritualmente come espiazione e sacrificio per la virtù dei genitori. Dal suo racconto emergeva un quadro molto drammatico di un'esistenza con forti tratti di dipendenza, inespressi o negati, e con un atteggiamento esteriore controllato e rigido, tale da determinare l'effetto di una personalità solida solo in apparenza.

In effetti Anna era stata sì capace di laurearsi in lettere e di insegnare, ma solo perché questi compiti non erano in contrasto con la sua visione superegoica della vita; obbedendo al super-lo tirannico che dominava la sua psiche e che l'aveva spinta a impegnarsi negli studi e nella carriera scolastica, Anna era stata capace di conquistarsi un po' di rispetto e di amore dal mondo esterno, vissuto tuttavia proiettivamente come una sorta di madre crudele che per concederle un po' d'amore doveva prima esigere il sacrificio dei suoi desideri e dei suoi piaceri. In lei rimanevano inespressi desideri e bisogni mai realizzati, tanto che la vita affettiva era sempre stata poverissima. Mi confessò che a ventisei anni, non aveva ancora avuto un rapporto sessuale o una relazione intima con un ragazzo, anzi i pochi che l'avevano avvicinata le procuravano una tale repulsione fisica da spingerla a evitarli sino a dimenticare la loro esistenza (Zoja, 2001).

Una strana lettera

Dopo qualche seduta in cui aveva cominciato ad aprirsi sui suoi problemi, forse perché spaventata dall'abisso di paura che aveva intuito dentro il suo animo, Anna decise di interrompere il rapporto con me servendosi di un espediente molto ambiguo. Mi inviò una lettera in cui sostanzialmente diceva che non vedeva l'utilità di continuare i nostri colloqui, ma contemporaneamente anche un sogno



con la richiesta di interpretarlo. Nella lettera mi scriveva che «un passato non si cambia mai soprattutto per le persone destinate a soffrire». La sua sofferenza non ero certo io a «poterla spegnere e forse nessun altro perché solo soffrendo per gli altri si può essere amati...». Più interessante di queste tragiche parole che ribadivano ancora una volta il suo profondo bisogno di affetto, frustrato al punto da poterselo concedere solo al prezzo del proprio sacrificio, era il sogno la cui testimonianza mi indicava la sua volontà inconscia di voler ancora partecipare alla terapia. Il sogno, fatto la notte prima di prendere la decisione di interrompere la terapia era il seguente: «Mi trovavo in una stanza semibuia di una casa che sembrava un capanno al mare, con finestre senza vetri. Fuori il mare era minaccioso e cupo e tutto il cielo era di un colore livido come se si stesse avvicinando un temporale... Soffiava un vento caldo come del deserto che faceva entrare dalle finestre la sabbia e mi soffocava proprio come quando ero in preda alle crisi asmatiche. Non sapevo come fare e non riuscivo a trovare un angolo tranquillo. A un tratto ebbi un'ispirazione, mi accoccolai per terra come un neonato, chinai il capo sul mio torace e in quella posizione fetale sentii che la mia fame d'aria diminuiva sino a sparire. Anche il vento gradualmente cessava e non era più fastidioso. Mi sentivo tranquilla tanto che non mi sarei più alzata da quella posizione. Osai guardare fuori e vidi che sulla spiaggia brillavano alcuni raggi di sole mentre il mare si era fatto più cupo e minaccioso. Era uno strano contrasto di luce e di ombra che mi impaurì così tanto da svegliarmi di soprassalto».

Le angosce di Anna erano evidenti: il suo povero lo veniva oniricamente raffigurato come un capanno che non offre alcuna protezione, mentre il mare agitato e minaccioso stava a simboleggiare l'invasività potenziale della madre cruenta e anaffettiva. Il vento caldo rappresentava il suo bisogno affettivo di una figura materna amorevole, ma purtroppo il modello che veniva offerto ad Anna era solo quello di una madre distruttiva, per cui la metafora del vento anziché diventare per lei carezzevole e protettiva si trasformava in

furia aggressiva come appunto un "vento del deserto". Con questo sogno Anna mi aveva messo di fronte alla sua paura di incontrare l'abisso di disperazione della sua vita e pur staccandosi da me, sembrava quasi avesse voluto lasciarmi un ultimo messaggio da comprendere e conservare nell'eventualità di un suo nuovo ritorno (Mc Williams, 2002).

A un tratto mi ricordai delle parole in cui mi faceva notare con curiosità come dopo la morte della madre fosse stata colta da uno shock ipertiroideo, in corrispondenza del quale erano cessate le crisi asmatiche. Immediatamente notai il rapporto simbolico che esisteva tra il sogno e la cessazione delle crisi asmatiche. Se l'asma bronchiale, come vuole la psicosomatica, rappresenta una modalità inconscia di unione con la madre, e secondo alcuni di ritorno allo stato intrauterino in cui la respirazione indipendente non è ancora stata sperimentata, perché il bambino vive solo un'esistenza acquatica (ecco il perché di molte crisi di soffocamento presenti negli asmatici), si può ben comprendere come Anna nel sogno, di fronte al soffocamento del vento carico di sabbia, avesse sentito l'impulso di raccogliersi in posizione fetale, mimando una regressione in grado di permetterle la sopravvivenza. Nella ricerca di questa posizione Anna ritrovava quel poco di amore (amore biologico sperimentato come feto!) capace di garantirle la futura identità (Haynal, Pasini, 1982).

Ma perché nel sogno l'assunzione della posizione fetale era la sola condizione necessaria ad Anna per la sua tranquillità? Molti psicoanalisti si limitano a studiare tale posizione solo in relazione al suo valore regressivo, nessuno sottolinea come in questo atteggiamento corporeo, con il mento chinato sul torace, si abbia anche una stimolazione meccanica della tiroide.

L'ineluttabilità di un destino

Infatti, nello Hatha yoga esiste un asana chiamata Jalandhara bandha in cui il mento deve essere appoggiato sul petto chiudendo il reticolo di arterie sul collo e comprimendo la tiroide, allo scopo di determinare una ritenzione prolungata del respiro e di favorire



Caspar David Friedrich, Viandante sul mare di nebbia, 1818

con ciò uno stato meditativo quieto e rilassato (Eliade, 1972). Anna inconsciamente nel sogno veniva chiamata ad attuare questa manovra: il vento caldo e sabbioso (il vissuto distruttivo della madre) cessava solo quando poteva regredire a una condizione endouterina, tale da permetterle di respirare quasi in modo amniotico con le cellule piuttosto che con i polmoni. Dalla fisiologia peraltro è noto che la tiroide è responsabile del metabolismo ossidoriduttivo delle cellule, cioè della loro respirazione, tanto che alcuni hanno indicato la funzione respiratoria della tiroide relativa alle cellule come analoga a quella dei polmoni per l'organismo; Anna pertanto anche se inconsapevolmente aveva spostato la sua difficoltà relazionale con la madre dal piano simbolico dell'asma bronchiale a quello dell'ipertiroidismo, senza tuttavia aver risolto il legame con essa, in quanto la presenza di una conflittualità aerea stava a testimoniare

il suo bisogno inconscio di amore materno negato.

È noto dalla psicoanalisi che l'aria sul piano simbolico rappresenta un legame invisibile, attraverso il respiro, con la Grande Madre, tanto che alcuni hanno definito l'aria come il "latte dell'universo" (Resnik, 1976), perché è attraverso di essa che alimentiamo con la respirazione il nostro corpo. Ora Anna, con la morte della madre reale, ovvero di colei che l'aveva messa al mondo, aveva visto realizzarsi concretamente i vissuti inconsci di abbandono subiti da bambina e non potendo sopportarli era stata costretta a regredire a una fase cellulare, in cui l'antico bisogno di nutrimento respiratorio veniva vicariato dalla stimolazione tiroidea. In altre parole, la tiroide per le cellule di Anna stava a rappresentare la madre amorevole, proprio come la madre reale lo era per il suo

organismo asmatico. Ma che cosa sarebbe successo ad Anna se ulteriori conflitti emotivi l'avessero spinta a regredire ulteriormente? A questa domanda in quei giorni non sapevo rispondere ma è certo che il rifiuto di Anna a proseguire la terapia, pur estremamente deciso, era stato da me vissuto come molto pericoloso.

Oggi avevo davanti a me la risposta al quesito: con il tumore Anna aveva attuato una ulteriore regressione, probabilmente perché la tiroide-madre si era dimostrata incapace di controllare le sue richieste affettive che esplosevano in un'anarchia di bisogni irrisolti. Chiesi così ad Anna che cosa le fosse successo dal nostro ultimo incontro e con un sorriso rassegnato mi rispose: «Dottore, che cosa vuole che mi sia successo se non la morte di mia nonna?». Dunque anche la madre della madre era morta e l'organismo di Anna celebrava il



dolore di questo lutto con una regressione ancora più accentuata, quella tumorale. Non so perché ripensai al sogno e alla sua conclusione: quel mare terribile incombente e minaccioso nonostante i raggi di sole che illuminavano la spiaggia, quel contrasto tra luce e ombra mi davano l'impressione di un ineluttabile destino favorito da forze in gioco tra loro troppo contrastanti. Chiesi ad Anna se potevamo riprendere i nostri incontri ma ancora una volta rifiutò il mio aiuto, lasciandomi la sensazione penosa di aver voluto vedermi un'ultima volta, quasi per un'esigenza di sottolineare l'ineluttabilità di un'eredità psicosomatica. Forse era in me la madre sostitutiva che ricercava? Non lo saprò mai. A distanza di un anno, la paziente ha ripreso a insegnare e, per quanto ne so, è seguita da colleghi oncologi.

Bibliografia

- Biava, P.M., Frigoli, D., Lázsló, E. (2014). *Dal segno al simbolo*. Bologna: Persiani
- Eliade, M. (1972). *Tecniche dello yoga*. Torino: Boringhieri
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Magi
- Frigoli, D. (2017). *L'alchimia dell'anima*. Roma: Magi
- Gabbard, G.O. (2007). *Psichiatria psicodinamica*. Milano: Raffaello Cortina
- Haynal, A., Pasini, W. (1982). *Medicina Psicosomatica*. Milano: Masson Italia
- Mc Williams, N. (2002). *Il caso clinico. Dal colloquio alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina
- Resnik, S. (1976). *Persona e Psicosi*. Torino: Einaudi
- Zoja, L. (2001). *Coltivare l'anima*. Bergamo: Moretti & Vitali

AUTORI: **Mara Breno** - Psicologa, Psicosomatista, Psicoterapeuta, Docente e Tutor presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Responsabile della gestione delle risorse didattiche. Membro del Comitato Scientifico della rivista MATERIA PRIMA. Terapeuta EMDR.

Diego Frigoli - Fondatore e promotore del pensiero ecobiopsicologico, Psichiatra, Psicoterapeuta e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Innovatore nello studio dell'immaginario con particolare riferimento all'elemento simbolo in rapporto alla sue dinamiche fra coscienza individuale e collettiva.

CIBO DEL CORPO E CIBO DELL'ANIMA

Il pensiero Tradizionale attribuisce al cibo non soltanto il valore di nutrimento del corpo, ma anche quello di "sostanza" destinata a modificare evolutivamente la psiche e quindi l'anima. Nelle antiche *Upanishad* è detto che l'essenza del Divino la si ritrova come prima manifestazione universale nel cibo, ovvero in quella realtà spazio-temporale che in quanto "energia" è destinata all'accrescimento del corpo insieme a quello della coscienza. Più precisamente, le affermazioni presenti nella *Taittirîya Upanishad*, laddove dice «...io sono il cibo, io sono il cibo, io sono il cibo, e sono colui che mangia il cibo nel grembo dell'immortalità...», ci rinviano a una visione sintetica e simbolica, secondo la quale "mangiare" equivale a estrarre le "energie" sottili degli alimenti onde accrescere la psiche stessa. Oppure, quando la medicina cinese afferma che a ogni organo fisiologico o stato psichico corrispondente è attribuito uno specifico sapore alimentare, non è detto forse tra le righe che anche fra i cibi è possibile ritrovare l'identica armonia cosmologica presente nella fisiologia psicosomatica dell'uomo? Analoghe osservazioni possiamo ritrovarle anche nelle antiche scuole di medicina occidentale. Presso la scuola pitagorica, come ricorda il filosofo Giamblico, era in uso l'osservazione stretta di un regime dietetico semplice, che escludeva la carne e il pesce, a favore dei cereali, legumi e latticini; così come presso la comunità religiosa ebraica degli Esseni veniva

rigidamente bandito, dalla mensa comune e privata, ogni cibo che provenisse dall'animale, mentre era consigliato un regime strettamente vegetariano. Se, dunque, "mangiare" significa assimilare, introiettare, portar dentro energie "sottili" provenienti dal cibo, un'analisi sulle caratteristiche simboliche del cibo specifico di un essere umano in particolari momenti della sua esistenza, potrà fornire informazioni sulla sua costituzione psicosomatica.

Per esempio, il latte umano è considerato dalla moderna pediatria come l'elemento indispensabile per l'accrescimento ottimale del



Michael Maier, *Atalanta Fugiens*, Emblema VI, 1617

corpo del neonato. Ma non va dimenticato che tale alimento, al di là della combinazione specifica di proteine, grassi, carboidrati, adatti alla specie umana e al suo accrescimento corporeo, nasconde al suo interno alcune valenze



psicologiche importantissime per il corretto sviluppo psicosomatico del bambino. Innanzitutto, nutrirsi al seno implica un rapporto diretto con il corpo della madre e quindi con il suo calore e le sue emozioni. Una madre che ama il proprio figlio, durante l'allattamento non soltanto lo dimostra con tutta una serie di segnali extraverbali legati alla cura del neonato, ma anche con tutto quel mondo di emozioni implicite presenti nel latte stesso. Con l'alimentazione lattea il bambino sul piano nutritivo ha già compiuto un primo distacco dalla madre: nell'embrione e nel feto, infatti, la nutrizione è puramente passiva, simbiotica, ematica. Il taglio del cordone ombelicale stabilisce sul piano nutritivo la nascita di una nuova individualità, in cui si viene a perdere una nutrizione continua e osmotica, tipica appunto del feto, e si deve "conquistarne" una saltuaria e transitoria, legata alla percezione dei momenti di fame. È la nascita dei primi "isolotti" di coscienza frammentaria di un Sé corporeo. Come agli inizi della vita la madre nutrive con il proprio sangue il corpo del figlio in modo continuo e totale, ora, con il taglio del cordone ombelicale, anche la madre recupera la sua individualità e, così facendo, la determina nel figlio. Il loro rapporto nutritivo, a questo punto sarà legato solo saltuariamente al latte, un prodotto derivato per altro dal sangue, ma più evoluto e specifico, perché tipico dei mammiferi (mentre il sangue presente nelle specie inferiori si può considerare l'elemento nutritivo primario della filogenesi). Con lo svezzamento, segnalato nel neonato dalla presenza della prima dentizione, la diade madre-bambino "taglierà" nuovamente il simbolico cordone ombelicale legato alla dipendenza lattea, e inserirà quest'ultimo, tramite le prime pappe, nel mondo adulto degli onnivori.

Nella successiva crescita della prima infanzia e dell'adolescenza si assiste a un nuovo mutamento del rapporto con il cibo: sono queste, infatti, le età della vita in cui l'essere umano fa esperienza del mondo e delle relazioni con lo stesso, e, in corrispondenza di questi delicati periodi dell'esistenza, il cibo perde importanza nel suo valore nutritivo per assumere significati simbolici di relazione. Nell'infanzia usualmente si assiste all'enfasi della golosi-

tà per i dolci, simbolo sostitutivo della "dolcezza" delle carezze materne primitive, mentre nell'adolescenza esiste un maggior bisogno di "sperimentare" cibi nuovi, non più stabiliti in obbedienza alle regole della famiglia, ma a quelle del nuovo gruppo sociale cui si ambisce appartenere. Sono questi gli anni dell'alimentazione a base di panini e bibite, in cui ci si ribella al cibo familiare e, contemporaneamente, ci si adegua agli amici che si vanno scoprendo.

Gli anni dell'adolescenza sono anche quelli degli eccessi e delle intemperanze, e il cibo come la nutrizione sembrano risentire di tutto ciò; non ci si alimenta più secondo gli orari tradizionali, ma solo seguendo l'istinto della fame, a sua volta condizionato dalla volontà di ribellione alla famiglia. Nell'età adulta e della maturità in genere, il cibo deve rispondere a criteri di mantenimento dell'efficienza fisica e psicologica. Sono questi gli anni dominati dalla sessualità o perlomeno dagli investimenti libidici, per cui nell'uomo il cibo richiesto sarà quello a maggior valore nutritivo, mentre nella donna quello teso a non farla "ingrassare". Il sottofondo psicologico in entrambi i sessi è scandito dal bisogno di efficienza fisica e di piacevolezza della propria immagine, a fini identitari e relazionali con l'altro sesso. Ci si sente assicurati solo se si possiede un'immagine gradevole del proprio corpo destinata ad attrarre il partner, perché in caso contrario il corpo è vissuto in chiave depressiva, come primo momento di rifiuto rispetto a una identità che sta cercando la propria collocazione.

E con il passare degli anni...

Con l'età matura e senile l'alimentazione cambia nuovamente. Precisi segnali fisici determinati dalle malattie, o da una scarsa efficienza corporea indicano alla coscienza la fine della piena maturità fisica. Sono i primi capelli bianchi o i dolori ossei i segnali dell'arrivo, spesse volte avvertito come prematuro, di una nuova età della vita che chiude il ciclo aperto con l'infanzia. E come la prima dentatura da latte e poi quella definitiva aveva scandito il passaggio dall'alimentazione lattea a quella onnivora, segnando le tappe dell'infanzia e della preadolescenza, così i denti malfermi possono

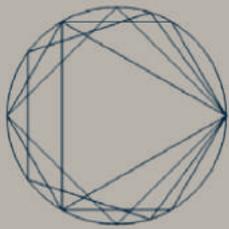


essere le prime manifestazioni dell'imminente vecchiaia. L'alimentazione allora diventa sempre più stereotipa e attraverso la ricerca di cibi poco elaborati e facilmente digeribili si va affermando la convinzione di scelte alimentari note, per evitare i rischi delle "novità" ormai troppo "indigeste" e "pericolose".

A tratti però, in momenti particolari di ricorrenze o festività, si commettono i "peccati" di gola, gli unici che ancora ci si consente come forma sublimata di altri "peccati" rimossi. Non a caso tali "intemperanze" alimentari devono poi essere "espiate" duramente con un ritorno ossessivo a una regola alimentare dichiaratamente seguita a parole, ma troppo spesso puntualmente trasgredita nei fatti. Quante forme di diabete, o di ipertensione, o di dislipidemia riconoscono alla loro radice la necessità di trasgredire una regola alimentare, vissuta come troppo imperativa dalla coscienza perché metafora di altre proibizioni più inconsce? Nonostante sia presente una malattia conosciuta dall'individuo, vi è come un sottile piacere di trasgressione nell'eludere le rigide regole alimentari o di assunzione farmacologica pertinente al disturbo in questione. Quest'ultimo inconsciamente viene rimosso, e per un attimo, nella trasgressione, si sperimenta un riflesso antico dell'adolescenza, quando le uniche regole a cui ci si sottoponeva erano quelle stabilite dall'individuo stesso. È evidente, da queste brevi riflessioni, che la nutrizione ci mette in rapporto non soltanto con il mondo, inteso come "oggetto" nutritivo deputato alla nostra crescita fisica, ma soprattutto con una vasta serie di investimenti psicologici che noi facciamo sul mondo, e che pur rimanendo inconsci nel loro significato specifico, di fatto dimostrano come nel cibo si manifestino angosce esistenziali di altra natura e più globali.

Bibliografia

- Bell R., (2002). *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*. Bari: Laterza
- Bruch H., (2003). *La gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli
- Cogni G., *Ahamannam io sono cibo*. Mediteranee, Roma 1982
- Frigoli D., (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Magi
- Frigoli D., (2017). *L'alchimia dell'anima*. Roma: Magi
- Shelton H., (1985). *Il digiuno può salvarvi la vita*. Gildone (Campobasso): Igiene Naturale Edizioni
- Souzenelle de A., (2000). *Il simbolismo del corpo umano*. Milano: Servitium



Attività Psicoterapeutica

di Medicina Psicosomatica e di Psicoterapia EcoBioPsicologica

L'attività psicoterapeutica è rivolta agli aspetti preventivi e terapeutici del disagio psicosomatico e psicosociale.

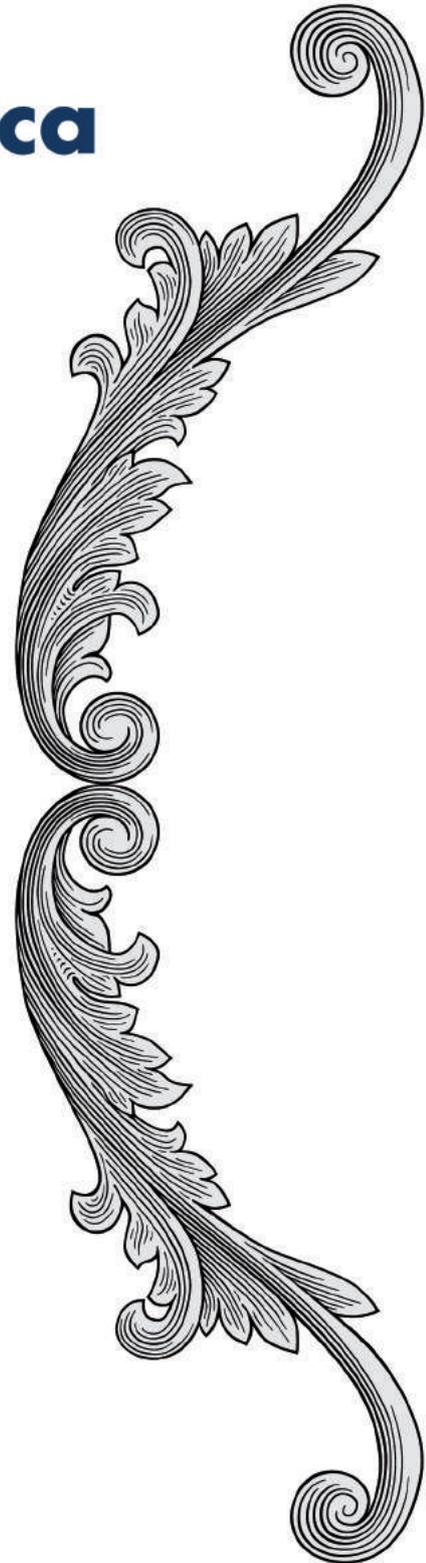
Gli interventi terapeutici, secondo il metodo ecobiopsicologico, saranno effettuati dopo una prima visita nella quale saranno specificati l'indirizzo e la strategia di intervento, al centro della quale si evidenzieranno sia la dimensione del conflitto sia la dinamica relazionale dell'utente, in vista del suo progetto evolutivo.

Nell'ambito della prevenzione sono attivi i seguenti indirizzi:

- Gruppo di prevenzione sui disagi dell'adolescenza.
- Supporto psicologico nell'accompagnamento alla genitorialità dal concepimento sino al primo anno di vita del bambino.
- Neuropsicomotricità per l'età evolutiva.
- Problematiche della sessualità e della fecondazione assistita.
- Counseling per mediazione familiare.
- Counseling sul disagio scolastico.
- Counseling sulle problematiche lavorative.
- Test psicodiagnostici.
- CTU e CTP per problemi di separazione, divorzio e affidi, e per problemi assistenziali.

