



MATERIA PRIMA

RIVISTA DI PSICOSOMATICA ECOBIOPSIKOLOGICA

Numero XVIII - Dicembre 2019 - Anno IX

LE MEMORIE DELL'ANIMA

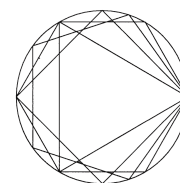


© ArteDot.com - Galleria Eden

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA ISTITUTO 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 d'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 (comprenditive 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 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 psicoterapia 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.

Editoriale

di **Giorgio Cavallari**

Psicologo analista (CIPA, IAAP),

Psichiatra,

Psicoterapeuta,

Direttore Generale ANEB,

Direttore Scientifico dell'Istituto di Psicoterapia ANEB

Responsabile Scientifico dell'area editoriale



Gli articoli contenuti in questo numero di *Materia Prima* sono di argomento clinico e accompagnano quindi il lettore ad incontrare “storie” fatte di sintomi, di malattie, di umanissime sofferenze, storie che riguardano pazienti reali, descritti nell’incontro reale con i loro terapeuti, nel campo fervidamente attivo, intenso e trasformativo che tali momenti di dialogo possono generare.

Terapeuti che ascoltano, che partecipano e che sono coinvolti, a tratti in modo drammatico, in quelle dinamiche di transfert e di controtransfert che da oltre un secolo vengono studiate, comprese, e ciononostante mantengono qualcosa di misterioso - forse proprio per questo sono ancora così appassionanti - qualcosa di profondo che si rivela e insieme si cela al nostro sguardo curioso.

Il lettore incontrerà, fra le molte suggestioni proposte dagli autori, un articolo in cui, parlando di un paziente, si è scritto che egli è «...non una psiche da analizzare, ma un frammento di Verità, di un valore profondo e prezioso, che è celato in ogni persona che inizia il viaggio all’esplorazione dell’Anima».

Terapeuti e pazienti narrano, ascoltano, creano storie nelle sedute che costituiscono le tappe del viaggio terapeutico. Può essere utile ricordare che la parola storia, nella sua parentela con l’*Historia*, che fu concetto importantissimo per i latini e prima ancora per i greci e per le civiltà che li precedettero, deriva da *Istar*, che ha il significato di colui che ha visto.

Lo psicoterapeuta che si ispira alla Ecobiopsicologia nella sua pratica clinica dà vita ad un dialogo autentico ed originale con i suoi pazienti. Questo appare molto chiaramente negli articoli che si susseguiranno. Dialogo autentico, che va ben oltre il semplice scambio di informazioni, di opinioni, e anche di emozioni che ha luogo nella nostra società in modo sempre più frenetico, chiassoso e superficiale: un incontro personale, ma troppo spesso spersonalizzato, fra soggetti umani, e sempre di più nei modi “mediati” dai social.

Il dialogo che lo psicoterapeuta mette pazientemente in atto ogni giorno è, invece, più simile a quello che Martin Buber descrisse come «[...] quello autentico – non importa se parlato o silenzioso – in cui ciascuno dei partecipanti intende l’altro o gli altri nella loro esistenza e particolarità e si rivolge loro con l’intenzione di far nascere tra loro una vivente reciprocità [...]» (Buber, 2013).

Il terapeuta ascolta, interroga, aiuta maieuticamente affinché frammenti di Verità emergano dal mondo interiore del paziente, dalla sua storia individuale che è inevitabilmente intrecciata con le vicende microsociali della sua famiglia, ma anche con la Storia di cui ognuno di noi è parte: storia fatta di tensioni sociali, di conflitti, di spinte evolutive, di trasformazioni socio-economiche, ma anche culturali, spirituali e psicologiche.

Frammenti di Verità allora emergono, si tratta di ricordi traumatici, di sofferenze, ma anche di potenzialità fino ad allora inespresse, di voci interiori fino ad allora ignorate, a causa delle inevitabili unilateralità che in ogni vita tendono a lasciare inespresse possibilità che nascono dalla complessità ricca ed articolata, presente in tutti gli esseri umani - anche nei più sfortunati. Sono frammenti di Verità la cui esplorazione restituisce al paziente la dignità di essere “colui che ha visto”, che ha una storia – *historia* – degna di essere ascoltata seriamente, e forse, nello studio del terapeuta, di essere ascoltata per la prima volta come qualcosa di profondo e prezioso; una Storia che è anche un destino che, come disse Seneca, «travolge chi si oppone e guida chi lo segue».



I SOGNI DELL'ANIMA E I MITI DEL CORPO

di DIEGO FRIGOLI
EDIZIONE 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 si vuole 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 se 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.