Nell'ambito della terapia sono attivi i seguenti indirizzi:

- Psicoterapia ad orientamento psicodinamico individuale e di gruppo.
- Psicoterapia individuale per problematiche d'ansia e depressione in menopausa.
- Psicoterapia per il disagio individuale o della coppia legato alle problematiche della gravidanza.
- Psicoterapia individuale per nevrosi e disturbi psicosomatici.
- Psicoterapia dell'infanzia.
- Tecniche individuali di rilassamento e antistress per: cefalea, asma, ipertensione, gastrite, colite, mialgie e contratture muscolari, balbuzie e disturbi del linguaggio.
- Tecniche complementari di: shiatsu, omeopatia, massaggio bioenergetico, fiori di Bach, antroposofia.
- Danzaterapia – Arteterapia.
- Gruppi di terapia per il tabagismo.
- Sand-Play Therapy.
- Psicoterapia individuale per i disturbi dell'alimentazione.
- Psicoterapia di sostegno individuale e familiare in ambito oncologico.
- Consulenza odontoiatria psicosomatica nel bambino e nell'adulto.



CONTATTI

Segreteria dell'Istituto: Tel. 02/36519170 - Fax 02/36519171

email: istituto@aneb.it

Ulteriori informazioni sono disponibili presso la pagina web dell'istituto, all'indirizzo www.aneb.it



AUTORI: **Mara Breno** - Psicologa, Psicosomatista, Psicoterapeuta, Docente e Tutor presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Responsabile della gestione delle risorse didattiche. Membro del Comitato Scientifico della rivista MATERIA PRIMA. Terapeuta EMDR.

Francesca Licata - Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso Istituto ANEB, ha competenze nella psicanalisi di gruppo, collabora con la cattedra di Psicologia della Personalità presso la Facoltà di Medicina e Psicologia, La Sapienza di Roma.

LE EMOZIONI INTOLLERABILI: il caso di Giulia

Il caso clinico che di seguito sarà descritto è molto interessante perché ci farà meglio comprendere come l'isteria non sia scomparsa, ma sia invece un tema attuale che presenta diverse manifestazioni - in particolare, il disturbo da conversione, chiamato anche disturbo psicogenetico, non organico o isterico, oppure clinicamente inspiegabile perché connotato da sintomi funzionali. Si è deciso in questo elaborato di narrare il caso clinico facendo entrare il lettore nella stanza di psicoterapia, in modo da poter partecipare alle sottili dinamiche che hanno costellato il campo relazionale. Il lavoro del terapeuta, inoltre, nello scambio dialettico con il supervisore, ha permesso di creare un campo *interattivo* di riflessioni così tanto intersecate da aver consentito di dar vita alla stesura di questo articolo.

Giulia, giovane ragazza di sedici anni, mi viene inviata da un terapeuta che l'aveva precedentemente incontrata insieme ai suoi genitori. Il collega mi informa che la paziente aveva agito un *acting-out* suicidario, caratterizzato dall'assunzione di diverse pillole di tachipirina ed antidolorifico, di per sé assolutamente non suscettibili di danno organico. Dopo l'assunzione di questi farmaci, la mattina successiva ne aveva parlato con il padre e la madre raccontando l'accaduto e dicendo loro che avrebbe voluto morire - dichiarando con ciò, implicitamente, una richiesta d'aiuto. Quindici giorni prima di questo evento Giulia era stata ricoverata in ospedale nel reparto di neuropsichiatria infantile per 21 giorni, a causa di continui svenimenti che si verificavano giornalmente in varie circostanze.

Giulia a seguito di questi malori non era più riuscita a frequentare le lezioni scolastiche: era iscritta al terzo anno del liceo classico. In accordo con l'inviante, ho deciso di effettuare

tre sedute a settimana, nel tentativo di riuscire a contenerla in modo efficace in un momento così delicato.

Nel primo colloquio ho incontrato Giulia insieme ai genitori che ovviamente manifestavano una forte preoccupazione ed ansia, anche perché la diagnosi di dimissione (disturbo da conversione), non era stata accompagnata da alcuna specificazione ulteriore sulla strategia da seguire in famiglia.

Rilevando da subito la loro presenza ansiosa accanto a Giulia, decisi di vederli inizialmente insieme, senza chiedere a Giulia se preferisse entrare da sola. Queste considerazioni fanno parte del modello d'intervento psicodinamico e sono volte allo scopo di decomprimere l'ansia contestuale della famiglia, che avrebbe potuto incidere sulla terapia individuale. Li feci accomodare nel mio studio così disposto: vi è una poltrona dove io mi seggo, e di fronte un divanetto a due posti dove si siede il paziente, lateralmente a destra del divano una sedia; descrivo il setting perché è stato significativo vedere come, non appena entrati, ognuno abbia preso il proprio posto in maniera assolutamente spontanea, così da indicarmi una comunicazione implicita delle loro dinamiche relazionali, in particolare la madre sulla sedia, il padre sul divano e alla sua sinistra accanto a lui la figlia.

Mi colpì immediatamente Giulia: una bellissima adolescente, alta un metro e settantacinque, lunghissimi capelli biondi, grandi occhi verdi e labbra carnose. Il viso era truccato in modo particolare, aveva un fondotinta molto chiaro quasi bianco, le sopracciglia erano disegnate con una matita nera che contrastava il pallore dell'incarnato e le labbra erano anche loro truccate con un rossetto molto chiaro, che le rendeva anemiche. L'immagine globale che questa adolescente mi restituiva era quel-

la di una giovane donna di età indefinita, sicuramente però desiderosa di dimostrare un'età superiore ai suoi sedici anni.

Nei primi trenta minuti del primo colloquio la madre e il padre parlarono ininterrottamente, non lasciandole spazio a Giulia. Anche quando cercavo di coinvolgerla, soffocavano il suo silenzio incalzando nella necessità di essere accolti nelle loro ansie. La madre di Giulia rispondeva al posto della figlia quando le ponevo domande dirette, ed il padre durante i silenzi della stessa, continuava ad abbracciarla e baciarla sulla guancia come se fosse molto piccola. Tra i coniugi si notava una relazione conflittuale, spesso l'uno riprendeva l'altro per qualcosa che aveva fatto o detto. Giulia, infastidita, iniziava a storcere gli occhi verso l'alto e ad avere spasmi alla gola; i genitori entrarono in agitazione ed io decisi di farli acco-

finalmente quello spazio fosse soltanto suo; stava in silenzio, lo sguardo fisso su di me e manifestava uno spasmo alla gola. Non avevo neanche avuto la possibilità di dire qualcosa per accoglierla o per avere una risposta ad una mia domanda che già la risposta arrivava da sé, attraverso un comportamento che più di ogni parola esprimeva il suo stato emotivo. Giulia cominciò a guardare il soffitto. Le dissi che mi sembrava spaventata e preoccupata, e le chiesi se quel movimento alla gola fosse uno spasmo che non poteva controllare o che le permettesse di allentare la tensione, come se volesse dire qualcosa che non riusciva a dire. Per aiutarla ad esprimersi le mimai il movimento dello spasmo alla gola nell'intento di aiutarla ad esplicitare le sue emozioni e le dissi: «Forse mi vuoi dire qualcosa che non riesci a dire? Sei tanto spaventata?». Poco dopo cessò lo spasmo alla gola, iniziò un tremore alla mano destra che Giulia tratteneva con la sinistra e il tremore alle gambe. Esordì: «Ho freddo». Presi il suo cappotto e l'aiutai a coprirsi. Iniziò a parlare, affermando che non era convinta di venire in seduta, che adesso andava meglio, e che era molto preoccupata dal nostro incontro perché la psicoterapeuta dell'ospedale, durante la terapia, non parlava e trascorrevano la seduta in silenzio, cosa che le generava una forte angoscia e sensazioni impossibili da spiegare. Aggiunse che avrebbe voluto riuscire a capire perché stava così male - la voce era tremolante e dopo le mie rassicurazioni cominciò a piangere in modo straziante. Rimasi in ascolto del suo pianto e diedi spazio al suo sfogo, non restando



Lord Frederic Leighton, Flaming June, 1895

modare in sala d'attesa, rassicurandoli. È stato davvero importante osservare la nascita della sintomatologia all'interno del loro campo relazionale.

Non appena i genitori uscirono dalla stanza notai che Giulia si posizionò al centro del divano con gambe e braccia allargate, come se

in silenzio, ma con delicatezza soggiunsi parole quali «Capisco che stai soffrendo... adesso calmati... il primo colloquio è per tutti fonte di ansia». Cercai di creare un contatto emotivo con lei che *controtransferalmente* sollecitava in me un istinto di protezione e tenerezza. Quel pianto esprimeva la sua ansia emotiva,

incapace di accedere al mondo della parola? La seduta durò un'ora e trenta, per favorire la creazione di uno spazio emotivo sintonico; poi le chiesi se potessi far accomodare i suoi genitori e la rassicurai sul fatto che qualsiasi cosa lei mi avesse detto, sarebbe rimasta all'interno della "nostra stanza". Questa rassicurazione sul rispetto della privacy, aveva lo scopo di creare uno spazio intersoggettivo personale; tuttavia, avendo percepito la forte dipendenza che Giulia manteneva nei confronti della famiglia e per evitare una sottolineatura precoce, di una soggettività non ancora in grado di affermarsi, soggiunsi che non avrei mai riferito fatti o dettagli relativi dei nostri incontri ai suoi genitori, ma che di tanto in tanto avrei dovuto dare loro una restituzione poiché minorenni: rispose che andava bene.

Il padre e la madre, una volta entrati all'interno del setting, mi apparvero sollevati nel vederla più rilassata e mostrarono una grande disponibilità nei miei confronti, lasciandomi comprendere quanto potessero essere ignari del clima affettivo conflittuale in cui coinvolgevano la figlia. Spiegai come intendevo procedere, ripetendo loro ciò che avevo precedentemente detto a Giulia riguardo alla privacy, e aggiunsi che qualsiasi colloquio con loro sarebbe avvenuto sempre in presenza della figlia.

Al secondo incontro arrivarono puntuali, feci accomodare i genitori in sala d'attesa ed io e Giulia entrammo in studio; le chiesi come stesse e mi rispose inaspettatamente: «Dopo la seduta mi sono sentita meglio, alleggerita, credo che potrei fidarmi di lei». Sorridendo, le dissi che se l'avesse voluto poteva darmi del tu per cercare di allentare le sue resistenze e permetterle di sentirsi a suo agio; lei rispose che non se la sentiva. Mi resi subito conto di aver anticipato la richiesta sull'onda di quella tenerezza che avevo provato sin dalla prima seduta. Era chiaro che Giulia necessitasse in quel momento di una figura di riferimento adulta, evitando precoci traslazioni confuse sul ruolo intimo che il tu inevitabilmente propone. Affermato questo rimase in silenzio qualche secondo, e mi disse tutto d'un fiato, quasi a scaricarsi di un'angoscia emotiva: «Oggi sono svenuta due volte». Le chiesi di raccontarmi meglio cosa fosse successo e mi

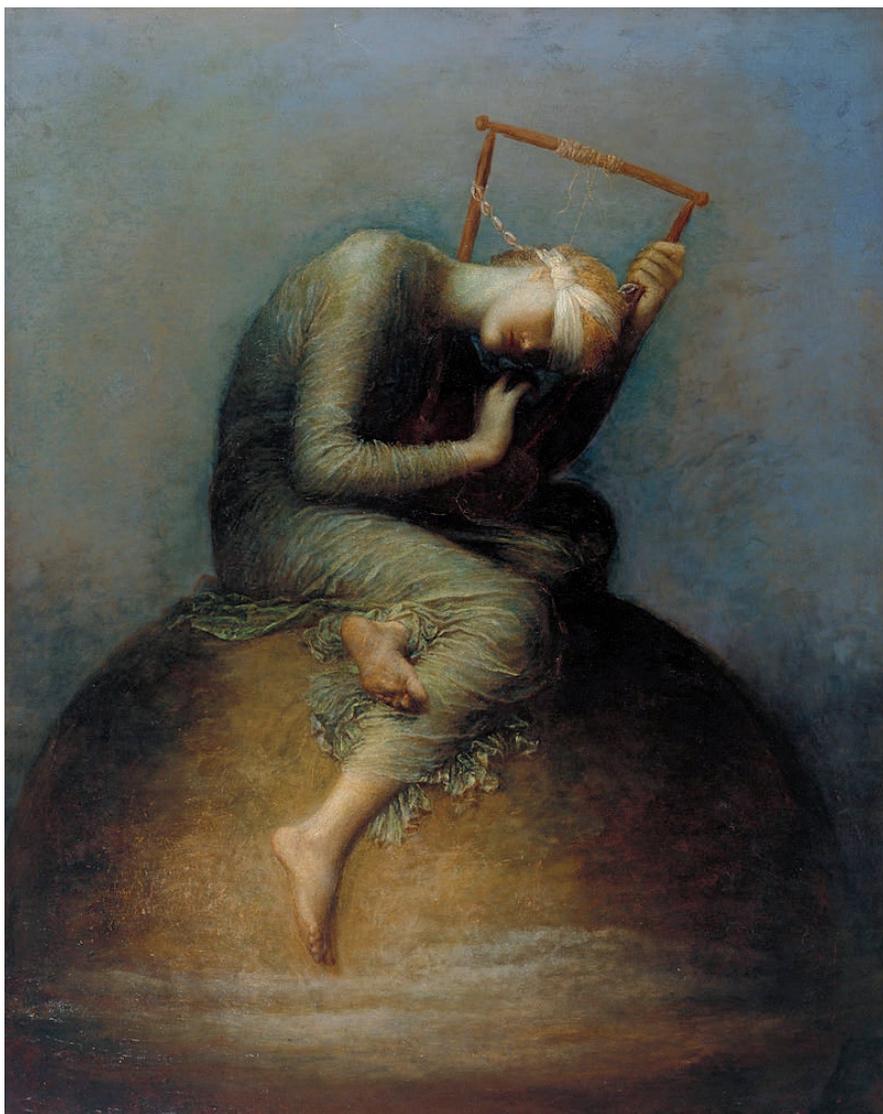
raccontò che era svenuta al mattino mentre faceva colazione e poi dopo pranzo. Entrando più nel dettaglio riguardo all'accaduto, arrivai a pensare che sia la colazione che il pranzo, momenti socialmente condivisi con i genitori, fossero vissuti da Giulia con difficoltà e le posi con delicatezza la domanda se il suo star male potesse essere legato al suo sentirsi profondamente in colpa per il rapporto conflittuale dei genitori, come se lei fosse la causa dei continui litigi tra i due. Giulia rispose di sì e cominciò a piangere stringendo forte le mani; iniziarono i tremori ai piedi, alle gambe e nuovamente le restituii ciò che pensavo, sperando che potesse contenerla, come la volta precedente. Il tremore pian piano si attenuò e mi comunicò ancora una volta di aver freddo. Questa volta fu lei a chiedermi se potesse prendere il cappotto ed io ancora una volta l'aiutai a «creare la sua culla», quell'accudimento necessario che si andava sviluppando nel nostro rapporto: percepivo la sua paura e la sua difficoltà ad accedere alle proprie emozioni incistate in una dimensione inaccessibile, sia dal punto di vista del "sentire" che dell'"esprimere". Parlando con lei notavo che lentamente cominciava a rasserenarsi, e mentre ci confrontavamo le posi alcune domande per raccogliere la sua storia, spiegandole che era importante per il nostro lavoro e dicendole che lei doveva aiutarmi ad aiutarla: sorrise e iniziò a rispondere come se stessimo giocando. Giulia non aveva moltissimi ricordi della sua infanzia e mi diceva di essere molto incuriosita dal fatto che con la mamma non avessero mai parlato di lei piccina. Quando arrivammo a toccare il tema legato alle relazioni sentimentali lo sguardo cambiò, si trasformò, si irrigidì e cominciò a girare la testa, una sorta di roteazione da destra verso sinistra e viceversa e mi disse: «Non ne voglio parlare, vorrei ma non posso». Alla mia domanda sul perché, mi rispose: «Perché mi fa male». Le dissi: «Va bene, quando vorrai me ne parlerai tu», aggiungendo: «Sai, a volte non riusciamo a parlare delle nostre paure, ci preoccupiamo che parlandone poi ce ne dobbiamo occupare», mi guardò e continuò: «Sì è vero... Perché poi se lo dico diventa vero ed io a volte faccio finta che quello che mi accade non sia mai accaduto». Da queste risposte

intuivo che Giulia mi stava proponendo la confusione tra l'aspetto reale delle emozioni in gioco e il mondo fittizio da lei creato. Sappiamo oggi, dalla teoria dell'attaccamento, quanto sia importante nell'evoluzione del bambino apprendere a distinguere il mondo della realtà dal mondo della finzione, e il fatto che questi due aspetti si sovrapponevano fra loro, costituiva la riprova dei traumi vissuti e allo stesso tempo lasciava intuire come fosse implicato il delicato passaggio dal Sé nucleare alla separazione individuazione.

Nel raccogliere i diversi dati anamnestici, rilevai come Giulia sin da piccola visse intense paure ed angosce primarie, il cui significato descriverò successivamente. La seduta si concluse e sulla porta dello studio i suoi genitori mi chiesero come stesse procedendo. Li rassicurai e cominciai a pensare che pian piano

Giulia avrebbe dovuto avere la possibilità di vivere la sua terapia senza la presenza dei suoi genitori in sala d'attesa. Di fatto, il collega che mi aveva inviato Giulia mi aveva già detto che dopo un breve periodo di adattamento e consolidamento della terapia, riguardo alla nuova dimensione familiare, avrebbe preso in carico i genitori per evitare ingerenze ed invischiamenti riguardo al setting terapeutico di Giulia. Al terzo colloquio Giulia arrivò sempre con i suoi genitori, entrò frettolosamente nella mia stanza e piangendo mi raccontò di essere svenuta ancora. Quasi a fornirmi implicitamente una spiegazione alternativa a quelle di cui avevamo parlato, cominciò a raccontarmi del suo ex-fidanzato Marco e del fatto che si era sentita costretta ad aver un rapporto sessuale con lui: il pianto diventò straziante come durante la prima seduta, e aggiunse che non lo sapeva

nessuno a parte me. Giulia mi stava rendendo testimone del suo dolore e mi regalava quel segreto che la volta precedente non poteva assolutamente dire. Cominciò a tremare, ed io scelsi e sentivo che era importante che ci fossi; mi alzai e mi sedetti accanto a lei che si appoggiò su di me, mentre io accoglievo il suo pianto in silenzio accarezzandole la testa. Dopo poco cominciai a parlarle cercando di contenerla, le presi dell'acqua e la seduta procedette con una modalità differente rispetto alle precedenti. Sentii che era cambiato qualcosa nel modo in cui si poneva verso di me, ne fui lieta e decisi di comunicarglielo: le dissi di essere molto contenta perché mi aveva donato qualcosa di estremamente difficile da donare, "il suo segreto" e lei rispose: «Sono stata molto fortunata ad averla incon-



George Frederic Watts, Hope, 1886

trata, sono contenta, questo posto mi piace». La costante attenzione e sintonizzazione con il vissuto emotivo della paziente, e la costruzione di significati della sua storia mi ha permesso di accedere a dimensioni profonde di Giulia, sia quando esprimeva il suo dolore tramite la parola, sia quando lasciava che parlasse per lei il corpo; inoltre, ha permesso alla paziente di creare un forte investimento transferale sulla mia persona e grande fiducia sul percorso terapeutico.

Durante la seduta mi raccontò della sua passione per la lettura, generalmente orientata su romanzi a contenuto affettivo che stavano a testimoniare il suo bisogno di sicurezza, ricavata dai processi identificativi con i protagonisti dei romanzi. Leggeva moltissimi libri, anche cinque a settimana, che riponeva in scatoloni poiché non aveva una libreria sufficientemente grande, cosa che procurava il malcontento dei suoi. Accanto a questo suo piacere della lettura chiesi a Giulia se aveva altri interessi. Mi rispose che amava disegnare e le chiesi se potesse farmi vedere i suoi disegni, perché sarebbe stato interessante capirne insieme il significato: rispose di sì e aggiunse che quei disegni raccontavano molto di lei. Scoprii, man mano che mi andavo interessando in termini attenti ai suoi sentimenti più autentici, che Giulia si apriva sempre di più. Cercai di approfondire e le chiesi: «Che cosa ti piace disegnare?»: mi rispose che erano disegni legati ai suoi mostri; arrivammo pian piano a parlare delle sue paure, ovvero delle streghe sotto il letto, degli scheletri nel corridoio che collega la sua stanza a quella dei genitori e dei mostri che aleggiavano nella sua stanza, tanto da aver sempre avuto bisogno di non dormire al buio, con le spalle al muro e barricata dietro una schiera di peluche per sentirsi protetta. Avevo la conferma dal tipo di fantasie notturne che Giulia era preda di aspetti primari ben descritti dai teorici delle relazioni oggettuali, quando illustrano il bambino non adeguatamente accudito tramite una rêverie materna, capace di dare significato e risposta alle ansie profonde. Proseguendo rispose alle mie domande senza esitazione. «Sa dottoressa, da quando ero piccola ad oggi quando esco di casa sul pianerottolo, sopra il primo gradino della scala che

porta al piano superiore vedo un gatto tigrato che mi guarda, io so che non c'è un gatto ma lo vedo lì immobile che mi fissa, sono sempre stata preoccupata di essere pazza, è la prima volta che lo dico a qualcuno, non l'ho mai raccontato a nessuno, ho le allucinazioni?».

Per rassicurarla le spiegai che non si trattava di allucinazioni e le chiesi se avesse mai visto il film *Chocolat*, lei mi rispose: «Il mio gatto è come quel canguro finto?» risposi di sì... «Allora magari riuscirò a non vederlo più?». Sorrisi e le dissi che pian piano avremmo dato un senso ed un significato a tutto. Man mano che il rapporto con Giulia diventava sempre più intimo, mi comunicava sempre più in profondità il livello delle sue paure, aspettandosi che io dessi una risposta tranquillizzante al cumulo di emozioni indiscriminate che avevano preso corpo in lei in immagini terrifiche».

La seduta successiva mi portò in regalo delle caramelle (quasi ad esprimere la sua gratitudine per il mio interesse alle sue emozioni), insieme ai suoi disegni, sui quali ci soffermammo per gran parte della seduta. Esordì: «Sono uscita con miei ho comprato dei libri e l'ho pensata perché non stavo così bene da tempo, ieri non sono svenuta ma oggi prima di pranzo sì». Ancora una volta nell'enunciarmi contemporaneamente il momento positivo della sua scelta e lo svenimento, mi sottolineava l'incapacità a mantenere una coesione emotiva nel suo piacere di scoperta, che urtava evidentemente con nuclei conflittuali dipendenti dal sentimento di non essere del tutto accettata. Ricostruendo insieme l'accaduto, percepivo in lei il desiderio di ritornare a scuola ma anche una grande paura.

Ho voluto sinteticamente descrivere parte delle prime sedute per evidenziare come la co-costruzione del setting, soprattutto nei primi incontri, sia fondamentale per permettere un accesso alla continuità del lavoro terapeutico con pazienti così primari e delicati, e sottolineare inoltre come alcune regole psicoterapiche classiche (astinenza, durata della seduta, silenzi, ecc.) non debbano necessariamente essere rispettate, nel cercare di creare quell'alleanza terapeutica che possa facilitare il nostro "prendersi cura" del paziente.



La storia di Giulia

Mi colpisce la descrizione di Giulia riguardo ai suoi genitori, vissuti entrambi dalla paziente come ansiosi ed ingerenti. La madre in particolare descritta come rigida ed autoritaria, mentre il padre sembra essere molto possessivo, di fatto vieta alla figlia di usare minigonne e abiti troppo aderenti.

Giulia è figlia unica. La madre di 50 anni, fino a 34 anni lavorava come segretaria in uno studio medico, ma alla nascita della figlia decide di dedicarsi completamente alla bambina. Ha sempre avuto un rapporto stretto con la famiglia d'origine, composta da una sorella maggiore di un anno più grande ed un fratello di cinque anni più giovane, ed i genitori ancora viventi. Con la famiglia materna Giulia ha un bel rapporto, in particolare con la zia e le sue due figlie.

Il padre 57 anni è proprietario di una azienda di commercio; di origini pugliesi è l'ultimo genito di cinque figli, con cui non ci sono rapporti di frequentazione. I genitori sono morti prima della nascita di Giulia. In particolare la paziente ha pochi ricordi riguardo alla famiglia del padre, poiché la madre non ha mai voluto frequentarli.

Questi primi dati ci fanno notare come la madre abbia traslato il proprio progetto di vita su Giulia dal momento in cui è nata (con frustrazione rispetto a questa scelta che l'ha allontanata dal mondo lavorativo), vivendola come proprio prolungamento narcisistico e come il padre succube della moglie, con la quale non ha un buon rapporto, abbia spostato a sua volta i propri bisogni emotivo-affettivi sulla figlia. Nel raccogliere le informazioni relative alla storia di Giulia, resto colpita dal fatto che la sua infanzia sia costellata da continui incidenti e sintomatologie di tipo organico. Il corpo di Giulia sembra essere il teatro dei suoi disagi. È interessante il fatto che Giulia non ricordi nulla della sua prima infanzia e soprattutto non ricordi molto dai cinque ai dieci anni. Questa amnesia primaria che va oltre l'aspetto dell'implicito, lascia intuire una problematica relazionale fatta di microtraumi, che pur non assumendo in sé un significato specifico, sembrano derivare da un effetto cumulativo di una mancata sintonizzazione con la figura materna

gravata oltre misura da una scelta per lei difficile. Riguardo a dettagli relativi alla sua nascita e alla sua crescita, Giulia comincia a porre delle domande alla madre. Così la paziente comincia a portare in terapia particolari di cui non era a conoscenza e ne sembra divertita. Sorridendo dice: «Sa dottoressa, quando sono nata pesavo tre chili! Sono stata allattata fino a 6 mesi, e il primo dentino è spuntato a dieci mesi».

Dall'anamnesi fisiologica di Giulia non emergono dati significativi: nata a termine, da parto eutocico, ha camminato e parlato all'età giusta. Unico dato significativo sono i problemi respiratori insorti nella prima infanzia, che su un piano psicosomatico possono far intuire la difficoltà di Giulia ad elaborare possibili tratti depressivi, se non nei termini di una somatizzazione. La paziente comincia infatti a denunciare problemi respiratori sin dal primo anno, caratterizzati da attacchi di asma con una frequenza di un episodio al mese. Verso un anno e dieci mesi viene ricoverata in ospedale per vomito incoercibile con alvo diarroico, e a due anni per bronchite asmatica con dispnea espiratoria e rantoli crepitanti. Durante quel periodo non frequentava l'asilo nido, era accudita dalla madre che si faceva aiutare da una tata descritta come severa e disciplinata, mentre durante la scuola materna ricorda di una maestra che la costringeva a mangiare il formaggio anche dopo averlo sputato fuori. Giulia ancora oggi non mangia nessun tipo di formaggio, prova schifo e ribrezzo. Inoltre, ricorda un episodio in cui la stessa maestra le proibisce di andare in bagno, e lei non riesce a trattenere la pipì sporcando una tutina arancio alla quale era molto affezionata e che la madre butta via. Questi ricordi frammentati, ma ricchi di significato simbolico, ci fanno intuire come la memoria abbia messo in evidenza gli aspetti drammatici di un accudimento fallimentare, che oscilla tra la dimensione respiratoria dell'asma, come inconscio pianto abbandonico, e la rievocazione dell'episodio del formaggio (latte simbolico), che è costretta a mangiare anche se rifiutato. Siamo davanti ad una traslazione, seppur evoluta, di tratti kleiniani legati a emozioni schizo-paranoidee. Giulia a sette anni subisce un altro ricovero



ospedaliero per perdita di conoscenza associata a pallore del volto, cianosi periorale e ipotonia generalizzata. La diagnosi refertata è: episodio sincopale. Dopo questo ricovero, per un certo periodo, apparentemente non evidenzia particolari problematiche, il menarca arriva a dodici anni e all'età di quindici anni avviene il primo rapporto sessuale con un suo coetaneo che chiameremo Matteo; contemporaneamente, comincia a soffrire di bulimia tra i quindici e i sedici anni.

Il quarto ricovero di Giulia avviene a sedici anni per una crisi da conversione. La terapia farmacologica somministrata consisteva in Cipralex, Fluorexitina e Xanax.

La sequela dei ricoveri lascia intuire come il mondo inconscio di Giulia fosse in subbuglio e non risolto; il primo indizio a sette anni, con un episodio sincopale seguito da un "silenzio" del corpo fino a dodici anni, ci fa capire come nell'inconscio la scelta di un sintomo così importante (lo svenimento) mimici sul piano corporeo la dominanza di angosce di morte e allo stesso tempo abbia un valore sovradeterminato a condensare le emozioni primarie (l'istinto di morte, la non reazione, il bisogno di essere accudita, ecc.). Questa sincope verrà utilizzata dall'inconscio di Giulia come scelta da adolescente, nell'episodio da svenimento da conversione.

La relazione con Matteo ha inizio a quattordici anni e dopo il primo rapporto sessuale, Giulia comincia a soffrire di bulimia. Si abbuffa ogni giorno di dolci per poi vomitarli, ma nessuno si accorge di ciò che stava accadendo. Ad un certo punto si confida sia con il fidanzato che con la madre che preoccupati le fanno promettere di non farlo più, promessa che porterà Giulia a non smettere, bensì a continuare a vomitare fingendo di star bene. La relazione con il fidanzato è molto conflittuale e di tipo simbiotico, e dopo essersi lasciati per decisione di Giulia, i due non avranno più alcun tipo di rapporto, con grande sofferenza della paziente. È a questo punto che Giulia viene ricoverata in ospedale per frequenti svenimenti che, come prima accennato, si presentavano più volte al giorno; resterà all'interno del reparto di neuropsichiatria infantile 21 giorni. Mi ha detto: «Ero molto arrabbiata quando

sono arrivata, non volevo essere ricoverata, piangevo in continuazione, ero circondata da ragazzi con seri problemi, poi mi sono adattata. La terapia all'interno dell'ospedale avveniva con una dottoressa tirocinante che mi guardava e basta. Secondo lei svenivo perché volevo fare l'adulta e non riuscivo a chiedere aiuto. Mi avevano prescritto dei farmaci, senza spiegarmi a cosa servissero, ero veramente spaventata». Al di là delle riflessioni di Giulia, sul piano psicodinamico è interessante notare come il primo rapporto con Matteo slatentizzi successivamente la bulimia. È evidente come, in termini traumatici, il rapporto con Matteo avesse ricostellato una simbiosi simil-materna, e il fallimento di questo rapporto avesse indicato a Giulia di ripartire dai nodi non risolti, legati ad un attaccamento ambivalente con la propria madre. Ritorniamo, metaforicamente, al formaggio da introiettare e sputare. Quale dipendenza la sessualità in questo caso evidenzia? È ovvio che se una persona accede a un rapporto istintualmente più maturo senza aver integrato gli aspetti primari del Sé, tratterà quel rapporto ritornando a esplicitare proprio quell'integrazione di un Sé incompleta. Giulia dopo circa un mese dall'inizio della terapia ricomincia a frequentare il liceo con molta difficoltà, a causa del suo malessere e dei suoi svenimenti che tuttavia pian piano svaniscono; in questo contesto, nel mese di giugno, momento in cui Giulia sta decisamente meglio rispetto alla sintomatologia descritta, accade qualcosa di significativo ed interessante. Durante una mia assenza per ragioni di lavoro, venivo informata telefonicamente dalla madre che Giulia, che dopo aver fatto una doccia, si era paralizzata nelle braccia. Quando esplorai con lei questo evento, Giulia mi raccontò il "rituale della doccia": durante la doccia non poteva lavarsi da sola per non sporcare il pavimento che avrebbe dovuto poi pulire la madre, la quale per questo la aiutava quando si lavava; per lo stesso motivo doveva lavare i capelli nel lavandino, i quali dovevano poi essere asciugati rigorosamente dal padre. In questa palese dissociazione sul suo corpo data dalla conflittualità dei genitori, Giulia segnalava che la testa apparteneva al padre e il corpo alla madre. Mi sono chiesta come mai sia capitata



questa paresi in un periodo in cui la paziente sembrava stare decisamente meglio e ho ipotizzato che ci fosse un collegamento con la mia partenza; in un momento ancora iniziale della terapia, la mia assenza non le ha permesso di affrontare da sola le angosce legate alla dinamica relazionale con i genitori e con il suo corpo. In questa nuova prospettiva, diventò per me molto più chiaro il significato dell'allucinosi (il gatto tigrato), dei mostri, dei fantasmi e degli scheletri: sue parti che non era in grado di integrare, tutto ciò che emotivamente non poteva e non riusciva ad accettare e che negato, traslava sul piano corporeo e psichico. A questo punto cominciai a capire il suo funzionamento in termini di meccanismi difensivi, di modelli operativi interni e disconnessioni, cominciai a riflettere sulle sue parti dissociate e su come io potessi riuscire a diventare una "stampella" di supporto sufficientemente stabile, nella ricostruzione di un Io fragile. Iniziai a dare una risposta alle domande che mi ero posta fino a quel momento: quali fantasie attraversavano Giulia rispetto al rapporto con il padre? Quanto queste fantasie fossero state invece fantasmaticizzate? Che posto occupava la madre nel suo mondo interno? Come mai non riusciva a gestire la sua emotività, sia nell'espressione che nel riconoscimento di ciò che provava? Come sarei riuscita ad omogeneizzare la sua frammentazione interna? I suoi sintomi corporei cosa stavano urlando? Cosa esprimeva il suo corpo come teatro del suo animo lacerato? Questi ed altri quesiti pian piano cominciarono ad avere risposta.

Proseguendo nel racconto della storia di Giulia, un ulteriore episodio traumatico nel corso della terapia fu riferito dalla ragazza. A 13 anni le fu regalato un cane, a cui Giulia si affezionò moltissimo ma qualche tempo dopo la madre ripeté, traslandolo sul cane, ciò che aveva vissuto come conflittuale con la nascita di Giulia. Incapace di sopportare la sua presenza, per paura che morisse attraversando la strada, la madre, con grande dispiacere di Giulia, lo diede a dei vicini, e qualche tempo dopo il cane finì sotto una macchina morendo. Per Giulia fu un colpo terribile!

Sembrava che il destino ripettesse in termini espliciti le angosce profonde che avevano

costellato la sua nascita. Nel corso del lavoro terapeutico, le circostanze sincroniche riproposero ancora lo stesso scenario: i genitori nell'idea di aiutare Giulia decisero di prendere un altro cane. Giulia cominciò ad affezionarsi, ma la madre riprese ad avere le stesse preoccupazioni. Questa volta la paziente riuscì ad essere assertiva e a legittimare i suoi bisogni. Giulia, timorosa che si ripettesse il trauma precedente, diede un nome curioso al cane, chiamandolo Basta, e ad oggi, nonostante la madre, è diventato parte integrante della famiglia.

La terapia di Giulia sta proseguendo con frequenza settimanale. Vi sono stati netti miglioramenti sul piano relazionale (un nuovo ragazzo, nuove amicizie, ha ampliato i suoi interessi, ecc.) e sul piano somatico. Le crisi di Giulia sono del tutto cessate, ha ripreso la scuola con successo e piacere, e sta progettando il suo orientamento verso un futuro universitario. A tratti sono ancora presenti momenti di incertezza caratterizzati da un'oscillazione del peso, che assume un significato conflittuale nei confronti della propria indipendenza dal modello materno. Mi trovo spesso a orientarla nelle sue esperienze emotive e a tratti, quando lei non riesce a sintonizzarsi sulle sue emozioni profonde, scivola in un bisogno nutritivo che si orienta in alcuni casi sul cibo, in altri casi in una dipendenza dai miei consigli.

Il lavoro con questi pazienti non può avere necessariamente una durata limitata, perché si tratta di costruire un Sé coeso, adeguato e autonomo. Nel percorso con Giulia sono comparse riflessioni molto precise e puntuali sul rapporto con i genitori, vissuti in un modo più pertinente e consapevole. Della madre ha compreso l'aspetto intrusivo, affermando anche quanto si fosse sentita profondamente in colpa nei suoi confronti, soprattutto nel momento in cui le aspettative di quest'ultima non venivano soddisfatte o per essere più precisi, quando Giulia ne percepiva il dissenso. Giulia comincia a rendersi conto inoltre della competizione che la madre vive nei suoi confronti, soprattutto riguardo all'aspetto fisico ed al rapporto con il padre, argomento che sarà da approfondire, se possibile, raccogliendo la storia della donna (ovviamente questa



modalità competitiva è amplificata dal mondo interno della paziente e dal non detto). Del padre, seppur vissuto come più affettuoso e comprensivo rispetto alla madre, inizia a vederne l'aspetto della gelosia e delle possessività, ancora non comprendendone la modalità seduttiva, di tipo implicito, che rischia di imbrigliarla.

Alla luce di quanto succintamente descritto, potremmo rilevare nella paziente la presenza di un profondo disagio, di una importante scissione dell'Io, di una frammentazione del Sé, espressa nella difficoltà della paziente a mantenere una stabilità emotivo-affettiva e relazionale. Vorrei sottolineare, infine, che il disturbo isterico di cui Giulia soffre, che ha espresso tramite l'imponente conversione, lascia intuire la presenza di un vistoso nucleo psicotico sottostante, caratterizzato da un modo di esperire la realtà costellato di fantasie e modalità interne che l'aiutano a gestire le difficoltà «faccio finta che non è vero», «faccio finta che non sia mai accaduto», o meglio, «dormo, così non me ne devo occupare».

Bibliografia

- Fonagy, P. (2002). *Psicoanalisi e teorie dell'attaccamento*. Milano: Cortina editore
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Edizioni Scientifiche Ma.Gi. Srl
- Kohut, H. (1980). *La guarigione del sé*. Bologna: Bollati Boringhieri

IL LINGUAGGIO DELL'ANIMA

FONDAMENTI DI
ECOBIOPSICOLOGIA

DI DIEGO FRIGOLI

EDIZIONI MAGI

Se io non sono in un campo psichico con gli altri
- con la gente, con gli edifici, gli animali,
le piante - io *non sono...*

James Hillman



La nostalgia della bellezza e dell'armonia che vincola in legami indissolubili il rapporto mente-corpo dell'uomo, la sua anima e le relazioni che essa intrattiene con la natura e con l'universo, sono il campo di studio dell'ecobiopsicologia.

Questa moderna disciplina, nata dall'epistemologia della complessità, si situa come sviluppo della psicoanalisi e della psicologia analitica junghiana, e studia l'aspetto archetipico del Sé nella sua dimensione unificante il campo della materia e della psiche. In ciò che chiamiamo mondo (*eco*) è implicito un ordine che si ritrova nell'evoluzione della materia (*bios*), e nella storia della psiche dell'uomo (*psyche*) sotto forma di immagini e miti, sicché l'ecobiopsicologia rappresenta la proposta e insieme l'invito a leggere nei simboli archetipici quell'armonia mundi che costituisce lo schema dell'*Unus Mundus*.

In questa chiave il terapeuta raffinato non risponderà soltanto alle esigenze di decodificare il significato di un sintomo, ma saprà cogliere in esso un'intenzionalità nascosta, partecipe contemporaneamente delle vicissitudini individuali e di quelle urgenze dell'anima che chiede di essere ascoltata per ritrovare la traccia del proprio destino.

Diego Frigoli, psichiatra e psicoterapeuta, è direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia «Istituto Aneb» e presidente dell'Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia. Già ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano, si segnala come innovatore nello studio delle relazioni fra il corpo e l'immaginario. Tra le sue recenti pubblicazioni ricordiamo: *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica* (2007), *Psicosomatica e simbolo* (2010), *La fisica dell'anima* (2013), *Dal segno al simbolo* (2014).

IL FEMMINILE CELATO: un caso clinico di candidosi vaginale

Nell'agosto di due anni fa ricevo la telefonata di un uomo che, in tono molto svalutante, mi parla della sua compagna dicendomi che soffre di "paturnie mentali" e mi chiede un appuntamento per lei, evocandomi emotivamente una domanda implicita rispetto alla loro relazione e alla possibile esistenza di una modalità dipendente nella coppia. Al primo incontro vengono entrambi spiegandomi le motivazioni che li hanno spinti a consultarmi. Noto subito la differenza di età tra i due (lui ha 39 anni, lei ne ha 25) e l'imbarazzo di lei che mi sembra quasi costretta ad essere lì in quanto assume un atteggiamento molto dimesso. Antonio sostiene che Giada si preoccupa troppo per la pulizia della casa che la porta a non fermarsi per ore, arrivando quasi a svenire, finché non è tutto pulito e in ordine come vuole.

A ciò si aggiunge la costante apprensione per i cani quando sono soli a casa che non fa stare tranquilla la compagna. Avendo però deciso di avere un figlio, vorrebbe tanto che lei stesse bene, lasciandomi intuire, in questa eccessiva preoccupazione, le difficoltà che lui avverte in Giada nella possibilità di accedere ad una dimensione di maternità, traslata forse sull'eccessiva attenzione per gli animali, due cagnolini di piccola taglia.

Dopo aver raccolto succintamente i primi racconti della coppia, le mie emozioni erano molteplici: vedevo in Antonio una figura che all'apparenza si presentava come protettiva nei confronti di Giada, molto sottomessa a lui. In entrambi i casi, però, sentivo mancare quell'autenticità che dovrebbe essere presente in una coppia che si dichiara pronta ad un progetto genitoriale.

Giada è una ragazza carina, di media statura e normopeso con i capelli fini sempre raccolti in una coda alta, un po' spettinata. Indossa sempre una felpe larga che non evidenzia per nulla

le sue forme femminili, dei pantaloni comodi, scarpe da tennis e uno zainetto. La sua pelle è molto chiara, il suo viso è pallido, dietro gli occhiali quadrati emergono dei grandi occhi scuri mai truccati, mai messi in evidenza, come ogni altro aspetto della sua femminilità. L'impressione che ne traggio globalmente è quella di una giovane donna che ancora non sente di potersi relazionare con la sua parte più autentica nei confronti del mondo, tanto da rimanere ancora indistinta.

La storia clinica

L'infanzia di Giada è stata caratterizzata da evidenti traumi emotivi. Sin dalla nascita la madre in qualche modo non se n'è occupata



Tiziano Vecellio, Danae, 1545

con solerzia, ma il clima familiare era turbolento per l'esistenza di un padre dipendente da sostanze stupefacenti, violento e assente. La vita della madre è a sua volta segnata da profonde ferite, quasi ad anticipare il futuro rapporto che avrà con le proprie figlie. Il clima in cui è vissuta era molto complesso e difficile tanto che a sedici anni, poco più che adolescente, entrò in rapporto con quella persona che diventerà, a diciotto anni, il suo futuro marito, nonostante ben sapesse della sua dipendenza da sostanze. Così, come spesso ca-



pita quando l'uomo davanti alla donna lascia intravedere un possibile rapporto d'amore e fa scattare in lei quel sentimento generale di aiuto, allo stesso modo anche la madre di Giada pensò che, iniziando una relazione con il futuro marito, avrebbe potuto salvarlo dalla sua dipendenza. In realtà le cose precipitarono e quando Giada compì 5 anni i due si separarono. Da quel momento la figura paterna sarà praticamente assente per la paziente. La madre invece, nonostante sia riuscita a slegarsi dal marito violento e non sia più vincolata a queste modalità relazionali, manifesta un tratto fortemente depressivo e un abuso ciclico di alcolici, derivante forse da una condizione precedente primaria, riattivata dal fallimento del rapporto con il proprio marito e caricata dall'incombenza del ruolo di madre che non è in grado di assolvere. Apparentemente solo l'ambito lavorativo è saldo: è infermiera, ha sempre lavorato e mantenuto da sola le figlie, fatto che però ha inciso molto sulla paziente e sulla sorella, abituandole a gestirsi autonomamente. Giada, bambina precocemente matura, doveva pulire la casa tutti i giorni quando tornava da scuola per far contenta la mamma che, rientrata a casa, si sdraiava sul divano e spesso beveva. Ciò in qualche modo giustifica le continue pulizie messe in atto nella sua vita attuale, l'unico modo che conosce per esprimere il bisogno di dare rispetto e amore all'altro. Oggetto "sé" della madre, la paziente si è sentita molto trascurata come figlia e percepiva se stessa come la Cenerentola di casa dedita a pulire, lavare e cucinare. Non ricorda di aver mai cenato a tavola, anzi, quando mamma era stanca e nervosa lei e la sorella si chiudevano in camera a mangiare "schifezze" sul letto. Senza un imprinting educativo, lasciate sole a se stesse, cercavano, attraverso un cibo non adeguato alla loro età, di dare privilegio in senso di piacevolezza ad un clima altamente doloroso, che veniva spento da questa fuga sul piacere alimentare. A conferma di questo bisogno profondo di un nutrimento adeguato, continuamente ferito dall'incapacità della madre di occuparsi di lei, a 19 anni Giada arrivò a pesare 95 kg. Sembra dunque che abbia veicolato sul cibo l'immenso bisogno di amore frustrato che veniva espresso paradossalmen-

te dal "non mangio cose buone e ingrasso, ma mangio schifezze e ingrasso", che non è altro che la ripetizione del tema delle relazioni oggettuali inadeguate: un cibo cattivo che però deforma anche l'identità corporea.

Inoltre, a conferma di un clima del tutto disorientato e disorganizzato nella relazione genitoriale con le figlie, la madre non era capace di mantenere nel privato le proprie quote emotive ma le estendeva liberamente attraverso la presenza in casa di altri uomini, quasi senza rispetto per loro, o come se le mancasse la possibilità di occuparsi sintonicamente di quelli che per lei erano oggetti "sé".