Le memorie dell'Anima

Sommario

**DALLE RADICI DEL CONCETTO DI TRANSFERT ALLE RIFLESSIONI DETTATE
DALLE NUOVE SCOPERTE SCIENTIFICHE**
di Mara Breno6

**DALLA BIOGRAFIA AL ROMANZO. DALL'ANÀMNESI ALLA COSCIENZA DEL
CORPO SOTTILE**
di Naike Michelin14

LA TOMBA DEL CORPO: IL MORBO DI PARKINSON
di Paola Fereoli21

STORIA DI LUCIA: I RUMORI MOLESTI
di Sara Carretta30

IL CASO DI TELEMACO: LA PAURA E LA RINUNCIA, LA SPERANZA E I SOGNI
di Giuliana Grippo39

RIPRENDERSI LA VITA
di Alda Marini50



AUTRICE: *Mara Breno* - Psicologa psicoterapeuta. Le aree di orientamento di studio sono state indirizzate nel campo della psicosomatica e delle terapie di rilassamento, con particolare riguardo agli aspetti psicodinamici e simbolici. Responsabile di docenza e Supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB, terapeuta EMDR, ha al suo attivo varie contributi scientifici e divulgativi.

DALLE RADICI DEL CONCETTO DI TRANSFERT ALLE RIFLESSIONI DETTATE DALLE NUOVE SCOPERTE SCIENTIFICHE

Nel predisporvi a scrivere questo lavoro, ho sentito la necessità di rispettare il pensiero freudiano e descrivere con precisione la nascita del concetto di transfert-controtransfert e il suo sviluppo, sottraendomi al rischio di un atteggiamento eccessivamente prolisso o troppo superficiale. Lo scopo di questo scritto vuole essere quello di introdurre il tema generale del transfert e controtransfert come base di partenza per ulteriori riflessioni e amplificazioni che emergeranno negli articoli dedicati alla clinica. Negli ultimi anni la psicoanalisi, sulla base dell'evoluzione del pensiero post-moderno, sta vivendo un profondo momento di transizione verso una concezione costruttivista-sociale della relazione analitica, in cui si mescolano residui dei vecchi paradigmi con indicazioni di apertura verso concetti di tipo relazionale. Come questo momento di transizione possa essere ridefinito con le teorie delle altre scuole, è oggetto ancora di profonde riflessioni. La nostra scuola, in particolare, sta cercando di integrare i diversi modelli psicoanalitici con una dimensione innovatoria, tratta da neuroscienze ed epigenetica.

Il transfert ha probabilmente il suo mito fondativo nel modo in cui Freud riferì, anni più tardi, le condizioni in cui Breuer avrebbe concluso il trattamento di Anna O, ossia fuggendo spaventato dalla natura sessuale del transfert di Anna O. Trascurando i precedenti *Studi sull'Isteria*, è a partire dalla descrizione del *Caso di Dora* (Freud, 1905), che il transfert assume il suo vero significato agli occhi di Freud. In seguito, egli completerà le sue tesi in numerosi brevi articoli dedicati a vari aspetti del transfert. Quando Dora iniziò la cura, Freud pensò di trovare in questa paziente la conferma della giustezza delle proprie teorizzazioni sull'origine sessuale dei sintomi isterici e sul ruolo svolto dai sogni nel disvelamento dei sintomi: quando

Dora interruppe prematuramente l'analisi, dopo sole 11 settimane di trattamento, per lui fu un vero shock. Tuttavia, Freud comprese di poter trarre un vantaggio da questo fallimento terapeutico quando, a posteriori, intuì la presenza di una *resistenza* intrinseca al fenomeno del transfert. Ne concluse che, se avesse individuato per tempo l'*ostacolo*, avrebbe potuto interpretarlo e forse evitare l'interruzione della cura.

Il potere della nevrosi, secondo il Freud del tempo, non si estingueva, dunque, attraverso la manifestazione dei conflitti, ma si rivolgeva ad una particolare dimensione "mentale", quasi sempre inconscia, chiamata *transfert*. Nel corso della cura, infatti, cercando di ritrovare i concatenamenti inconsci che sottendono alla formazione dei sintomi, Freud non si rese conto delle resistenze sotterranee che le sue spiegazioni risvegliavano nella paziente ed aveva finito, così, per occuparsi soltanto delle dinamiche intrapsichiche e della storia evolutiva di Dora, cieco di fronte alle manifestazioni degli aspetti transferali. «Se avesse [...] dato loro il posto che gli spettava, l'analisi sarebbe stata più rapida e chiara, invece che "più lenta e meno chiara"». In questa fase dello sviluppo della psicoanalisi, dunque, Freud è prevalentemente attratto dagli aspetti "intellettuali" della relazione, piuttosto che dal valore emotivo della comunicazione. Sempre più, il transfert appare a Freud come il dispiegarsi di un "dramma": uno spostamento sulla persona dell'analista di sentimenti, desideri, fantasie e persino interi scenari di vita che sono la riproduzione di esperienze già vissute precedentemente con persone importanti del passato, in particolare dell'infanzia.