Su questo sfondo si colloca poi per Giada una specie di nevrosi del destino che va a ricalcare esattamente ciò che la madre aveva fatto a sedici anni. Quando la incontro la convivenza con Antonio è iniziata da circa un anno e mezzo, da quando ha trovato lavoro come commessa in un negozio di alimentari. Prima di lui c'è stata soltanto un'altra relazione a distanza con un ragazzo di una città del sud Italia durata circa otto mesi. Antonio fa l'operaio, è una persona molto ansiosa, da sempre. Ha fatto un lungo percorso con una psicologa, ma non ha superato la sua ansia, tornata poi con la morte della sorella. Quando i due si conoscono, lui ha appena perso la sorella per un cancro al seno e ha da poco divorziato a causa del tradimento della moglie con la quale ha chiuso ogni rapporto.

Come il padre era dipendente da sostanze, così Antonio sembra dipendente da ricordi non elaborati dal punto di vista emotivo, tanto da doversi rivolgere ad una psicologa e a dover assumere una terapia farmacologica. Sembra perciò che, in questo quadro d'incertezza maschile personale e relazionale, Antonio chieda a Giada di essere la salvatrice della sua disperazione essendo lui incapace di rinnovarsi. Anche nella relazione, probabilmente Giada rappresenta per il compagno l'oggetto "sé" che deve, in qualche modo, compensare il fallimento della sua condizione. Perciò nella dinamica della coppia, nonostante lei abbia bisogno di una figura protettiva che la qualifichi, che la tratti simbolicamente come una figlia, viene trattata dal suo compagno come una figura materna.



Il desiderio di avere un figlio in questo contesto relazionale esiste ma rimane astratto. Antonio lo vorrebbe probabilmente per completare un iter della sua identità precaria, per lei invece sarebbe un passo troppo azzardato non avendo prima fatto i conti, dentro di sé, con l'idea di poter accedere alla totalità della dimensione femminile, attraverso il rapporto di una donna con un uomo e di una madre verso un figlio ad un livello più autentico. Per questo motivo il figlio per lei è più un'imposizione traslata da Antonio a cui, in termini ambivalenti, lei non sa sottrarsi, perché implicherebbe un confronto relazionale impegnativo e la coppia in questo momento cortocircuitata su questa idealizzazione. Il destino ha portato Giada e Antonio ad incontrarsi senza che nessuno dei due esplorasse fino in fondo ed intimamente la propria autonomia, hanno cercato inconsciamente di aiutarsi ma, come sostiene il grande autore Balzac, due persone ferite che si appoggiano non fanno una persona stabile ma aumentano le ferite già presenti. Non a caso anche l'ambiente lavorativo, a conduzione familiare, viene vissuto da Giada come invasivo e precario perché riattiva in lei i fantasmi della sua famiglia e al contempo, davanti all'impegno che il lavoro in sé comporta, anche quella dimensione ossessiva delle pulizie, legata all'incapacità di poter affrontare il lavoro in modo molto libero, separandolo dal vissuto di Cenerentola.

Il sintomo

I primi rapporti con Antonio, nonostante la precarietà di entrambi, erano andati discretamente ma appena nella coppia si fa avanti l'idea di poter avere un figlio ecco che in Giada subentra, a livello inconscio, un sintomo. Si presenta una candida molto acuta dai giorni dell'ovulazione fino all'arrivo del ciclo mestruale.

La candida o candidosi è un'infezione fungina che può colpire le mucose, tra cui in particolare la mucosa vaginale. La causa scatenante la candidosi è un'alterazione della flora micotica e in generale di tutto l'ambiente intimo femminile. Il fungo *Candida Albicans*, sempre presente nella vagina, nel momento in cui si verifica la situazione suddetta, passa dall'essere

innocuo all'essere responsabile dell'infezione. I sintomi più frequenti sono un fastidioso prurito vaginale, con o senza prurito vulvare, bruciore, e una spessa perdita vaginale (come formaggio fresco). Spesso a questi si aggiungono eritema, edema ed escoriazioni delle pareti. La terapia più comune per la candida femminile consiste nel prescrivere alla paziente ovuli antifungini, creme vaginali o lavande, in caso però l'infezione persista o si tratti di una recidiva è necessario procedere con una terapia antimicotica orale. La coppia consulta più di un ginecologo e prova diverse cure ma la candida non scompare. Il sintomo ha fatto in modo che, non soltanto non si potesse vivere una sessualità completa, ma intervenendo tra la mestruazione e l'ovulazione permetteva una sterilità forzata.

Che senso dare a questo tipo di disturbo? Alla luce di quanto finora succintamente detto, se esaminiamo la storia di Giada partendo dalla sua esperienza primaria con una madre che ha creato in lei un attaccamento disorganizzato di cure inadeguate, in quanto lei stessa a sua volta non le aveva ricevute, scopriamo dunque una piccola bambina che cresce in un ambiente confuso e non è grado di traslare nella figura dell'uomo e del padre aspetti che non siano metabolizzati dalla madre. Se aggiungiamo che l'esperienza drammatica di un padre tossicodipendente e violento prima, assente poi, impediva a Giada un investimento adeguato, possiamo comprendere come dalla linea materna, nonostante siano presenti degli aspetti generali affettivi adeguati, non abbia appreso quella sicurezza empatica che permette ad una donna di esplorare in modo convincente la relazione con l'uomo, e nel contempo possa vedere nell'uomo le parti terribili di un padre che gli si è presentato sempre come inadeguato.

In questo clima possiamo ben intuire come un figlio possa comportare un investimento altamente problematico da destabilizzare gli equilibri precari nella coppia. L'estrema insicurezza di Giada non le consente di sottrarsi al volere di Antonio ma di affermare solamente di non essere pronta per un progetto di genitorialità.

Su questo sfondo si colloca la candida, forse vissuta dalla paziente a livello inconscio come una difesa, espressa dall'abbondante secrezione infetta, che tiene lontano il maschile rifiutato ma di cui si teme anche il rifiuto.

Giada vive ancora facendo nuovamente la "Cenerentola" come nella casa della madre, forse per tenere buono il fidanzato come teneva buona la madre? O forse perché è l'unica forma di relazione che conosce? È evidente che fino a che una giovane donna è inserita in un "complesso di Cenerentola" avrà difficoltà ad incontrare il *Principe Azzurro* che, come nelle fiabe o nei miti, è sempre quella figura maschile che riscatta la donna dalla propria insicurezza d'identità e la rende *Regina*. Volendo fare un'amplificazione analogica sul perché la candida inizia dall'ovulazione in poi e non da dopo le mestruazioni fino all'ovulazione, potremmo aggiungere che nella seconda parte del ciclo scatta la dimensione del progesterone che è l'ormone della gravidanza. Possiamo forse pensare che in questa memoria biologica si nasconda un'ulteriore rafforzamento che ci rimanda a quanto implicitamente Giada può aver vissuto sin da quando era in pancia alla madre?

Il lavoro terapeutico

Il lavoro con la paziente inizialmente è stato difficile perché Giada si rifugiava in profondi e lunghi silenzi, come se non avesse la possibilità di accedere al mondo della parola per le profonde emozioni che stava vivendo. In quei momenti di silenzio stavo particolarmente attenta ad accoglierla emotivamente ma ogni tanto cercavo di interromperlo chiedendole in modo molto diretto: «C'è qualcosa che ti preoccupa? Perché questo silenzio?», cercando di ricostruire nel mio intervento quel *maternage* indispensabile per quella piccola bambina. Le sue frasi erano sempre molto brevi, secche; a volte si interrompevano a metà, come se non fosse in grado di concluderle.

La sua voce era bassa, quasi non la volesse sentire; si alzava soltanto quando dalla gola le saliva un pianto che non riusciva a trattenere. La sua voce in quel caso era molto alta, quasi urlante; il suo viso diventava paonazzo, l'eloquio era frettoloso, le sue frasi si facevano

lunghe e articolate, come se volesse liberarsi il più velocemente possibile di quei contenuti. Poi, cessato il pianto e le veloci parole, Giada si richiudeva nuovamente nel suo silenzio e il suo viso tornava pallido.



Michalel Maier, Atalanta Fugiens, Emblema III, 1617

Ciò mi ha fornito un quadro molto completo di ciò che era accaduto nella sua infanzia: non aveva avuto un rapporto adeguato con le emozioni primarie. Il focus della terapia, quindi, inizialmente è stato quello di ascoltare i bisogni della paziente e successivamente, attraverso la dimensione attentiva, di fornirle quelle parole indispensabili a far sì che i suoi bisogni si traducessero in parole. La relazione terapeutica empatica e sentimentale, aveva l'obiettivo di riparare quei modelli operativi interni dissociati dal trauma della relazione inadeguata con la madre, dandole una nuova capacità di pensare a se stessa attraverso il "luogo sicuro" della terapia. Durante i primi mesi entro i quali la nostra relazione prendeva sempre più corpo e le emozioni comparivano in modo sempre più esplicito attraverso le parole narrative, prendeva sempre meno corpo in Giada la tendenza ossessiva della Cenerentola a essere accettata attraverso la pulizia ripetitiva. Questo passaggio era sicuramente da imputarsi all'ascolto mirato che durante il lavoro terapeutico si era manifestato nei confronti delle sue emozioni.

Anche il sintomo della candida cominciava lentamente a regredire se non, dopo quasi un anno, a scomparire del tutto. Il fatto che Giada



si sentisse accolta dalla mia figura di madre simbolica e quindi cominciasse a integrare maggiormente le emozioni attraverso le parole, quasi in una fuga in avanti di guarigione, la portò ad esplorare la possibilità di diventare madre. Intimamente sentivo come terapeuta che aveva bisogno di assicurarsi ulteriormente sul suo essere donna e in qualche circostanza provai ad accennarglielo, consentendole di rallentare la sua fuga. Qualche tempo dopo però, nel periodo delle vacanze natalizie, con la sospensione della terapia per circa tre settimane, a conferma del fatto che i suoi desideri fossero prematuri, si concretizzò a livello psicosomatico una gravidanza extrauterina.

Tutto ciò fece piombare Giada in un grandissimo sconforto che la portò però a riflettere sui bisogni di una ragazza di 26 anni che non ha potuto vivere pienamente un'infanzia, un'adolescenza e una giovinezza, sulla sua femminilità, sul suo rapporto con Antonio, fino a giungere alla consapevolezza che forse in lei non fosse ancora presente uno spazio accogliente e nutritivo in grado di far crescere una nuova vita. Un primo obiettivo è stato raggiunto, Giada ora è in grado di pensare a se stessa e sentire le sue emozioni, ma rimangono presenti in lei molti aspetti su cui lavorare e forse il prossimo obiettivo terapeutico dovrà essere quello di costruire dei modelli operativi interni, alternativi, che le permettano di vivere, in modalità più evolute, se stessa come donna, e il mondo che la circonda.

Bibliografia

- Harding, M. E. (1973). *I misteri della donna*. Roma: Astrolabio
- Frigoli, D. (2017). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Edizioni Magi
- Frigoli, D. (Ed.). (2010). *Psicosomatica e Simbolo, Saggi di Ecobiopsicologia*. Roma: Armando Editore
- Jung, C.G. (1938). *Gli aspetti psicologici dell'archetipo della madre*, Opere, Vol. 9, t. I. Torino: Bollati Boringhieri
- Leonard, L. (1985). *La donna ferita*. Roma: Astrolabio
- Tumiati, L. (2006). *La freccia e il dolore*. Torino: Bollati Boringhieri

AUTORI: **Mara Breno** - Psicologa, Psicosomatista, Psicoterapeuta, Docente e Tutor presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Responsabile della gestione delle risorse didattiche. Membro del Comitato Scientifico della rivista MATERIA PRIMA. Terapeuta EMDR.

Diego Frigoli - Fondatore e promotore del pensiero ecobiopsicologico, Psichiatra, Psicoterapeuta e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Innovatore nello studio dell'immaginario con particolare riferimento all'elemento simbolo in rapporto alla sue dinamiche fra coscienza individuale e collettiva.

IL SIMBOLISMO DELLA MANO NELLA TRADIZIONE E NELLA PATOLOGIA



Le mani misurano la proporzione, miniatura del manoscritto
Architecturae Libri XXV, 1460-1464

Nell'organo della mano si palesa un simbolismo complesso, tanto che tutte le culture tradizionali lo hanno posto al centro dei loro rituali, quasi a significare che nella stessa si è concentrata l'essenza stessa dell'uomo-microcosmo. Pertanto, lo studio del valore simbolico della mano non ha soltanto lo scopo di aprire la mente alla comprensione di taluni aspetti psicosomatici, rintracciabili nei disturbi psicopatologici che la riguardano, ma soprattutto induce l'ermeneuta ad affrontare in modo mirato il regno impalpabile dell'immaginario, per scoprirne le sottili relazioni che possono orientare la coscienza alla scoperta del più riposto significato analogico. La mano aperta a dita distese, ad esempio, nel canone buddista sta a significare sia il senso del dono che l'assenza della paura, a seconda che il palmo sia abbassato e rivolto in avanti, oppure alzato al di sopra del capo. Nel primo caso si parla di *varada-mudra*, mentre nel secondo di *abhaya-mudra*. I *mudra*, tanto nel buddismo quanto nell'induismo, sono gesti simbolici della mano aventi lo scopo di orientare la coscienza del meditante ad una fusione con l'Assoluto Brahmanico. Essi sono l'equivalente gestuale dei *mandala*, figure geometriche simboliche tramite le quali

il devoto, in meditazione, era spinto a mettersi in sintonia con gli aspetti essenziali della realtà, posti al di là dell'apparire fenomenico di essa. Anche nella tradizione biblica e cristiana la mano aperta è simbolo del rapporto fra l'uomo e la divinità. Abramo infatti, fedele alla tradizione, rifiuta di accettare i doni corrottori del re di Sodoma *levando la mano verso Dio*, non soltanto per implorare la sua protezione, ma perché Egli solo, amministrando contemporaneamente il Cielo e la Terra, può essere sua guida nella vita. La mano chiusa, all'opposto, significa un distacco dell'io dalla vita; esprime un lento rientro in se stessi, una sorta di introversione nelle parti più recondite della personalità, alla ricerca di un contatto vitale con il nucleo più segreto della propria individualità. Non a caso la mano chiusa a pugno esprime la difesa contro una minaccia esterna, potenzialmente mortale, come se tutto l'io si rinchiusesse, affondando le proprie radici nella parte più indistruttibile della propria individualità. Proprio per questa introversione, nell'iconografia di tutte le culture tradizionali la conoscenza segreta (quella dell'iniziato per intenderci) è stata sempre rappresentata da figure a mani chiuse.

Anche la postura delle dita ha vari significati: tra i molteplici vogliamo ricordare quel particolare *mudra* chiamato *jnana*, che consiste nel ripiegare l'indice mentre il pollice gli va incontro sino a toccarlo, formando un cerchio. È un gesto simbolico, proprio dell'iniziato, che accompagna la sua meditazione e alcuni *pranayama* dello yoga. Il pollice, grazie alla sua *circumabduzione*, simbolizza il Sé e la sua libertà, in particolare la sua espressione in forma umana, mentre l'indice è il



dito dell'lo personale, quello che viene usato abitualmente per indicare e conferire la direzione all'attenzione. Come ci ricorda A. Van Lysebeth

Il pollice è il dito più specificamente umano; nessun altro animale possiede il pollice. Persino la scimmia, che ha cinque dita separate come l'uomo, non ha un vero pollice, perché il suo "pollice" non può mettersi in opposizione con le altre dita. È questa opposizione che trasforma la zampa in mano, vale a dire in uno strumento creatore, capace di modellare la materia bruta. Privati del soccorso del pollice, le altre dita sarebbero impotenti ad eseguire il benché minimo lavoro. Per adempiere alla sua funzione il pollice si tiene in disparte dalle altre dita, e le fronteggia. Le guarda, le giudica, ma è sempre pronto a collaborare con loro, è quello che ha più personalità. Quando si prendono le impronte digitali di un individuo la più interessante è, infatti, quella del pollice.

Nell'*jnana mudra*, pertanto, l'unione dell'indice con il pollice esprime una fusione dell'lo personale con il Sé transpersonale.

Una vignetta clinica

Voglio riportare un'osservazione clinica che mi lasciò alquanto perplessa sul suo significato. Mi accadde in passato di osservare un paziente affetto da morbo di Dupuytren, una curiosa malattia caratterizzata da una contrattura della fascia palmare, dovuta a proliferazione fibrosa che determina una deformità in flessione di una o più dita, con perdita della loro funzionalità. La causa di tale malattia è ignota: colpisce l'uomo come la donna, preferenzialmente dopo i 40 anni. L'unica terapia consigliata è l'iniezione locale di corticosteroidi direttamente nelle fasce tendinee affette; nei casi estremi di contrattura in flessione, si rende necessario l'intervento chirurgico.

Indagando la personalità di tale paziente, un uomo sposato di circa 50 anni, emerse il quadro di una persona dominata da un'eccessiva ipertrofia dell'lo. Dirigente bancario, abituato al comando, viveva una vita priva di qualsiasi

stimolo emotivo e spirituale. Il suo matrimonio, senza figli, era particolarmente insoddisfacente, tanto da essere spinto a ritrovare compensi in svariate relazioni extraconiugali, per lo più con prostitute e quindi, anche in questo caso, senza il minimo coinvolgimento affettivo. Cogliendo il senso profondo della sua infelicità e della sua insoddisfacente introversione, gli consigliai di affrontare una psicoterapia, non fosse altro che per renderlo più tranquillo di fronte alla sua frustrazione inconscia. Di fronte alla proposta egli se ne uscì con una solenne risata, dicendomi che «*lui stava bene e non aveva bisogno degli strizza-cervelli*». Mi aveva consultato per sapere se con l'agopuntura fosse possibile guarire dal morbo di Dupuytren, non certo per una psicoterapia! Lo persi di vista per qualche anno: poi, un bel giorno, vidi nel mio studio la moglie.

Venni a sapere dalla donna che il marito che dopo avermi consultato, si era recato da un ortopedico, il quale, constatando lo stadio ormai avanzato della malattia, gli aveva consigliato un intervento chirurgico. Dopo l'intervento per un breve periodo di tempo era stato bene, ma a distanza di un anno l'indice della mano destra aveva nuovamente cominciato a piegarsi. L'anno successivo il paziente era morto per un improvviso infarto miocardico.

La cosa sorprendente era che anche la moglie, dopo la morte del marito iniziava a presentare la medesima sintomatologia alla mano! Cominciò a raccontarmi che con la vedovanza, anziché sentirsi triste per la morte del coniuge, aveva avvertito un grande senso di liberazione, tanto da iniziare una relazione con un uomo di circa 15 anni più giovane, fatto che teneva accuratamente nascosto a tutti per la vergogna. In seguito, si era accorta che il nuovo partner, al di là di un'apparente innamoramento, in realtà nascondeva una natura fredda ed interessata al denaro, e per questo si era sentita pervadere da una profonda insoddisfazione. A quel punto aveva constatato, osservandosi la mano, che l'indice destro aveva cominciato a piegarsi: agli inizi non aveva fatto caso al disturbo, né tanto meno l'aveva collegato alla malattia del ma-



rito, ma dopo uno strano sogno che l'aveva turbata moltissimo, aveva sentito l'esigenza di consultarmi per ottenere una spiegazione del messaggio onirico ricevuto.

Nel sogno la donna si trovava in alta montagna, su un terreno molto ripido che la obbligava ad arrampicarsi e a chinarsi per afferrare i pochi ciuffi di erba che spuntavano. Ad un tratto si accorgeva di avere molta paura di rotolare a valle; mentre stava guardando verso la cima per calcolare quanto percorso doveva ancora fare, scorgeva il marito con un colorito livido da morto. Si spaventò molto, perse l'equilibrio e cercò di afferrarsi al terreno, ma ecco che da esso vedeva spuntare la mano malata del marito: la vedeva distintamente, con il pollice luminosissimo, quasi dorato, e l'indice nero-violetto, come tumefatto. Si afferrò spasmodicamente alla mano del marito e provò un senso di orrore perché era morta, ciononostante riuscì a far leva sul pollice e a riacquistare l'equilibrio perduto.

A questo punto si era svegliata terrorizzata, collegando istantaneamente la malattia del morto alla propria. Sentiva che esisteva un rapporto molto stretto tra la malattia del marito, la sua morte e la medesima malattia che da qualche tempo affliggeva anche lei. Le consigliai di iniziare un breve trattamento di psicoterapia, cosa che accettò senza nessuna difficoltà; dopo un certo tempo ci apparve chiaro il messaggio contenuto nel sogno.

Dai nostri colloqui emerse la personalità di una donna palesemente frustrata. Non aveva avuto figli, né si era realizzata nell'ambito sociale e lavorativo; si era spenta progressivamente, vivendo una vita inutile e vuota accanto ad un uomo che non l'amava. Quando poi il coniuge aveva cominciato a tradirla con altre donne, si era sentita doppiamente rifiutata, e spesso in cuor suo si era augurata che il marito morisse. Di lui aveva sempre pensato che fosse un fallito, incapace di realizzare le proprie ambizioni a causa del suo carattere debole ed incostante, che non gli permetteva di conseguire gli obiettivi prefissati; cercava allora consolazione in altre donne, come a rassicurarsi di una potenza virile non posseduta. Le feci fare associazioni sulla malattia del marito: affermò che secondo la sua inter-

pretazione l'indice della mano destra rappresentava l'atteggiamento vuoto e insulso del coniuge; tale atteggiamento doveva piegarsi e indirizzarsi verso il pollice, ovvero verso il dito della mano più capace di movimento, quasi a trarne un esempio di esistenza. Fui colpito da questa interpretazione, che completai facendole osservare che l'indice rappresentava l'Io del marito, mentre il pollice il Sé dello stesso. Ora, sul piano inconscio, il marito con la malattia della mano aveva ricevuto un profondo insegnamento a cambiare vita, indirizzando le proprie scelte verso obiettivi meno legati all'Io, ma l'impossibilità ad attuare tale inversione esistenziale molto probabilmente era stata responsabile del successivo infarto.

Le feci notare inoltre che il dito indice, piegandosi, si indirizzava verso l'eminenza tenar del palmo della mano, ovvero verso quella zona che la chiromanzia afferma essere la sede del pianeta Venere.

In altre parole, per raggiungere l'esperienza del proprio Sé, l'Io del marito avrebbe dovuto "piegarsi" nella sua superbia di potenza, per esprimere tutta quanta l'affettività inconscia, simboleggiata della scoperta del pianeta Venere della mano.

Non avendo attuato questo consiglio proveniente dalle profondità dell'Es, ecco che qualche tempo dopo il coniuge era morto per infarto miocardico, ovvero per un disturbo all'organo simbolicamente sede di quell'affettività da lui mai espressa. Anche lei stava commettendo lo stesso errore, ma il sogno l'ammoniva.

La china che stava salendo rappresentava la sua esistenza "in salita" e la "paura di rotolare a valle" stava ad indicarle il rischio potenziale di sprofondare nell'inconscio, visto il "precario equilibrio" della sua situazione. La comparsa della figura del marito morto era il monito che le mandava il suo inconscio verso lo stile di vita che stava conducendo, e la mano che sporgeva dal terreno, con il pollice (Sé luminoso), contrapposto all'Io (indice morto) rappresentava la possibilità che ancora le era concessa di cambiar vita, indirizzandola verso interessi più legati al Sé (era infatti quest'ultimo che le avrebbe permesso



di riacquistare l'equilibrio perduto). Di fronte a questo messaggio onirico così preciso, la paziente si decise a cambiar vita, indirizzandosi verso la scoperta di interessi che aveva sino ad allora ignorato. In seguito mi comunicò che il suo dito era perfettamente guarito e che psicologicamente stava benissimo.

L'organo del fare

Un caso come quello descritto se pur sommariamente, non può non farci pensare che molte malattie del corpo, ritenute dalla medicina esclusivamente organiche e dalla psicologia estranee al proprio percorso di indagine, richiedono in realtà un'osservazione molto attenta delle premesse psicologiche che ne hanno favorito la manifestazione. Le disfunzioni della mano rientrano a tal proposito nella categoria delle malattie vissute in modo strettamente organico: forse ciò dipende dal fatto che tale organo viene inconsciamente associato al "fare", all'operatività concreta, per cui lo si ritiene privo di risvolti psicologici.

Ma come non evidenziare che molte cisti tendinee o la sindrome del tunnel carpale, presenti prevalentemente nelle casalinghe, insorte improvvisamente e a detta degli ortopedici causate da "sforzi" incongrui - in realtà mai compiuti - tali da imporre un blocco delle funzioni della mano, altro non rappresentano che il desiderio inconscio di interrompere un'attività frustrante, dettata dal Super-Io, da una condizione culturale che vorrebbe la donna solo come "angelo del focolare", dedita ai lavori ripetitivi intimamente rifiutati?

Come non notare, inoltre, che i famosi "crampi professionali", trattati spesso con fisioterapia o massaggi, altro non sono che messaggi inconsci di rifiuto verso condizioni vissute come frustranti? E gli eczemi da contatto verso i detersivi? All'improvviso una donna diventa allergica verso i detersivi che usa "solo" per lavare i piatti! Ma in realtà verso cosa diventa allergica? Verso i detersivi che ha sempre usato e non le hanno mai procurato nulla in passato, o piuttosto verso la condizione del "lavare i piatti", che sul piano simbolico apre ad interpretazioni più legate a

conflitti emotivi? È certo che se noi indagassimo più in profondità i disturbi che colpiscono la mano potremmo trarre una ricca serie di considerazioni psicologiche, opportune per comprendere meglio non soltanto la funzione fisiologica di quest'organo ma anche la funzione simbolica dello stesso. Nel corpo umano ogni organo ha un suo simbolismo dettato dalla dimensione funzionale dell'archetipico che la sostiene, ben espressa nel cammino filogenetico. Nel caso della mano, l'archetipo funzionale implicato rimanda innanzitutto ad una capacità di agire in modo "fine" ciò che nella mente nasce come "ideazione" e "progetto", e che diventa concreto solo grazie alla mano e alla sua possibilità di manipolare e costruire il mondo. Infatti la mano, considerata non soltanto nel suo valore psicologico-simbolico ma anche archetipico, nel suo "fare" esprime la necessità metafisica stessa di rendere concreta, sul piano dell'esistenza, la decisione psicologica. Con la mano, proiettata come funzione attiva e costruttiva del mondo, come "tentacolo" invisibile che manipola la realtà fattuale, di fatto si colma il varco fra il visibile e l'invisibile, fra l'esistere e l'essere, fra la materia e il pensiero.

Bibliografia

- AA. VV. (2010). Il libro dei simboli. Riflessione sulle immagini archetipiche. Köln: Taschen
- Chevalier, J., Gheerbrant, A. (1986), Dizionario dei simboli. Milano: Rizzoli
- Frigoli, D. (2016). Il linguaggio dell'anima. Roma: Magi
- Frigoli, D. (2017). L'alchimia dell'anima. Roma: Magi

ALCHIMIA DELL'ANIMA

DALLA SAGGEZZA DEL CORPO
ALLA LUCE DELLA COSCIENZA

DI DIEGO FRIGOLI
EDIZIONI MAGI

L'ecobiopsicologia, recuperando l'itinerario tradizionale dell'alchimia delle immagini, il cui sfondo è situato nel corpo, conferisce a questa via dell'immaginario un rilievo del tutto nuovo, che costituisce il punto di approdo più avanzato dell'immaginario stesso, posto in modo originale a confronto con gli sviluppi più recenti della biologia evuzionistica e della fisica quantistica.

In questa prospettiva, se vogliamo affrontare la natura della psiche, studiandone le espressioni più fondamentali come il rapporto con il destino, il dolore, la felicità, la malattia, il sentimento, l'amore, occorre affrontare il tema dell'anima e della coscienza, e i loro punti di contatto con l'inconscio personale e collettivo. La "vera" coscienza non coincide con l'io, ma con la consapevolezza che l'anima ha di sé stessa mediante l'immaginazione della psiche collettiva. La coscienza, dipendendo dunque dallo specchio dell'immaginazione come facoltà attiva dell'anima, può diventare capace di cogliere la relazione sincronica che lega ciò che accade nel mondo con quello che avviene nella dimensione somatica e psichica dell'uomo. Un tratto distintivo e originale, infine, che il lettore troverà in questo libro è la descrizione di tecniche immaginative sulla luce, utilizzabili sia nell'ambito della terapia dei disturbi della psiche e del corpo, sia come esperienza personale concretamente sperimentabile da chi sia interessato a comprendere meglio il campo del Sé psicosomatico.

Diego Frigoli, psichiatra e psicoterapeuta, è direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia «Istituto Aneb» e presidente dell'Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia. Già ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università degli Studi di Milano, si segnala come innovatore nello studio delle relazioni fra il corpo e l'immaginario. Tra le sue recenti pubblicazioni ricordiamo: Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica (2007), Psicosomatica e simbolo (2010), La fisica dell'anima (2013), Dal segno al simbolo (2014).





AUTORE: **Sonia Colombo** - Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso Istituto ANEB, Referente per la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB dei rapporti con l'Ordine degli Psicologi della Lombardia. Formatrice in ambito aziendale e sanitario. Terapeuta EMDR.

PATOLOGIE AUTOIMMUNI: l'approccio ecobiopsicologico nella gestione di un caso di Sclerosi Multipla

*...Lì si trovano le radici, e ciò che otterrai
coincide con
le tue radici. Perciò la discesa nell'inconscio
rappresenta una specie di fatalità: ci si arrende
al fato non sapendo
che cosa ne emergerà, proprio come
quell'uomo neolitico che, discendendo
nell'acqua immerso nell'oscurità,
non sapeva che cosa sarebbe accaduto dopo.*
C.G. Jung, Lo Zarathustra di Nietzsche

Il caso clinico qui descritto fa riferimento ad Angela, una giovane donna di 40 anni che giunge da me in terapia all'incirca cinque mesi fa. La problematica che la paziente porta è di carattere affettivo e riguarda nello specifico il rapporto con il marito: la coppia è infatti profondamente in crisi dopo 12 anni di matrimonio. Il motivo di tali difficoltà è dovuto al fatto che il marito di Angela ha, da circa cinque anni, una relazione extraconiugale con una collega di lavoro e per tale ragione è da tempo molto assente in famiglia, non solo nei confronti della moglie ma anche dei 2 figli che la coppia ha dell'età di soli 8 e 6 anni.

Quando incontro Angela, durante il nostro primo colloquio, avverto immediatamente il suo terrore all'idea di confrontarsi con una psicoterapeuta: mi riferisce di essere molto spaventata nel poter ricevere una diagnosi nefasta dato che negli ultimi mesi le è capitato più volte di pensare di fuggire da tutto, figli compresi, piuttosto che di non avere più voglia di vivere. Da subito dichiarerà di non voler lavorare sul suo passato, chiedendomi di essere unicamente aiutata nella gestione delle problematiche presenti, dandomi così l'idea di dover tenere a bada un mondo emotivo interno che avverte come minaccioso.

Donna di piacevole aspetto, Angela sembra

dimostrare meno dei suoi anni. Di lei mi colpisce molto la particolare modalità di dialogare: alterna ad uno stile narrativo piuttosto fanciullesco (fatto di storpiature o abbreviazioni di alcuni nomi propri e sostantivi) uno stile marcatamente materno ed eccessivamente protettivo, specie nei confronti dei figli e del marito. Sembra quasi che in lei coesistano due modi di essere piuttosto estremi che si svelano attraverso la narrazione. A colpirmi è il fatto che le sue modalità protettive vengano rivolte anche verso l'uomo che da tempo la tradisce: «Temo che mio marito possa prendersi una delusione rischiando di rimanere solo se un giorno l'amante lo lascerà. E poi rischia di perdersi delle occasioni con i nostri figli non trascorrendo mai del tempo a casa. Non vorrei si pentisse un giorno». La donna sembra fare a tutti gli effetti più da madre che da moglie, risvegliando in me un sentimento di rabbia che lei stessa sembra per il momento non potersi concedere nonostante la situazione.

Orientata in maniera così marcata già da tali prime sensazioni cercherò di esplorare prudentemente il motivo più profondo che ha portato Angela a richiedere aiuto, cogliendo così in lei l'urgenza di poter far fronte a un'imminente richiesta di separazione che sembra stia per giungere da parte del marito. Angela, infatti, sembra essere molto spaventata all'idea di dover far fronte ad un possibile abbandono tant'è che per molto tempo ha preferito accettare un pesante compromesso: vivere sotto lo stesso tetto con un uomo che palesemente rivolge le sue attenzioni unicamente ad una relazione extraconiugale. Al momento della consultazione la paziente sembra, dunque, trovarsi di fronte ad un bivio obbligato: le sue fragili modalità di difesa psichiche sembrano vacillare di fronte



alla complessità che il mondo esterno le sta palesando, portandola inevitabilmente a doversi confrontare con le proprie parti Ombra; tuttavia è in lei presente una marcata ambivalenza nei confronti della terapia che si paleserà già a partire dal nostro primo incontro e man mano nei successivi. Angela da subito si dimostra infatti un "osso duro". Oltre a manifestare delle resistenze all'idea di indagare la sua storia passata, la donna sembra agire continui attacchi alla terapia: dapprima, li noto nel momento in cui le propongo una data per il nostro secondo appuntamento. La paziente in quell'occasione mi dirà perplessa di dover verificare le sue disponibilità per poi, però, dopo nemmeno venti minuti dal termine della seduta, inviarmi un sms di conferma. Allo stesso modo, dopo aver accettato la possibilità di effettuare un percorso di terapia con frequenza settimanale, mi chiederà dopo poco tempo di poterci vedere due volte al mese per questioni di carattere economico e di fronte alle mie perplessità (rimanderò alla donna come la sua situazione economica sembra poter supportare tale impegno) tornerà ad accettare la proposta iniziale. Insomma, Angela trascorrerà i primi mesi cercando di controllare il processo di terapia, attraverso continui attacchi diretti a minare il tentativo di costruzione di una buona alleanza. Tuttavia, non mancherà però in parallelo di presentarsi regolarmente alle sedute e già in occasione di uno dei primi incontri narra un sogno che sembra indicare come la giovane donna abbia già in qualche modo introiettato la mia figura: «Ero con lei dottoressa e le raccontavo di mio marito. Lei allora mi rispondeva che era ora di ribellarmi e di imparare a volermi bene». La sensazione in verità è che Angela alterni momenti di vera e propria "tessitura narrativa" a bruschi tentativi di distruzione del lavoro fatto, portandomi puntualmente a dover riparare pazientemente il lavoro fatto. Cosa si celerà in questa modalità di relazione che avverto a tratti profondamente desiderosa di un contatto caloroso e a tratti così severamente ostile? Quali eventi significativi possono avere costellato la vita di Angela portandola ad attivare modalità relazionali così complesse e discontinue?

La sclerosi multipla e il delicato terreno di una struttura psichica

Grazie all'anamnesi ecobiopsicologica, che non tralascia mai di indagare lo stato di salute del paziente così come la comparsa di eventuali sintomi corporei ai quali spesso è delegata l'espressione di disagi, conflitti e desideri inconsci della psiche, avrò modo di comprendere e amplificare i significati psicodinamici sottesi alla sofferenza e alle complesse modalità relazionali che sembrano caratterizzare il mondo di Angela. Dalla raccolta anamnestica, infatti, vengo a scoprire che Angela è affetta da sclerosi multipla, a lei diagnosticata all'età di 30 anni. I sintomi della malattia sono al momento impercettibili in quanto la patologia è in stato di quiescenza, tuttavia dalla risonanza magnetica risultano essere presenti otto lesioni, seppur non più attive. Partendo dal presupposto che il complesso rapporto fra mente e corpo è espressione di un unico "campo" capace di organizzare sincronicamente non soltanto le immagini mentali, ma anche gli eventi somatici corrispondenti, diventerà chiaramente alquanto importante, prendere in esame l'aspetto simbolico che può celarsi dietro a tale patologia, cercando di sverlarne il significato sotteso.

Nel caso della sclerosi multipla, come è noto, ci troviamo di fronte ad una malattia autoimmune neurodegenerativa demielinizzante che crea lesioni a carico del sistema nervoso centrale. In sostanza, in chi è affetto da tale patologia si verificano danni e perdita di mielina in più aree del sistema nervoso centrale (per questo si chiama "multipla"). La mielina, sostanza costituita per un 70-80% da lipidi e per il rimanente 20-30% da proteine, ha infatti la funzione di rivestire come una guaina le fibre nervose, con funzione protettiva e isolante della conduzione dello stimolo nervoso. Nel caso della sclerosi multipla ci si trova in sostanza di fronte a una reazione del sistema immunitario che scatena un attacco contro la mielina, attivando un processo infiammatorio che va a colpire alcune aree circoscritte del sistema nervoso centrale, provocando la distruzione della mielina stessa e degli oligodendrociti, le cellule atte alla sua produzione. Le aree di perdita di mielina, chiamate lesioni o placche,

sono simili a cicatrici (da qui il termine “sclerosi”) e possono essere disseminate in diversi punti degli emisferi cerebrali, con particolare predilezione per i nervi ottici, il cervelletto e il midollo spinale. Chiaramente un attento sguardo clinico non può anzitutto non prendere in considerazione la pericolosità della malattia e i fantasmi e le fantasie che possono evocarsi nella persona che riceve una tale diagnosi (timore di un peggioramento, fantasie di poter finire su una carrozzella per problemi di deambulazione, ecc.). Nel caso di Angela, la diagnosi le fu fatta dopo essersi accorta che in alcune giornate le accadevano degli importanti cali muscolari al punto da non riuscire a sollevare piccoli pesi. Comparve, inoltre, per un breve periodo anche uno spasmo agli arti inferiori. Indagando il momento di esordio della malattia emergerà che tali manifestazioni iniziarono a seguito di due anni di intensa sofferenza in cui lei e il marito non riuscivano ad avere figli. Alla luce di tutto ciò, e al fine di impostare un lavoro terapeutico sintonico, sentirò la necessità di aprire il campo di lavoro a nuove riflessioni: che significato simbolico può avere avuto nella vita di Angela l’insorgenza della sclerosi multipla? Dietro allo sviluppo di una patologia autoimmune così grave quali ferite inconsce potranno celarsi? Come mai l’esordio della malattia si è verificato proprio a seguito di un insuccesso nella procreazione? Quale parallelismo simbolico potrebbe celarsi fra le modalità di azione della malattia a livello corporeo e le modalità relazionali che Angela attiva in terapia (fatte di strappi e interruzioni)? Tutte queste riflessioni sono state per me da subito molto preziose sia per mettere in luce la delicatezza e complessità del caso clinico, sia per poter avviare un lavoro di terapia, che potesse offrire una lettura complessa e coerente al campo informativo costellato dall’unità “psicosomatica” di Angela.

La storia clinica

Data la delicatezza della paziente, confermata anche dalla diagnosi di sclerosi multipla, mi sono addentrata con molta calma e pazienza nella ricostruzione della sua storia personale e familiare, cercando di offrire ad Angela fin da subito una presenza supportiva e di soste-

gno finalizzata anche alla gestione delle urgenze di carattere familiare cui era chiamata a far fronte. Nonostante i diversi tentativi di attacco alla terapia, Angela è così riuscita a procedere con la separazione richiesta dal marito che nel frattempo ha lasciato la casa in cui vivevano. La donna è inoltre riuscita a concordare con lui le regole e le modalità di gestione e di cura dei figli.

In parallelo Angela, seppur con molta reticenza, ha iniziato a condividere in terapia la dolorosa storia della sua vita, quel passato che la terrorizza e da cui continua a prendere distanza. La giovane, figlia unica, nasce da una mamma di 21 anni e da un padre di 20, entrambi originari del sud Italia. La coppia si trasferì al nord in concomitanza della nascita di Angela e già allora il padre era un alcolista. Angela ricorda che il padre smise di bere quando lei aveva ormai già 17 anni, tuttavia sostiene di non aver capito fino ai suoi 12 anni che il padre fosse un alcolizzato, lasciando così trapelare la presenza di una possibile amnesia dissociativa messa in atto nel tentativo di far fronte ad un’esperienza traumatica ripetuta nel tempo. Nonostante ciò, la donna definisce il padre come una figura positiva seppur ricordi come intorno ai suoi 12 anni iniziò a vivere profonde angosce vedendolo tornare a casa ubriaco, sentendolo dire cose senza senso e incontrandolo in paese in stato di ebbrezza.

Il fatto che Angela viva tuttora il padre come una figura protettiva, nonostante il faticoso passato di dipendenza, è rintracciabile nel complesso rapporto che Angela ha da sempre avuto con il materno di riferimento. La madre, infatti, è stata da sempre poco presente e affettuosa e le sue reazioni erano spesso caratterizzate dalla rabbia. Più di ogni altra cosa Angela ricorda le modalità spaventanti della madre: poco dopo la nascita del secondo figlio la madre insinuò che il marito di Angela lo picchiasse, così come prima della nascita del primo figlio accusò Angela di avere problemi ed “essere strana” dal momento che tardava a mettere al mondo un bambino. La stessa madre accusò più volte Angela di avere avuto relazioni extraconiugali, sostenendo, senza alcun dato di fatto, che

la giovane donna avesse avuto i due figli non dal marito ma da altri uomini. Tali affermazioni, che sembrano da un lato essere caratterizzate da ignoranza e dall'altro assumere le sembianze di convinzioni pseudo deliranti, sembrano essere scolpite nella mente della giovane donna sebbene sia molto restia a parlarne.

Le poche figure adulte di riferimento che Angela ricorda sono state due educatrici che in alcuni momenti si presero cura di lei e della madre aiutandole nelle faccende di casa e organizzando dei pranzi conviviali con loro. In quella situazione Angela dirà che finalmente si sentiva in famiglia.

Nonostante la situazione familiare così disagiata, Angela se l'è sempre cavata molto bene negli studi: ottimi i risultati raggiunti fin da piccola e mantenuti anche all'università. Anche sul lavoro sembra cavarsela al meglio: opera come statistica all'interno di una società che si occupa di ricerca.

L'ipotesi psicodinamica della Sclerosi Multipla e il percorso di terapia

Una caratteristica fondamentale del sistema immunitario è la capacità di distinguere tra le strutture nocive che costituiscono un pericolo per l'organismo, e che quindi devono essere eliminate (non self), da quelle che non lo sono e che quindi devono essere preservate (self). Il sistema immunitario riconosce inoltre il "not self" anche nel contesto del "self": è il caso ad esempio dei linfociti, cellule che giungono a maturazione solo se in grado di riconoscere il "self" senza aggredirlo e che vengono distrutte qualora manifestino un'incapacità di fronte a tale funzione. In tal senso, il manifestarsi della sclerosi multipla, quale patologia autoimmune, è indubbiamente indice di un'autoaggressione del "self" che attacca se stesso non riconoscendosi (distruzione della mielina e degli oligodendrociti) e dunque minando gravemente al delicato equilibrio su cui si poggia il sistema immunitario. Dal punto di vista ecobiopsicologico, l'espressione della malattia del corpo può essere letta come una vera e propria rappresentazione delle dinamiche inconse ad essa sottese e di aspetti profondi presen-

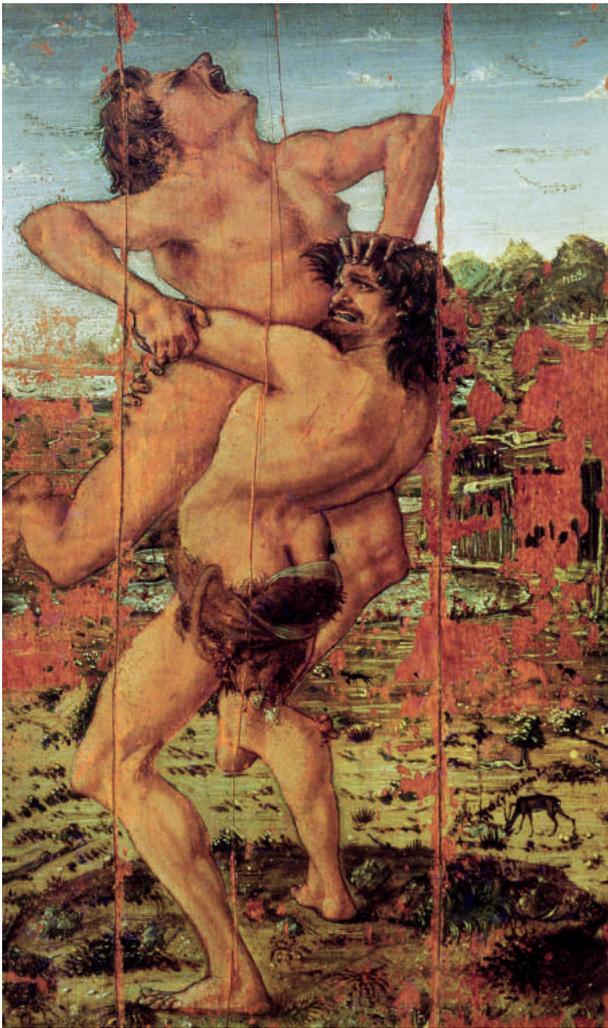
ti nel paziente che chiedono di essere finalmente visti. Partendo da tali presupposti, una lettura simbolica della specifica patologia e delle sue modalità di azione diviene necessaria per poter ampliare in chiave psicologica le dinamiche inconse presenti nella paziente: la malattia diviene cioè un vero e proprio "sogno del corpo" da decodificare (Frigoli, 2010). E' così possibile ipotizzare che a livello psicodinamico in Angela siano in atto profonde e complesse dinamiche inconse altamente conflittuali e destabilizzanti, dato



William Blake, Los Entering the Grave, 1820

che ad essere colpito è proprio il suo sistema immunitario. Il conflitto inconscio di Angela sembra inoltre essere profondamente radicato, al punto tale che il sistema immunitario rischia di venire messo a repentaglio proprio dall'organismo stesso (il "self che attacca il self"), lasciando ipotizzare come nella paziente siano in atto veri e propri attacchi a dimensioni inconse interne (il fallimento del sistema immunitario nel caso della sclerosi multipla non si manifesta con un'incapacità di aggredire gli agenti esterni, bensì con la confusione esperita nell'aggredire proprie parti non riconosciute come tali). Esaminando

inoltre le modalità di attacco simbolicamente espresse dalla malattia, si evidenzia come la mielina, in quanto guaina protettiva, sembri corrispondere a livello inconscio proprio a quella funzione materna e di protezione che Angela non ha mai potuto esperire. L'attacco risulta talmente potente da creare ferite/diconnessioni (le placche) a livello informativo al punto di dar vita ad un rallentamento della trasmissione elettrica al sistema nervoso



Antonio del Pollaiuolo, Ercole e Anteo, 1475

centrale. In termini psichici potremmo ipotizzare che le "diconnessioni" osservabili nella patologia, siano il manifestarsi di possibili difese di carattere dissociativo: Angela sembra cioè interrompere il flusso informativo di emozioni profonde e penose, dovute al problematico rapporto esperito con i caregiver dal carattere anaffettivo e poco protettivo, attraverso l'attivazione di una disconnessione di alcuni elementi del processo psichico. Tali

vissuti, mantenuti così sospesi in una dimensione limbica, non giungeranno a coscienza, mettendo però seriamente a rischio la salute della giovane donna che delegherà inconsciamente al corpo il loro manifestarsi. Angela, infatti, è una donna che dimentica facilmente, che non nota, non vede, non ricorda. Colpisce ad esempio, come sopra descritto, come fino ai suoi 12 anni non avesse compreso che il padre era alcolizzato, così come per almeno circa tre anni non abbia dubitato del fatto che il marito la tradisse nonostante l'uomo fosse sempre fuori casa. In sintesi, è come se Angela tenda a non vedere una parte di realtà attorno a sé, dissociandosi. È possibile ipotizzare la presenza di importanti quote aggressive inconscie: la paziente tende infatti ad innalzare muri e difese pur di evitare l'abbandono, accettando però pesanti compromessi e trattenendo la rabbia a favore di un esercizio di controllo sulle persone con cui ha relazioni significative. In un certo senso è come se a fronte di possibili fallimenti relazionali (la difficoltà di procreazione, la dipartita del marito ecc.) la paziente mimasse un attacco alle parti protettive a lei mancate attraverso i sintomi della sclerosi multipla, nel tentativo di difendersi dalla possibilità di esperire un nuovo fallimento o abbandono. Il tutto ad un prezzo altissimo per il corpo. Fa riflettere, infine, come il fallimento esperito nel non riuscire inizialmente ad avere figli, a livello profondo abbia rappresentato per Angela l'impossibilità di poter "rimettere al mondo se stessa", slatentizzando così l'esordio della sclerosi multipla.

Così definite le modalità di azione della sclerosi multipla rendono a tal punto anche più chiara la lettura dei continui tentativi di "diconnessione" attivati da Angela in terapia. È possibile ipotizzare che il momento di incontro in terapia, in quanto tentativo di connessione e continuità di relazione e informazione fra i due attori, venga vissuto inconsciamente da Angela come possibile luogo di pericolo da attaccare con la frase da lei puntualmente ripetuta «Ma servirà davvero fare la terapia? Ci sono evidenze scientifiche che lo dimostrino?», piuttosto che attraverso la "ricontrattazione" della frequenza delle sedute. Angela



sembra cioè agire tentativi di attacco ad una continuità terapeutica protettiva (una sorta di mielina psichica), inconsciamente finalizzati a creare una ferita alla relazione (creazione della placca) e il conseguente rallentamento del processo di riparazione e ampliamento della coscienza (riduzione della velocità di conduzione elettrica nervosa). Proprio partendo da tali analogie e amplificazioni che hanno permesso una profonda comprensione delle complesse dinamiche psichiche presenti in Angela, la terapia ad oggi sembra essere riuscita a “resistere” agli “attacchi autoimmuni” da lei prodotti, grazie all’attivazione di continui tentativi di riparazione da me puntualmente messi in atto, quali l’accoglienza, la pazienza e il continuo rimando a ciò che accade nella relazione terapeutica. Aiutare Angela a comprendere come i suoi attacchi inconsci mettano a repentaglio la continuità terapeutica, stando attenta a mia volta a non re-agire a tali “aggressioni”, ma piuttosto cercando di significarle sia ai miei che ai suoi occhi, sembra permettere alla giovane donna di cominciare a vedere le sue modalità di reazione, i suoi repentini cambi emotivi e i suoi tentativi di destabilizzazione. Continuare, seppur faticosamente a stare all’interno di una relazione terapeutica e di cura, significherà inoltre per Angela poter sperimentare la possibilità di far emergere il suo mondo interno con il disordine e la disorganizzazione che lo caratterizzano, senza più dover attaccare quella “mielina protettiva” che la terapia sta cercando di ri-crearle attorno nel tentativo di giungere ad una maggior continuità di coscienza e consapevolezza e alla creazione di una nuova esperienza relazionale riparativa e correttiva delle sue esperienze primarie fallite. Nel caso di Angela, infatti, come spesso accade, le risposte della madre alle richieste di cura e di conforto sembrano aver ottenuto risposte inadeguate, creando così una condizione traumatica causata da un modello di attaccamento non sicuro. Come dimostrato anche dalle neuroscienze, in questi casi il trauma agisce creando alterazioni sinaptiche (chiamate Modelli Operativi Interni Dissociati), determinando un’esperienza dissociativa fra i registri psichici necessari a comprende-

re e a modulare le esperienze e le relazioni di attaccamento, con incapacità nell’adulto di interpretare le sfumature della vita reale e le sfaccettature delle emozioni (Frigoli, 2016). La funzione riparativa della psicoterapia diviene in tal caso un’esperienza relazionale di fondamentale importanza, sia in termini psichici che biologici, che permette al paziente di sperimentare e ricreare nuovi modelli di attaccamento caratterizzati da maggior sicurezza, protezione e stabilità.

Bibliografia

- Frigoli, D., Cavallari, G., Ottolenghi, D. (2007). *La psicosomatica. Il significato e il senso della malattia*. Milano: Xenia
- Frigoli, D. (2007). *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica*. Roma: Armando
- Frigoli, D. (a cura di), (2010). *Psicosomatica e simbolo*. Roma: Armando
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell’anima. Riflessioni ecobiopsicologiche in psicoterapia*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2014). *Intelligenza Analogica. Oltre il mito della ragione*. Milano: M&B Publishing
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell’anima. Fondamenti di ecobiopsicologia*. Roma: Magi
- Perricone, R. (2013). *Malattie autoimmuni sistemiche*. Roma: SEU
- Schore, A.N. (2010). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Roma: Astrolabio Ubaldini

Sitografia

<https://www.aism.it>

LETTURE ECOBIOPSILOGICHE



Paolo Emilio Persiani
Editore

Collana: Quaderni Asolani
(a cura dell'Associazione Nazionale
Ecobiopsicologia ANEB)

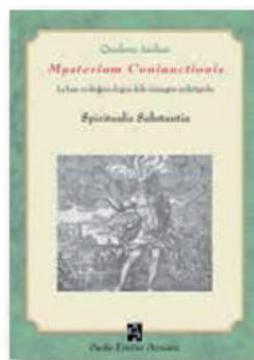
Titolo: *"Mysterium Coniunctionis"*
*La base ecobiopsicologica delle immagini
archetipiche*

autori:

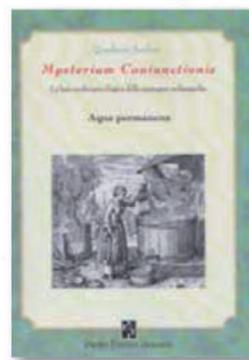
Diego Frigoli, Mara Breno, Alessandra Bracci, Maria
Pusceddu, Anna Villa, Silvana Nicolosi, Alda Marini,
Giorgio Cavallari

Direttore Responsabile: Diego Frigoli
Direttore Scientifico: Giorgio Cavallari

Comitato Scientifico: Mara Breno, Alda Marini,
Silvana Nicolosi, Milena Porcari, Maria Pusceddu,
Raffaele Toson, Anna Villa



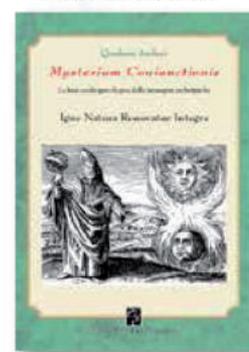
**Mysterium
Coniunctionis**
Spiritualis substantia



**Mysterium
Coniunctionis**
Aqua permanens



**Mysterium
Coniunctionis**
Terra Celeste



**Mysterium
Coniunctionis**
Igne Natura Renovatur Integra

Gli studi sull'immaginario hanno sempre oscillato fra due posizioni estreme: quella di considerarlo un "sistema" strutturato sulla base di una logica che riduce la simbolizzazione ad un simbolizzato senza mistero e la posizione opposta, secondo la quale le immagini simboliche fanno riferimento ad un rapporto con gli aspetti archetipici della psiche.

L'ermeneutica ecobiopsicologica si situa in uno spazio nuovo - intermedio - che cerca di conciliare lo spirito sensoriale propria della epistemologia scientifica con la dimensione di quel "vero primordiale" descritto dalla Tradizione.

L'immaginario che ne emerge riconosce in sé il "solve et coagula" degli alchimisti, dove non c'è separazione fra la dimensione "infrarossa" della "materia prima" e la coordinazione ritmica delle immagini corrispondenti evocate nella psiche.

La condizione umana della coscienza è definita stato di *Mag*, termine mutuato dall'antico zoroastrismo per definire quel nuovo stato della psiche presente a sé stesso, e capace di accedere alla realtà degli archetipi nella loro dimensione di strutturazione del corpo come anche delle immagini corrispondenti della psiche.

La rivisitazione del grande lavoro dell'opera di Gaston Bachelard e del suo metodo di studio dei quattro elementi, Terra, Acqua, Aria e Fuoco, condotta secondo la nuova epistemologia ecobiopsicologica ci permette di esplorare più a fondo il denominatore comune archetipico che rappresenta l'asse immaginativo in grado di integrare le "ragioni" della materia con l'esperienza più sottile della psiche, attraverso la facoltà sur-realizzante dell'analogia vitale.

Paolo Emilio Persiani
Editore

piazza San Martino 9/C, 40126 Bologna
Tel. 051/9913920 Fax. 051/19901229
E-mail: info@persianieditore.com
www.persianieditore.com



BIANCA E L'AGGRESSIVITÀ NEGATA.

La somatizzazione dell'artrite reumatoide

Bianca, una giovane donna di 34 anni, assistente sanitaria in una clinica neurologica, mi consultò per un problema psicosomatico legato a una vistosa forma di artrite reumatoide, diffusa alle articolazioni delle dita delle mani e al ginocchio sinistro. La sua malattia era iniziata poco dopo la separazione dal marito e successivamente era peggiorata, tanto da causarle molte difficoltà sia nella sua vita professionale, che relazionale e affettiva. Infatti, non riuscendo a estendere bene la gamba durante la marcia, a causa del ginocchio bloccato in semi-flessione, era costretta ad assumere un'andatura curiosa, leggermente oscillante sulle anche, mentre le iniziali deformazioni articolari delle dita delle mani le avevano creato un senso di vergogna tale da spingerla, appena possibile, a nasconderle con dei guanti indossati a ogni minimo pretesto. Bianca, non molto alta di statura, con un viso intelligente e deciso, incorniciato da capelli castano scuro, corti e leggermente ondulati, e ravvivato da occhi nocciola che si spostavano con curiosità attorno, scrutando senza imbarazzo l'interlocutore, quasi con tono di sfida sottile; dava l'impressione di una di quelle giovani donne asessuate, frequente a trovarsi nelle grandi banche o nelle ditte del centro, che appaiono irraggiungibili nella loro femminilità efficiente.

Il conflitto personale

«Sono venuta da lei» mi apostrofò con decisione «perché ho un problema che non so risolvere da sola e la cosa mi scoccia molto. Lavoro come assistente sanitaria in una équipe di riabilitazione psicomotoria dove trattiamo malati neurologici ma anche psichici. Mi occupo di supervedere il lavoro delle fisioterapiste e sono a diretto contatto con i medici aiutandoli con le mie osservazioni nelle loro diagnosi psicologiche. Controllo anche la cor-

retta esecuzione del programma terapeutico di ogni paziente e partecipo alle sedute di gruppo di riabilitazione dei malati psichiatrici. Insomma, come può ben capire, il mio lavoro è vario e di grande soddisfazione, ma purtroppo ho questo problema artritico che comincia a darmi fastidio sia nei confronti dei malati, che vedendomi handicappata sono portati a considerarmi una di loro, sia nei confronti dei sanitari, perché con la mia malattia segnalo di avere dei problemi inconsci che non so superare e questo mi fa sentire allo scoperto».

«Problemi inconsci?...». «Guardi io in verità non me ne sento nessuno. Sto bene sola, ho una vita piena e ricca di soddisfazioni, ho molti hobby, mi piace lo sport, sono impegnata politicamente e in modo attivo, non mi mancano gli amici, insomma che cosa potrei volere di più?» «Non mi ha parlato della sua vita affettiva...»

«Lì qualche problema ci sarebbe... però non di quelli che pensa lei perché sono una normale e i maschietti mi attirano, anche se me ne guarderei dal ripetere un'altra esperienza matrimoniale...» «Che cosa non sopporta degli uomini?», «Degli uomini in generale o di mio marito?»

La falsa sicurezza

«Beh', di suo marito e degli uomini in generale...»

«Mi sono sposata dopo due anni di fidanzamento, pensando che tutto fra noi si sarebbe sistemato con il matrimonio, ma è bene che le racconti tutto... Personalmente, non ho mai avuto problemi con gli uomini, anzi ho avuto molte storie e tutte soddisfacenti... Sin dall'epoca del liceo non sono mai stata sola, perché se non erano loro a corteggiarmi, ero io che prendevo l'iniziativa. Questo mio carattere dava molto fastidio alle amiche che mi ac-



cusavano di essere spregiudicata e senza pudore... ma io non so che farmene delle qualità femminili, come la dolcezza, la passività, l'arrendevolezza, ecc. perché mi sono sempre accorta che in fondo gli uomini sono dei deboli e che chiedono solo di essere guidati...Sa, è il loro complesso materno... mi capisce, vero?».

«Mi sta dicendo che verso gli uomini sente di svolgere un ruolo materno?»

«Non la metterei così io, gli uomini li domino perché mi piace e sono contenta di questo! Sono loro che si appoggiano a questa mia sicurezza come se fossi la loro madre...».

«E con suo marito?» «È proprio qui il punto, perché Giorgio prima mi era sembrato così remissivo e dolce da farmi pensare che in fondo stargli assieme per sempre non fosse un problema insormontabile, ma poi dopo il matrimonio, la sua autorità è venuta fuori in modo sempre più netto, sino a che ci siamo separati nove mesi dopo, grazie a Dio, senza figli!...».

Un matrimonio di nove mesi

«È curiosa questa separazione nove mesi dopo il matrimonio...»

«Perché curiosa? Se la nostra vita era un inferno che cosa dovevamo fare secondo lei?»

«No, non alludevo alla validità della separazione, ma al fatto che l'avete realizzata dopo nove mesi...» «È vero, nove mesi sono il tempo di una gravidanza...»

«E in questo caso, cosa è stato partorito?» «Forse il fatto della nostra inconciliabilità di uomo e di donna...»

«Sua personale verso Giorgio, o più in generale verso gli uomini?»

«Giorgio attualmente so che è in attesa del divorzio per potersi risposare... dunque evidentemente il problema non era suo, ma mio...» «Non ha risposto alla domanda...»

«Sì, è vero, forse la nostra separazione è stato il parto del problema che ho verso gli uomini... ma allora perché mi sono sposata e non me ne sono accorta prima?» «L'ha detto lei... se la separazione ha avuto quel significato di parto, il matrimonio evidentemente ha avuto il senso di gestazione del problema... ecco perché non poteva accorgersene prima.»

«Sa che è tutto giusto? Infatti, dopo la nostra separazione mi sono sentita molto sollevata,

ma anche molto aggressiva verso gli uomini...»

«Quali sono le ragioni della sua aggressività verso gli uomini?»

«Li giudico esseri infidi senza una morale, violenti e incapaci di capire una donna e i suoi sentimenti...allora, piuttosto che soffrire, meglio farli soffrire, perché in fondo sono deboli. Se una donna li sa prendere dal verso giusto può fare di loro quello che vuole...»

«E quale sarebbe il verso giusto?» «Per esempio adularli e farli sentire importanti, oppure coccolarli come fossero bambini o anche sgridarli se commettono qualche marachella...»

Era evidente, anche a un osservatore superficiale, che Bianca nutriva, per ragioni ancora sconosciute, una profonda aggressività verso l'elemento maschile, fatto che le comportava probabilmente un atteggiamento di sfida e di enfasi del suo bisogno di supremazia costante. Affermava di provare piacere nel dominare gli uomini, assumendo con loro un ruolo materno-fallico onnipotente; dalle sue parole tuttavia traspariva anche la profonda angoscia di identità relativa alla propria femminilità, dimostrata dal rifiuto a essere «dolce e arrendevole», qualità attribuite all'essere donna. Per lei tutti gli uomini erano «come bambini» e probabilmente tale era il suo sentimento nei confronti del marito. Quando poi costui dimostrò di voler manifestare le sue qualità maschili, allora Bianca preferì interrompere la relazione. Si doveva poi rilevare il fatto che le prime manifestazioni dell'artrite reumatoide erano iniziate dopo la separazione. Come spiegare tutto ciò? Decisi di orientare il colloquio nella direzione del suo rapporto con la femminilità e perciò le domandai: «Se gli uomini, per lei, sono come dei bambini, mi potrebbe dire cosa prova nei confronti dei bambini reali?»

A questa domanda Bianca mi guardò quasi ammutolita e, dopo aver riflettuto per un lungo istante, mi disse: «Capisco quello che vuol farmi intendere... i bambini per me sono un problema... non so perché... forse nella mia infanzia... certo è che non sono mai stata amata da mia madre me rendo conto solo ora... I bambini...allora sono io bambina...allora non li ho mai voluti perché se così fosse successo sarei diventata donna...ho troppo bisogno io

della mamma per poter essere mamma a mia volta...»

L'apertura emotiva

A questo punto Bianca scoppiò in un pianto diretto. Piangeva sommessamente, quasi senza pudore, era un pianto liberatorio, scossa da singulti improvvisi, proprio come fanno i bambini quando hanno molta pena e vivono la sensazione ineluttabile di essere abbandonati. La lasciai piangere lungamente senza dire nulla, perché ogni parola in quel momento avrebbe spezzato l'incantesimo di un passato apparentemente sepolto che cominciava a vivere nei suoi ricordi affievoliti e senza speranza. A un tratto, come emergendo da una nube di angoscia, Bianca mi disse: «Lei non sa, dottore, che cosa mi si è affacciata alla mente... è stato come aprire una porta da lungo tempo chiusa... non so dirle neppure io cosa ricordo, so solo che se ci penso, mi viene subito da piangere perché è come se intravedessi delle ombre indefinite la cui sola presenza mi angoscia...» «Quello che sta ricordando è ciò che per troppo dolore ha dovuto rimuovere...»

«Sì è vero mia madre non mi ha mai amato e io porto il peso di questo abbandono. In fondo anche mio padre avrebbe potuto fare qualcosa per me, ma era troppo debole e sono cresciuta senza un modello femminile. Dottore, sa che ora capisco per la prima volta che io aggredisco gli uomini perché ho troppa paura di loro? Sa che l'uomo per me è un essere misterioso, strano, quasi senza limiti? Sa che in verità io gli uomini non li conosco perché non so cosa significhi essere donna? Non le sembra terribile tutto questo?» Sembrava che Bianca all'improvviso si rendesse conto della maschera difensiva da lei assunta per tanti anni nei confronti della sua femminilità. Si era presentata come una donna forte, appagata dal suo lavoro, sicura di sé senza tentennamenti, ma ora emergeva una figura fragile, dolce, bisognosa d'affetto, insicura della sua identità. Le chiesi: «Come si sente, ora?» «Mi sento come svuotata e mi viene quasi da dormire, ma di un sonno finalmente tranquillo...» «Sarebbe disposta a iniziare una psicoterapia?» «A questo punto non vedo altra soluzione, perché così sto troppo male e voglio capire

finalmente me stessa...» Qualche tempo dopo iniziammo con continuità delle sedute regolari e dopo circa tre anni, il lavoro terapeutico si poté considerare concluso.

L'artrite reumatoide

Durante l'analisi emerse, fra i molti aspetti conflittuali relazionali, un elemento importante che, nel contesto della discussione sulla clinica psicosomatica dell'artrite reumatoide, val la pena di sottolineare. Quando affrontai infatti il tema dell'esordio della malattia artri-



Giovanni Segantini, Le cattive madri, 1894

tica, dopo la separazione dal marito, emerse che per Bianca la scelta di Giorgio, da lei vissuta come figura passiva, rappresentava il bisogno di crearsi un modello materno buono, capace di vivere affettivamente e con amore il rapporto con la figlia. Bianca, identificandosi contemporaneamente nella madre buona mai avuta e nel figlio amato, Giorgio, finiva per mimare idealmente una situazione di recupero nei confronti del lutto affettivo subito. La separazione da Giorgio aveva riattivato in termini di realtà il fantasma dell'abbandono materno. L'artrite reumatoide, successivamente insorta, rappresentava la scissione delle sue cariche di aggressività verso la figura materna, vis-

suta come madre anaffettiva. Infatti, durante il corso della psicoterapia, Bianca elaborando le sue fantasie sulle deformazioni articolari alle dita delle mani, aveva affermato. *«Avrei voluto picchiare o graffiare mia madre per quello che mi ha fatto subire, ma in fondo forse anche lei non sapeva di ferirmi tanto...»*

«Le dita della mano, lei le collega alla sua aggressività negata?» «Non solo, perché per una donna le mani sono importanti sul piano della femminilità e se si hanno brutte mani non si è attraenti...» «Si sente allora in colpa per la sua aggressività?»

«Un po' si anche se penso che forse mia madre avrebbe dovuto provare a essere come le mie ossa, perché allora e solo allora avrebbe potuto sentire cosa si prova a essere deformati nella struttura, come lei ha fatto con me...» Riferisco questa osservazione, successivamente amplificata da altre associazioni, perché mi sembra molto importante.

La madre-osso

Per Bianca la madre è rappresentata dalle sue ossa, che danno la struttura al corpo, proprio come sul piano psicologico, la sicurezza femminile del suo Sé si connota nel processo di identità con la madre. Esiste poi, per analogia funzionale archetipica nelle associazioni di Bianca questa correlazione: se l'osso e il suo midollo rappresentano la matrice del sangue e se il sangue psicosomaticamente rimanda alla madre, l'osso si può intendere come una delle manifestazioni archetipiche funzionali della Grande Madre. Infatti, in tutte le culture tradizionali le ossa, come parti meno deperibili del corpo umano, esprimono la materializzazione della vita e quindi la riproduzione della specie. Per alcuni popoli l'anima più importante risiede nelle ossa, di qui il rispetto che si dimostra verso di esse. I Turco-mongolici altaici, come i Finnici hanno sempre rispettato lo scheletro della selvaggina e spesso lo ricostruivano dopo averne consumato la carne, evitando accuratamente di separare le ossa. Evidentemente Bianca, incapace di accettare la propria pulsione aggressiva nei confronti della madre reale a causa delle minacce di abbandono, aveva spostato il sentimento aggressivo operando contemporaneamente una

regressione somatica. L'osso diventava, non solo simbolo della madre reale da punire, ma inconsciamente veniva a rappresentare nella somatizzazione anche un ritorno alla Grande Madre. Dato però che il mondo uroborico della Grande Madre è ambivalente sul piano inconscio, in quanto in essa si ritrovano sia il carattere terribile di essa, quanto l'aspetto benefico e rigenerante, nella somatizzazione Bianca finiva per esprimere non solo la sua pulsione aggressiva, ma anche il suo bisogno di ricostruirsi una identità più sana e più solida. Questo aspetto era dimostrato dal fatto che inizialmente le deformazioni artritiche erano cominciate a insorgere alle mani per poi estendersi al ginocchio sinistro, procurandole, come si è detto, quell'andatura curiosamente oscillante del bacino.

Il cammino ancheggiante

Quando analizzammo la somatizzazione al ginocchio con i suoi effetti sulla marcia, Bianca affermò: *«Spesso mi vergogno più della mia andatura che delle mani deformate, perché queste ultime posso nasconderle con i guanti ma non posso certo impedirmi di camminare...»*

«Che cosa le fa venire in mente la sua andatura?» «Mi sembra quella di una ragazza che ancheggia, come se volessi attirare l'attenzione degli uomini sul mio corpo femminile...»

Evidente era il bisogno esibizionistico della paziente che poteva essere spiegato come modalità compensatoria alla rimozione della sua femminilità mai pienamente accettata.

Il ginocchio poi, sul piano psicosomatico, rappresentava la sede dell'autorità fallica della madre, da uccidere e da spezzare, onde far emergere il nucleo più profondo della sua femminilità. Infatti, collegandoci alle antiche tradizioni, il ginocchio è sempre stato considerato come la sede principale della forza e dell'autorità dell'uomo, tanto che le espressioni: «piegare il ginocchio, inginocchiarsi, o far piegare le ginocchia», significano in fondo fare atto di umiltà, di omaggio, come anche imporre la propria volontà a qualcuno.

Quindi, il ginocchio bloccato in semi-flessione rappresentava un tentativo di distruggere l'autorità materna, con la conseguenza pratica di



un'andatura ancheggiante, simbolo della necessità di far emergere un femminile ancora non sviluppato. Un ultimo punto da spiegare è il perché dell'identificazione di Bianca con il marito Giorgio. La scelta inconscia di una figura maschile come elemento identificativo, rappresentava per Bianca l'espressione della propria identità insicura e, come tale, contemporaneamente maschile e femminile. Infatti Giorgio, pur essendo fisicamente un uomo, psicologicamente veniva vissuto da Bianca con attributi femminili a causa della sua passività.

Solo quando Giorgio, dopo il matrimonio volle riaffermare la sua natura virile, collocando la propria figura in un ruolo ben stabilito, Bianca si dimostrò incapace di mantenere la continuità del rapporto matrimoniale, perché l'identità più definita del marito la obbligava a confrontarsi simmetricamente con la propria non ancora definita. La separazione matrimoniale successiva diventava inconsciamente l'occasione concreta di una riattualizzazione dell'abbandono fantasmatico materno, con il risultato di attivare la conflittualità rimossa, somatizzata poi nelle ossa. La terapia di Bianca terminò tre anni dopo con una completa remissione della somatizzazione artritica e con un netto miglioramento delle condizioni psicologiche della paziente.

Bibliografia

- Chiozza, L.A. (2013). Perché ci ammaliamo. Perugia: Istituto Aberastury
- Frigoli, D. (2016). Il linguaggio dell'anima. Roma: Magi
- Frigoli, D. (2017). L'alchimia dell'anima. Roma: Magi
- Taylor, G.J. (1993), Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea. Roma: Astrolabio
- Trombini, G., Baldoni, F. (1999). Psicosomatica. Bologna: Il Mulino

DAL CORPO ALLA PAROLA. L'intervento psicoterapico nella psoriasi.

Premessa

In avvicinamento ad un evento molto importante per noi come un Congresso Nazionale che ha come tema il corpo, pensando ad un numero che funga da introduzione ad un approccio psicosomatico mi sento di aiutare i colleghi che non hanno la nostra formazione a comprenderne il senso attraverso brevi passaggi. Come può un intervento centrato sulla parola, quale la psicoterapia è, indurre un miglioramento o comunque una sostanziale modifica della malattia del corpo? Qual è il senso di affrontare una malattia organica in un contesto psicologico? Come può la malattia del corpo costituire un interesse per lo psicologo? La nostra società è diventata sempre più confusa: impone uno stile di vita che favorisce lo sviluppo di personalità fragili e dipendenti e i ritmi sono scanditi dall'orologio tecnologico e non dai ritmi biologici o dai bisogni dell'anima. È perciò sempre più facile che le contraddizioni, non trovando più spazi psicologici di elaborazione prendano la via del corpo, trovino lì l'unico ambito lecito in cui manifestare un disagio, in un certo qual modo si condensino, precipitino, nel corpo. Ed è il corpo quindi con le sue manifestazioni e i suoi disagi a parlare per il paziente, racchiudendo in sé tutti i significati negati allo psichico. Il sintomo, sia psichico che somatico, diventa una sorta di messaggio implicito che segnala uno stato di disarmonia negli equilibri profondi dello psicosoma dell'individuo. In quest'ottica il sintomo o la malattia non sono nemici da combattere, ma segnali coerenti con un sistema che si autoregola.

È questo il quadro dei cosiddetti pazienti alexitimici¹, che paiono non avere parole per le emozioni, il cui immaginario danneggiato o mai sviluppato, non è in grado di produrre pensieri riguardanti l'area dello psichico e

tutto è letteralizzato, esperito solo nella concretezza. Quel tipo di pazienti finisce per far parlare di sé solo il corpo che racchiude quindi in sé tutti i significati negati allo psichico. Ma mentre in passato autori quali Nemiah e Sifneos pensavano che con tali pazienti fosse impossibile un intervento centrato sulla paro-



Hieronymus Bosch, Estrazione della pietra della follia, 1494

¹ Si definisce alexitimia (o alexitimia) un insieme di deficit della competenza emotiva ed emozionale, palesato dall'incapacità di mentalizzare, percepire, riconoscere e descrivere verbalmente i propri e gli altrui stati emotivi. Viene attualmente considerato anche come un possibile deficit della *funzione riflessiva del Sé*. Letteralmente significa "non avere le parole per le emozioni". Il termine fu coniato da John Nemiah e Peter Sifneos all'inizio degli anni settanta, per definire un insieme di caratteristiche di personalità evidenziate in pazienti cosiddetti psicosomatici. Il nome venne divulgato per la prima volta nel 1976 alla XI Conferenza Europea sulle Ricerche Psicosomatiche.



la, quindi una lettura simbolica, oggi il nostro modello ecobiopsicologico ha liberato questa possibilità ampliando l'area di utilizzo del simbolo.

Psicosomatica tradizionale

Un modello psicosomatico è ormai penetrato nel pensiero comune attraverso concetti quali quello di stress, che sottolinea la componente emotiva nell'esordio di patologie organiche. L'accezione rimane però parziale, e si intendono psicosomatiche patologie che comportano un'alterazione funzionale senza danno dell'organo (gastrite, cefalee, etc.) e in quest'accezione vediamo necessariamente limitati i campi d'indagine. Una lettura psicologica siffatta della malattia, inoltre, incontra per lo più rifiuto da parte del paziente che ne sente il peso, dovendosene in qualche modo assumere la responsabilità. Infatti, chiamare in causa l'aspetto psicologico senza altra considerazione, nell'immaginario collettivo necessariamente riconduce al campo della volontà, attivando il senso di colpa: la causa del problema siamo ancora noi e non un fato avverso, un'infezione, un agente esterno. In realtà "psichico" non è solo volontà cosciente, ma una complessità di stati che vanno dalla consapevolezza all'inconscio e spesso originano nelle sfere più antiche della nostra storia, o addirittura nell'area più profonda che qualcuno chiama inconscio collettivo. Non di tutto ciò che ci accade siamo consapevoli e men che meno colpevoli, a volte c'è la sgradevole sensazione di essere agiti da forze potenti dentro di noi. Se per taluni può essere assimilato il concetto che aspetti disfunzionali, quali vomito, gastrite, cefalee, siano collegati ad alterazioni psicologiche e originati nelle vicende emotive della persona, tutt'altra storia sono le patologie più importanti che comportano un'alterazione d'organo, non solo di funzione. Qui la lettura simbolica si ferma e la psicosomatica tradizionale declina i suoi assunti.

Cosa si intende allora per malattia psicosomatica?

Nella nostra accezione esiste come una sorta di Giano² bifronte: i due aspetti mente-corpo come due facce della stessa medaglia; i lati ap-

partengono ad una medesima essenza: l'unità psicosomatica. Se esiste un conflitto in atto e l'individuo non ha strumenti per risolverlo, questo può prendere la via della psiche o del corpo per manifestarsi. Il nostro approccio, l'approccio ecobiopsicologico, allinea i due tipi di disagio, quello psichico e quello fisico, e li accomuna, in quanto la base su cui si situa l'esordio del sintomo o della malattia è la stessa: un disequilibrio nell'armonia mente-corpo. La funzione del sintomo o della malattia è quindi di tentare un riequilibrio di dinamiche alterate, segnalando che il sistema psicosomatico di quell'individuo non è più funzionale alla sua esistenza.

Se il segnale è di difficile comprensione, eclissato dietro il solo disagio, come riuscire a comprenderlo e a decodificarlo in modo che sia più intellegibile? La chiave di lettura è il simbolo. Dal greco *syn-ballein*, riunire insieme, tale termine sta ad evidenziare l'azione di riunione di concetti e significati che alcune immagini o eventi hanno. Quando un evento, quale, ad esempio, il sintomo corporeo assume un valore simbolico bisogna indagare sugli elementi che esso racchiude e sui significati di cui è portatore. Il simbolo diventa, quindi, strumento per una comprensione del messaggio, sia psichico che somatico, contenuto nel sintomo, secondo una precisa restituzione di senso.

Quando si manifesta un sintomo la correlazione che possiamo effettuare non è generica, infatti non è casuale l'organo colpito, né la modalità del disagio, ma si muove secondo una precisa correlazione di significato in base all'analogia funzionale. Cos'è l'analogia funzionale, altrimenti detta vitale, oppure omologia? Ci riferiamo qui, ad un preciso collegamento tra funzione dell'organo colpito e suo valore simbolico, tra funzione alterata e senso profondo di questa disfunzione. Se un bambino prima di andare a scuola vomita, possiamo intuire un disagio nell'evento seguente: l'andare a scuola. Diverso è se vomita o ha nausea o mal di pancia, oppure sviluppa un

² Giano (latino: *Ianus*) è il dio degli inizi, materiali e immateriali, ed è una delle divinità più antiche e più importanti della religione romana, latina e italiana. Di solito è raffigurato con due volti, poiché il dio può guardare il futuro e il passato.

forte mal di testa o una vertigine. La specificità della sindrome ci dice tanto su ciò che si sta esprimendo nella profondità di ciò che è intimamente connesso nello psicosoma dell'individuo.

Per accedere ai significati del simbolo è all'immagine stessa che bisogna ricorrere. E qui ci riferiamo sia all'immagine dell'organo o della funzione colpita, sia alle immagini che nel paziente si creano intorno all'evento malattia, letteralmente, rimanendo fedele al suo contenuto, con gli attributi che gli sono propri, solo così questa letteralità può essere superata facendoci procedere oltre. Un modo di pensare immaginativo ed analogico permette di cogliere tale sostanziale unità del nostro mondo, sia nel Macrocosmo natura che nel Microcosmo uomo, sia a livello di processi psichici che somatici e materiali, sia quindi nella dimensione dell'ultravioletto che dell'infrarosso.

L'approccio ecobiopsicologico utilizza, quindi, la metodica junghiana dell'amplificazione; in essa, però, l'aspetto analogico viene inteso non solo come ambito di evocazioni suggestive, che permettono l'esplorazione in modo allusivo, ma come studio preciso e puntuale dell'intima connessione nei rapporti fra gli eventi. Sono studiate le proporzioni applicate ai fenomeni vitali che vengono esplorati nel corpo dell'uomo e nelle altre forme viventi. In tal modo il corpo umano è concepito come luogo in cui si manifestano e si muovono strutture e leggi funzionali che vengono condivise dagli altri enti della natura, vera forma simbolica. Quindi, oltre alla parte più specificamente clinica, l'approccio ecobiopsicologico è ampio e vario. Soprattutto, porta a conquistare un atteggiamento di attenzione, curiosità e capacità di lettura in chiave simbolica dei più svariati tipi di sollecitazioni che provengono dalle comunicazioni del paziente. Questo si traduce con una particolare attenzione ai messaggi del corpo del paziente, agli eventi sincronici che compaiono nel corso della sua evoluzione, a tutti i fenomeni e le manifestazioni che corredano la sua esistenza.

Quando un paziente si presenta in studio portatore di una sofferenza, non è solo l'ambito psicologico, la storia della sua esistenza, che io prenderò in esame, ma mi rivolgerò al suo

immaginario per cogliere relazioni significative. Inoltre, il suo corpo può rivelarmi relazioni e strutture fondanti. Sapere quali sono i suoi organi deboli, indagare su un sintomo somatico o su una malattia e coglierne il valore di analogia vitale ci guida ad un'analisi completa e molto più efficace del semplice ricorso all'area dello psichico. Il tema attorno al quale ruota il suo problema si rifletterà nei vari luoghi delle sue manifestazioni, sia psichici che fisici.

In quest'operazione, come gli antichi alchimisti, l'analista deve portare sé stesso: la sua esperienza personale oltreché clinica, le sue ferite, le sue risposte e la capacità così conquistata di entrare in contatto con la dimensione simbolica, per poter meglio accogliere quella del paziente. Nel paziente che fa fatica a liberare l'immaginario, che lo possiede per così dire imprigionato nel corpo, è più che necessario un intervento attivo dell'immaginario del terapeuta. L'intima connessione presente in elementi esprimenti analogie vitali può essere intuita dall'analista e fatta percepire ed esperire al paziente con percorsi creativi, vere e proprie iniezioni di immaginario, che pian piano sciolgono l'evento somatico nei possibili significati dando al paziente l'accesso al simbolico e portandolo al suo libero utilizzo. Chiamando a raccolta le possibili amplificazioni si permette al paziente di recuperare l'unità perduta sentendo vibrare in sé il senso intimo delle cose. Per entrare nel vivo del tema propongo una riflessione sulla psoriasi, malattia di un certo rilievo, per la quale anche l'andamento, oltreché l'esordio, rimane non a decorso univoco.

Lo specifico cutaneo

La pelle è l'organo psicosomatico per eccellenza, alla base della percezione sensoriale. Assistiamo, infatti, molto spesso a stati emotivi correlati con alterazioni a carico della pelle, dalla manifestazione del rossore, del pallore, della sudorazione, del prurito, alla pelle d'oca. Alcune espressioni usate nel linguaggio comune, inoltre, utilizzano metafore legate alla pelle per esprimere tratti personologici: "*avere la pelle dura*" nel senso di riuscire a reggere attacchi o situazioni spiacevoli senza subire

danni, “non stare nella pelle” per indicare il desiderio impellente di realizzare un obiettivo dato, “mi vengono i brividi sulla pelle” per indicare un’emozione forte legata per lo più ad un pericolo. La pelle è sia una barriera, sia un’interfaccia tra il mondo esterno e quello interno, crea senso di bellezza e pulizia, ma anche bruttezza e repellenza. D’altronde, come ci ricorda Chiozza, la pelle e il sistema nervoso centrale si sviluppano dallo stesso strato germinativo, l’ectoderma. Pertanto, potremmo definire l’epidermide una sezione rovesciata del sistema nervoso. La pelle pare trovarsi a metà strada tra gli organi con innervazione volontaria, capaci di dare un’espressione simbolica ai processi mentali, e organi che sono totalmente indipendenti dalla volontà. Quindi, pelle come ‘specchio dell’anima’ e mezzo di comunicazione.

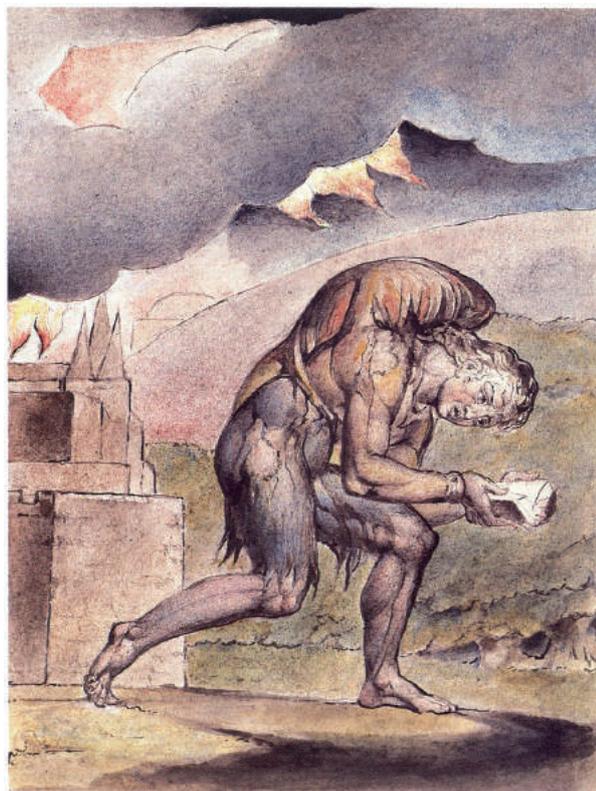
Inoltre la pelle appartiene agli *organi di senso* e questo termine ‘senso’ nell’accezione di significato è strettamente correlato al simbolo che è il senso. In effetti gli organi di senso ci aiutano a dare un senso, un significato a ciò che abbiamo intorno attraverso la percezione. La pelle, quindi, esprime significati fluttuanti che si raccolgono nella sua superficie, diventando un operatore simbolico che ci permette secondo una precisa lettura simbolica e analogica funzionale di liberarne il significato. D’altronde, in quanto parte esterna che ci ricopre e ci protegge, in un certo senso ci definisce nei nostri confini, è la parte del corpo che più rappresenta l’identità manifestata all’esterno, il confine, quindi l’Io e quando è lesa ci invita ad una particolare attenzione proprio all’integrità dell’Io.

Come per la malattia psichica, più profondo e antico è il conflitto più grave è la manifestazione patologica, così possiamo pensare che accada anche nel corpo, e a ritroso possiamo pensare che più grave e di difficile risoluzione è la malattia del corpo più fa riferimento a tematiche antiche e a danni di importante gravità. Stiamo in qualche modo assimilando le patologie più lievi alle nevrosi, le più gravi alle psicosi.

Lo specifico psoriasico

Della psoriasi ricordiamo che è una patologia

autoimmune, cioè che porta l’organismo a ledere se stesso superando quello che Ehrlich³ definisce l’*horror autotoxicus*, il meccanismo che ci impedisce di autoaggregarci da un punto di vista interiore e corporeo. Quando si arriva a generare reazioni così importanti da deviare una legge della stessa esistenza si sta parlando di un conflitto sottostante molto importante e profondo, probabilmente un trauma risalente a tempi remoti. Inoltre, la malattia autoimmune ci porta ad osservare la presenza di un’aggressività autodiretta e, da un punto di vista simbolico, in un certo senso punitiva. La punizione è collegata con l’esper-



William Blake, John Bunyan - Christian reading in his book, 1824

rienza di spiare una colpa.

Osserviamo che nella psoriasi gli autoanticorpi stimolano l’organismo a continue divisioni cellulari, ben oltre i limiti di un corretto ricambio cellulare dell’epidermide. La conseguenza è un accumulo di cellule dello strato corneo che

³ Paul Ehrlich (1854 –1915) microbiologo tedesco, fondatore della chemioterapia, cioè della terapia mediante particolare composti chimici (i chemioterapici) in grado di agire specificatamente contro microbi apportatori di malattie infettive. Si deve a lui il termine *horror autotoxicus*, intendendo il rifiuto dell’organismo di aggredire se stesso e il concetto di self da un punto di vista fisico.

finiscono per formare vere e proprie placche indurite e pruriginose, e che inducono l'individuo a scoprendo la carne viva e sanguinando. Il paziente psoriasico, nei casi più gravi, si ritrova racchiuso in quella che Maria Pusceddu chiama una «corazza dolente» (Pusceddu, 2013). La psoriasi, infatti, esaspera la funzione naturale di protezione della pelle, producendo come una sorta di corazza. Si crea però un paradosso in quanto la "corazza" è fragile perché la desquamazione è veloce come la formazione delle cellule e provoca punti di sanguinamento sulla pelle, rivelando una fragilità e vulnerabilità estreme che ci permettono di ipotizzare una medesima fragilità psicologica. Spesso la psoriasi esordisce in momenti di stress, e dall'osservazione clinica sembrano correlati a tematiche abbandoniche o di perdita. Queste portano il paziente a riattivare conflitti o traumi antichi (che hanno generato modelli operativi interni disfunzionali) e che in quanto troppo potenti o intollerabili dalla coscienza, o troppo precoci per essere contenuti in un senso del Sé adeguato, precipitano nel corpo generando la sintesi delle placche psoriasiche. Queste ultime, mentre palesano un forte bisogno di protezione - la corazza -, manifestano altresì la grande fragilità sottostante - la ferita, il sanguinamento.

Quali sono i traumi legati alla psoriasi? Quale la colpa? Date le caratteristiche della lesione, si può supporre che un trauma recente abbia riattivato un trauma antico depositato nel corpo, risalente alle relazioni primarie, attivando una reazione patologica che utilizza come medium la sede allora implicata dalla mancanza o dalla perdita. Dato che la sede della malattia è la pelle è facile che anche la sede del trauma o della privazione sia la pelle, cioè riguardi il contatto, quindi la relazione, che in un bambino molto piccolo implica il rapporto con la figura materna.

Perciò, la chiazza psoriasica sottolinea la presenza di tematiche abbandoniche; la colpa è quella di non essere amati ed implica la costante necessità di difendersi da contenuti aggressivi.

Entrando di più nel merito, le osservazioni cliniche sostenute da analogie simboliche fanno coincidere la mancanza in un accudimen-

to sommario del *caregiver*. La pelle psichica non sostenuta da cure adeguate sul piano simbolico, non nutrita in modo equilibrato da una relazione profonda può aver generato una ferita narcisistica primaria e un'incapacità di acquisire la necessaria elasticità e adattabilità che una psiche arricchita dalle cure è in grado di mettere in atto nell'evoluzione e nella crescita.

In effetti, se osserviamo il ricambio cellulare in atto nella psoriasi ci viene in mente una muta. La muta in natura (vale per insetti e rettili) ci propone un modello simbolico: cambiare pelle per poter crescere. il contenitore-pelle non è in grado di accrescersi come il contenuto, si creano con la muta quindi nuove condizioni atte a contenere la crescita. In questa modalità si rileva quindi un danno nella capacità di adattamento. Poiché si cresce nella relazione, se nel rapporto primario con la madre si è determinato un mancato accudimento relazionale, ciò ha impedito lo sviluppo fluido e naturale dello psico-soma del bambino. Fatto di per sé che nel tempo ha determinato un'incapacità di contenere la crescita, assecondandola. C'è la necessità che ad ogni passaggio si destrutturino l'involucro e se ne crei ex novo un altro atto a contenere la nuova situazione. Il tema della discontinuità è rilevante in questa patologia: proprio la carenza relazionale ha impedito un adeguato rispecchiamento e la capacità di concepire un pensiero immaginativo e simbolico; la letteralità e concretezza dell'accudimento hanno condannato il bambino a mantenere il proprio immaginario imprigionato nel corpo, che nel contempo esprime il disagio.

Su queste basi poggia l'intervento psicoterapico nei pazienti affetti da psoriasi, anche se è difficile che un medico sensibile proponga una lettura psicosomatica del problema ed effettui l'invio ad uno psicoterapeuta. Per lo più accade che nel paziente psoriasico il livello di sofferenza psicologica dato dal problema fisico raggiunga alti livelli generando un disadattamento sociale e una relativa grave sofferenza psicologica. Siamo in presenza quindi di un quadro patologico grave ed esteso, che inizia ad inficiare l'aspetto relazionale in tutti i suoi ambiti. Il paziente si sente solo, non amato,



portatore di un handicap e l'aiuto psicologico è percepito come supporto all'affrontare una situazione difficile. Se noi pensiamo all'aspetto esteriore, le malattie della pelle più di altre si manifestano all'esterno e risultano immediatamente visibili al mondo circostante. Il paziente è coperto di croste e se queste sono dislocate in aree visibili la reazione del mondo circostante è di ripulsa, si attivano i fantasmi del contagio, del male che si diffonde e si prendono le distanze da quello che viene immediatamente percepito come un sintomo che può migrare. E in effetti se la parte lesa da psoriasi viene toccata possono distaccarsi cellule di sfaldamento e depositarsi sulla pelle di chi tocca la lesione. Ovviamente la malattia non si passa, ma nel vissuto di chi entra in contatto c'è un disagio alto, come se ci fosse una inconscia consapevolezza di una quota di dolore connesso alla patologia, che si deposita su di sé.

L'immediata funzione di sostegno che la psicoterapia offre al paziente psoriasico in quanto momento di incontro profondo e attento diventa esperienza di sollievo al contatto con l'altro, esperienza che il paziente portatore di psoriasi fatica a sperimentare. Avere un luogo di elaborazione delle proprie dinamiche e di 'sfogo' delle proprie frustrazioni risponde ad un bisogno immediato di chi è afflitto da questa patologia. È però importante ricordarsi che la psoriasi con le sue manifestazioni si qualifica come forte messaggio di disagio nell'area delle relazioni e soprattutto del "contatto" in quanto facoltà propria della pelle, ed è quindi assunta come luogo del conflitto. Occuparsi di questo disagio e del suo valore simbolico significa entrare nel luogo della nascita del conflitto e muoversi insieme al paziente per alleviarne i contrasti, e di conseguenza l'entità della manifestazione somatica. Tuttavia, per la contiguità simbolica con le aree profondamente lese, la psicoterapia deve procedere con estrema cautela, per lo meno finché non vi è un sostanzioso rinforzo della psiche del paziente. Soprattutto, va rinforzata l'area dell'identità e dell'io atto per contenere ed elaborare i conflitti, che in caso contrario possono slatentizzare originando patologie psichiatriche o aggravando la patologia organica.

Proprio per questo motivo è estremamente importante un'anamnesi attenta per evidenziare eventuali traumi, altre malattie, le circostanze di eventi e relazioni che si ripetono e riattualizzano in traumi antichi. L'anamnesi non va fatta durante lo svolgersi delle sedute ma in prima istanza, per permettere di calibrare la terapia e impostare eventuali altri interventi. Altro importante elemento di valutazione è l'estensione delle lesioni e la loro dislocazione. L'estensione è misura della dimensione del conflitto e la dislocazione va trattata con il metodo analogico funzionale per una attribuzione del suo significato simbolico.

Se le lesioni sono molto estese e gravi, l'intervento deve seguire l'indicazione del sintomo e rimanere su un piano somatico, privilegiando terapie cutanee, creme, pomate, trattamenti sul corpo, omeopatia. Queste modalità anticipano il trattamento psicoterapico a cui il paziente va portato gradualmente, per passaggi, man mano che viene nutrito il bisogno primario di interazione sintonica attraverso un lavoro sul corpo. Come in un mimo evolutivo, evolvendo il bisogno, il trattamento analogamente può evolvere fino alla parola, giungendo ad una vera e propria psicoterapia. Man mano che il lavoro procede, poiché questo tipo di pazienti sono traumatizzati nella memoria implicita, il terapeuta deve continuamente interagire col proprio immaginario come una sorta di detector rivelatore, effettuando vere e proprie iniezioni di immaginario che ripara al mancato accudimento primario.

Possiamo dire che la malattia va trattata come il sogno viene trattato simbolicamente. Di fatto, il paziente psicosomatico sogna poco o affatto, tutto l'immaginario è assorbito dal corpo. Possiamo dire che la dimensione onirica dall'immaginario è scesa nel corpo e ne emerge una sorta di sogno somatizzato. L'indagine immaginativa che si attua in terapia sostituisce l'immaginario carente e lo nutre riattivando e muovendone i significati, come in un vero e proprio procedimento di trasformazione alchemica atta a liberare l'energia racchiusa nella materia.

Nella *coniunctio*, terapeuta e paziente sperimentano un 'campo fenomenico' in cui le immagini che emergono dai reciproci inconsci



sono così in sintonia fra loro da far pensare quasi che la coppia terapeutica si liberi in uno spazio nuovo, impegnata in un'unione così stretta da essere espressione della totalità archetipica (Frigoli, 2013).

Bibliografia

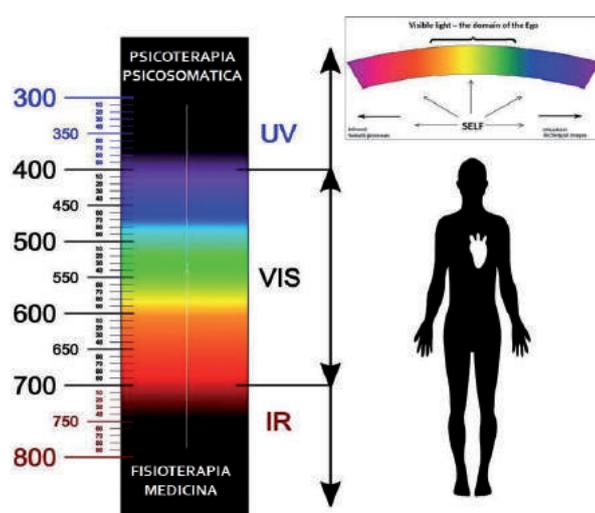
- Biava, P.M. (2008). *Il cancro e la ricerca del senso perduto*. Milano: Springer
- Chiozza, L.A. (1981). *Corpo, affetto e linguaggio*. Torino: Loescher
- Chiozza, L.A. (1988). *Perché ci ammaliamo?*. Roma: Borla
- Frigoli, D., Zanardi, M. (1987). *Il codice psicosomatico del vivente*. Milano: Aneb
- Frigoli, D. (1999). *Il corpo e l'anima*. Padova: Sapere
- Frigoli, D. (2004). *Ecobiopsicologia*. Milano: MB
- Frigoli, D. (2007). *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica*. Roma: Armando
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani
- Galimberti, U. (1994). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli
- Marini, A. (2010). *Sogno e sintomo somatico in analisi: percorsi analogici di individuazione*. In Frigoli, D., (Ed.). *Psicosomatica e simbolo. Saggi di ecobiopsicologia* (pp. 225-239). Roma: Armando
- Plozza, L. B., Poldinger, W., Kroger, F. (1992). *Il malato psicosomatico e la sua cura*. Roma: Astrolabio
- Pusceddu, M. (2013). *Il corpo racconta*. Bologna: Persiani



AUTORI: **Francesca Gelmi** - Fisioterapista specializzata in terapia manuale ortopedica secondo Kaltenborn-Evjenth con Jochen Schomacher, in massaggio riflessogeno connettivale, corso avanzato NOI mobilizzazione SNP con Hugo Stam, corso NOI mobilizzazione SNP con Irene Wicky. **Francesca Violi** - Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso Istituto ANEB, Terapeuta EMDR, certificata in test muscolare Kinesiologico Tfh (IKC), formata in costellazioni familiari e sistemiche Nemeton, facilitatrice di Teoria U e membro U.Lab Hubs Italy.

TRATTAMENTO CONSAPEVOLE DEL CORPO PER UN APPROCCIO TRANSDISCIPLINARE ALLA SALUTE

Trattamento Consapevole del Corpo nasce da una profonda riflessione nell'ambito della salute sul corpo, i tipi di trattamenti, la relazione e il linguaggio per superare le specificità professionali. Francesca ed io ci conosciamo da anni e il tema del corpo ci accomuna per i rispettivi percorsi di studio, sui due versanti: dell'infrarosso (la fisioterapia) e dell'ultravioletto (la psicoterapia) psicosomatica. Se, infatti, volessimo leggere le due discipline partendo dal modo in cui esse si muovono rispetto alla persona, potremmo dire che il trattamento corporeo parte dal corpo all'estremo dell'infrarosso per muovere verso l'ultravioletto, mentre la psicoterapia psicosomatica si muove sul versante psichico, all'estremo dell'ultravioletto verso l'infrarosso. L'infrarosso e l'ultravioletto sono le parti non visibili alla coscienza e lo spettro della coscienza dell'io



si pone esattamente a metà di questo continuum.

Al tempo, mi ero interrogata sulle correlazioni tra *psiche* e *soma* grazie a dei trattamenti osteopatici che mi diedero la possibilità di

prendere atto delle memorie corporee traumatiche, e che mi portarono a scegliere una specializzazione psicosomatica anziché puramente psicologica, cognitiva o psicodinamica pura; Francesca Gelmi, al contrario, come fisioterapista, ha iniziato a scoprire, nel corso della sua formazione, che non era sufficiente lavorare solo sul corpo: dietro a un sintomo c'erano una storia, una persona, un'esistenza da esplorare. Da queste riflessioni e domande, che ci hanno portato a confrontarci ed esplorare il tema,, è iniziata la nostra collaborazione e la creazione del progetto che ha come scopo rendere il paziente consapevole di ciò che sta vivendo e autonomo nel proprio percorso di salute e vita.

Nell'ultimo secolo, infatti, un punto molto dibattuto in ambito della salute è l'importanza di abbinare, a fianco di un trattamento corporeo che agisce sui meccanismi attraverso cui opera la malattia per porvi rimedio, un approccio sistemico-compleso che ampli l'indagine dagli organi alle cellule alla persona nella sua totalità, aprendo l'interesse ai contenuti emotivi, relazionali mentre indaga le aree psichica, sociale, culturale ed ecologica.

Di qui, il nostro desiderio di creare un metodo che si occupi della persona nella sua totalità e soprattutto trovare quel linguaggio comune che superi il linguaggio specifico delle discipline mediche e psicologiche. Il titolo del progetto riflette l'intento: **Trattamento**, perché parliamo del corpo e di una richiesta che presenta sintomi fisici, correlandone le immagini psichiche corrispondenti; **Consapevole** a indicare la volontà di aprire il campo ad un pensiero sistemico. Quest'ultimo ha a fare con "Essere in ciò che c'è, osservarsi, farsi le domande, comprendersi e comprendere, interrogarsi sulla multidimensionalità dell'esi-



stenza". Il **Corpo**, infine, base comune a tutta l'umanità ed espressione del nostro essere nel mondo personale e collettivo.

La prima questione che Francesca G. ha affrontato nei trattamenti fisioterapici è il dolore che i pazienti portavano negli incontri: dolori fisici, cui essi approcciavano solo in modo meccanico e vivendoli solo come "nemici" da eliminare. Un primo proposito che Francesca ha suggerito loro è stato quello di osservare il sintomo nei suoi movimenti durante la giornata. Con questa semplice indicazione Francesca connette il paziente all'ascolto di Sé, primo passo per accedere al pensiero sistemico-complesso. Il suo fondamento è l'auto-osservazione di ciò che stiamo vivendo. Francesca racconta che proponendo questa apertura il paziente tornava alla seduta successiva diverso, più lontano dall'urgenza, riscoprendo una parte di sé dimenticata, rimossa o negata, se vogliamo dirlo con una terminologia psicodinamica. Questo ascolto nel tempo e la stessa disposizione del paziente lasciavano spazio ad una possibilità di apertura del dialogo su temi personali, familiari, lavorativi, relazionali. A questi Francesca V. si agganciava per proporre un percorso di psicoterapia psicosomatica e poter dare loro uno spazio per un adeguato approfondimento.

Una delle prime difficoltà di fronte alla quale il fisioterapista si trova ad è trovare il modo di uscire egli stesso da una visione meccanicistica in cui tutto si riduce al trattamento corporeo, o ad esercizi da fornire al paziente da fare in autonomia. Tale approccio, limitato a trattare il sintomo, porta in molti casi ad un senso di frustrazione nel paziente, generato dalla mancata esecuzione degli esercizi assegnati e a una richiesta continua di trattamento legato a recidive.

Molto spesso un atteggiamento di questo tipo, nasconde ferite e vissuti antichi che necessitano un approfondimento psicologico.

Il trattamento Ecobiopsicologico, invece, proprio per il suo modello flessibile e non interpretativo che contempla tutte le psicoterapie psicodinamiche, la psicoanalisi junghiana, le neuroscienze e gli studi sul trauma e le medicine orientali, co-crea quella visione sistemico-complessa in cui il paziente visto come

simbolo dell'universo, microcosmo nel macrocosmo, può vedersi sentirsi e comprendersi da diversi punti di vista senza aderire a nessuno di questi, ma apprendendo ed esperendo un "apparato per pensare i pensieri sistemico-complessi", in armonia con i diversi livelli di manifestazione della vita.

L'Ecobiopsicologia crea, infatti, un campo informativo intorno al paziente con il quale può entrare in contatto e nel corso della terapia avvia un confronto interno su un piano differente, che insieme ad un'auto-osservazione rinnovata, apre nella persona nuove domande che accompagnano verso una evoluzione nella consapevolezza di sé e di sé in relazione al mondo. Punto focale dell'Ecobiopsicologia è la ricerca delle correlazioni tra sintomi fisici e immagini psichiche, che ampliando la coscienza da logica ad analogica, permette il recupero del senso di sé, alla luce della biografia personale, transgenerazionale, culturale, sociale ed ecologica.

«Il paziente ritorna dopo il colloquio psicosomatico più sereno e orientato, meno spaventato da quello che gli sta accadendo e più collaborativo nel cogliere eventuali domande o aperture» . – dice Francesca Violi – «Comincia ad avere gli strumenti per riconoscere la relazione tra i propri eventi psicoemotivi e i sintomi che si manifestano e ciò si evidenzia per esempio in un corpo meno contratto e difeso con il tessuto decongestionato e più ossigenato, come se in sé si fosse creato uno spazio di ascolto che permette di tenere insieme il sintomo, le emozioni e la realtà».

La collaborazione attiva tra le nostre due figure costella un campo informativo esterno al paziente, che aderendo a questo tipo di duplice trattamento, può costruire un campo informativo interiore, rendendolo via via autonomo e riconoscendo l'unicità psicosomatica del suo essere e della relazione con il contesto. È come restituire al paziente la stessa informazione da due polarità diverse, ma in modo coerente. vanno in direzione convergente per trovare nel paziente una nuova forma di consapevolezza, un punto di incontro di sé con Sé che lo rende autonomo e partecipe attivamente non solo al suo stato di salute ma anche al senso della sua vita.



Nello specifico, dopo un iniziale approccio contemporaneo e continuativo in cui entrambe le figure professionali seguono il proprio *setting* o protocollo, nel momento in cui il paziente sperimenta il nuovo campo informativo attivo e lo esplicita, avviene l'abbandono del *setting* o protocollo per seguire il ritmo interno del paziente, unico detentore del suo profondo bisogno che una volta riconosciute le sue parti, anche di fronte a recidive o altri sintomi si auto-orienta verso una figura o l'altra a seconda del momento che sta vivendo.

Il sintomo corporeo non è più visto con timore, ma come informazione che permette di interrogarsi e *comprendersi* in ciò che sta accadendo: il corpo ci fa esperire ciò che la mente comprende.

È importante in questo passaggio che il fisioterapista abbia la fiducia in quello che sente nelle mani e senza aver timore del proprio giudizio e di quello del paziente riporti con semplicità domande, sensazioni, percezioni che possono emergere. Per immagini non si intendono sono quelle visive, ma immagini che coinvolgono l'intero sistema sensoriale: uditive, olfattive, tattili, gustative e propriocettive. Altri due presupposti fondamentali per la creazione del campo sono: che il paziente sia a conoscenza delle condivisioni di informazioni tra gli operatori – cosa che accoglie di buon grado, manifestando più rilassatezza e maggiore fiducia – e in secondo luogo, che questo scambio di informazioni avvenga secondo un linguaggio comune basato su immagini, emozioni e sensazioni che ci permette di superare il tema della specificità di linguaggio tecnico, senza perdere puntualità e precisione nelle informazioni.

Questa, in sintesi, è la ricerca di *Trattamento Consapevole del Corpo* verso una cooperazione transdisciplinare che va nella direzione di creare un metodo trasversale di comunicazione.

La vera rivoluzione, infatti -come direbbe anche Morin, è superare l'iperspecializzazione e cooperare tra scienze con lo stesso obiettivo. Ciò è possibile se nasce un linguaggio comune. Complessità deriva da *complector* che significa comprendere, abbracciare, *com*=insieme e *plecto*=attorno, intreccio. Per comprendere è

importante l'auto-osservazione, farsi domande aperte lasciando che il movimento di ciò che accade prenda forma, ascolto e confronto con un linguaggio comune analogico-simbolico che superi appunto la specificità professionale per riconoscersi come singoli fili colorati dello spettro che intessono e comprendono partecipando alla trama della vita.

Bibliografia

- Biava, P.M., Frigoli, D., Laszlo, E. (2014). *Dal Segno al Simbolo. Il manifesto del Nuovo Paradigma in Medicina*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2016). *Linguaggio dell'anima*. Roma: Magi
- Morin, E. (1993). *La conoscenza della conoscenza*. Milano: La Feltrinelli
- Morin, E., Pasqualini, C. (2007). *Io, Edgar Morin: una storia di vita*. Milano: Franco Angeli
- Morin, E. (2017). *La sfida della complessità*. GaiaMente, Firenze: Le Lettere
- Schliak, H., Harms, E. (1998). *Massaggio connettivale secondo Dicke*. Padova: Piccin Ed.



Fotografia di Stefania Pelfini – la waziya, Dream catcher, 2018

Il viaggio dell'Odissea, dell'Eneide, del ciclo del Graal, della Divina Commedia, del Mantiq ut-Tàir, del sufi Attar, della Kathaka-Upanishad, della saggezza di Alce Nero della tribù dei Sioux Oglala, e più modernamente del Siddhartha di Herman Hesse. In tutti questi scritti, al di là del valore estetico di ogni singola opera, il viaggio descritto ad opera dei vari personaggi, germina da un'unica fonte, quella di una coscienza non più sepolta nel sonno profondo della materia. Il suo risveglio è faticoso e doloroso e il suo essere presente a se stessa non è ancora completo, perché vive ancora nella zona intermedia dei sogni, a tratti sganciata da improvvisi bagliori di luce che si differenziano in forme di immaginazione creativa, in visioni poetiche che assumono una consistenza simbolica sempre più netta, in grado di permettere all'uomo di ritrovarla nel mondo della natura e contemporaneamente in se stesso, in quel «centro» che non è «situato», in quanto non è un luogo, ma che in analogia con la dimensione spaziale è stato definito 'cuore'.

tratto da *L'alchimia dell'anima* di Diego Frigoli



L'Ecobiopsicologia si propone come una scienza sistemico-complessa, capace di legare in un *continuum* unitario tanto le informazioni dell'ambiente naturale, quanto i loro riflessi biologici e psicologici presenti nell'uomo, per riscoprire quell'ideale *sapientia naturalis*, che è il codice espressivo della saggezza della vita. Il suo linguaggio è costituito dall'uso dell'«analogia vitale» e dei simboli, in grado di cogliere le relazioni fra «l'infrarosso» degli istinti e della materia con l'«ultravioletto» delle immagini archetipiche. Il suo fine è di trasformare la logica della coscienza dell'Io nella direzione della scoperta del Sé. L'ecobiopsicologia, recuperando gli antichi insegnamenti della filosofia ermetica e degli alchimisti, integrandoli con le recenti scoperte della scienza e della psicologia, si sforza di «seguire la Natura» non in modo ideale ed arcaico ma effettivo e manifesto. Un antico alchimista, il Cosmopolita, affermava «Scrutatores Natural esse debent qualis est ipsa Natura, veraces, simplices, patientes, constantes, ecc; quod maximum, pii, Deum timentes, proximo non nocentes [...]» («Gli Indagatori della Natura debbono essere tali qual è la stessa Natura, veritieri, semplici, pazienti, costanti, etc; e specialmente pii, timorosi di Dio, che non nuociano al prossimo [...]»). Per questo abbiamo designato con il termine di *Materia Prima* gli scritti di questa rivista, che rappresentano tutti, in misura maggiore o minore, il tentativo serio di ogni operatore di distillare quella *sapientia naturalis*, definita come la «Diana ignuda» e splendente dell'*Anima Mundi*. Se la *Prima Materia* rappresentava la massa oscura degli elementi della vita e caos istintuale, la *Materia Prima* stava a significare la sua trasformazione nella luce «sottile» e spirituale della coscienza amplificata. L'augurio per il lettore diventa allora che l'*Artista*, nascosto nella sua anima, meravigliato della palese bellezza dell'*Anima Mundi* possa andare oltre le parole scritte per seguire la propria via infallibile, rappresentata, per tutti i cavalieri erranti, immersi nella tensione della ricerca della «consapevolezza», dal mantenersi in tutta umiltà sempre *fedeli d'amore*.

MATERIA PRIMA

Periodico telematico a carattere scientifico dell'Istituto ANEB - Via Vittadini, 3 – 20136 Milano

Anno VIII – n. 17 – Dicembre 2018

ISSN: 2282-2186

Direttore Responsabile: Diego Frigoli

Direttore Editoriale e Direttore Scientifico: Giorgio Cavallari

Comitato Scientifico: Mara Breno, Fiorella Immorlica, Alda Marini, Silvana Nicolosi, Milena Porcari, Maria Pusceddu, Raffaele Toson, Anna Villa

Capo redattori: Alessandra Bracci, Aurelio Sugliani

Redazione: Sonia Ammesso, Diana Avellino, Giuliana Eleonora Bombaci, Sara Carretta, Sonia Colombo, Tiziana Compare, Simona Gazzotti, Giuliana Grippo, Francesca Licata, Naike Michelon, Katuscia Molteni, Alessandra Monti, Mara Ortuso, Sara Solbiati, Costanza Ratti, Antonella Remotti, Valentina Rossato, Alessandra Santangelo

Editing Testi: Chiara Bortolini

Editing Immagini: Gerardo Ceriale

Edizione inglese a cura di: Raffaella Restelli

Editor e Graphic designer: Gerardo Ceriale

Per informazioni: redazione@aneb.it

EDITORE ANEB - t. 02 36519170 - f. 02 36519171 - mail: istituto@aneb.it

Ulteriori informazioni sono disponibili presso la pagina web dell'istituto: www.aneb.it

In relazione al materiale iconografico presente in questo numero della rivista, per eventuali e comunque non volute omissioni e per gli aventi diritto tutelati dalla legge, l'editore dichiara la piena disponibilità.



ET SIC IN INFINITUM...