In questa fase del suo pensiero Freud non considera ancora il transfert come il motore del processo analitico, ma un fenomeno inevitabile nel trattamento analitico, cui il pa-

ziente ricorre affinché il materiale patogeno rimanga inaccessibile; si tratta, pertanto, di una nuova creazione della malattia, che deve essere combattuta come i sintomi precedenti.

Nel *Poscritto* di Dora, Freud introduce un concetto importante, che da questo momento in poi sarà il cardine del suo trattamento: il trattamento analitico non crea il transfert ma lo scopre, poiché il transfert esiste *fuori e dentro l'analisi*. L'unica differenza è che nell'analisi lo si rende cosciente.

Attraverso l'analisi del transfert, secondo Freud, scopriamo un funzionamento importante della psiche umana. A conferma dello spostamento della persona sull'analista dei sentimenti e delle fantasie attinenti al passato, troviamo l'osservazione del *Caso clinico dell'Uomo dei topi* (Freud, 1909), nel quale Freud evidenzia un valido esempio del carattere stereotipato del transfert.

Le ossessioni di questo paziente erano iniziate sotto le armi, un giorno in cui un capitano descrisse, con dovizia di particolari e con piacere, un supplizio orientale in cui dei topi venivano introdotti nell'ano di un condannato. Freud, ascoltato questo racconto, cominciò sin dalla seconda seduta a spiegare che i suoi sintomi avevano un'origine sessuale, e più volte "L'uomo dei Topi" si rivolse a lui chiamandolo «Signor capitano».

Successivamente, in *Dinamica della traslazione* (Freud, 1913), Freud elaborerà un primo articolo interamente dedicato al transfert nel quale adotta il termine di *imago* – proposto da Jung – per designare le figure interne del passato, oggetto di spostamento sull'analista. Riferendosi al ruolo degli affetti transferali di amore ed odio osservati da Ferenczi, stando ai quali i pazienti tendevano a far svolgere al medico il ruolo delle figure genitoriali - al contempo amate ed odiate -, Freud precisa quanto sia importante non solo osservare la traslazione, ma anche tener conto delle qualità affettive relative al transfert.

Il transfert, quindi, da resistenza e ostacolo alla terapia comincia a rivelare una qualità affettiva che nelle mani esperte di un tera-

apeuta può favorire la cura della nevrosi. Egli distingue i sentimenti teneri legati al «transfert positivo» come risalenti a fonti erotiche, in parte coscienti e in parte inconscie, poiché le prime relazioni d'infanzia si stabiliscono sempre con oggetti sessuali, mentre quando questi affetti sono caratterizzati da una qualità ostile o da elementi erotici rimossi, il transfert si trasforma in resistenza (transfert negativo).

Nel 1914, in *Ricordare, ripetere e rielaborare* (Freud, 1914), Freud si spinge ancora oltre e pone l'accento sulla funzione di *ripetizione* del transfert. Osserva che quanto è maggiore la resistenza, tanto più il paziente tende a sostituire il ricordo con l'atto. Scrive: «Ad esempio: l'analizzando non dice di ricordare d'essere stato caparbio e diffidente verso l'autorità del genitore, ma si comporta in questo stesso modo verso il medico. (...) Non ricorda d'essersi profondamente vergognato di determinate pratiche sessuali e di aver temuto che esse venissero scoperte, ma mostra ora di vergognarsi del trattamento che ha intrapreso e cerca di tenerlo celato a tutti: e così di seguito» (Freud, 1914, p. 356).

In questo articolo Freud precisa, meglio che in precedenza, la differenza che esiste tra le traslazioni che si incontrano nella vita di tutti i giorni e la traslazione propriamente detta, che compare nella cura psicoanalitica in rapporto con la persona dell'analista; egli chiamerà quest'ultimo tipo di transfert come «nevrosi di traslazione» e lo descriverà come «malattia artificiale che si sviluppa nella relazione analitica». In questa fase della teoria freudiana l'autore arriva a concepire il transfert attraverso il concetto di ripetizione, rispetto a quello, emerso dai casi clinici inizialmente studiati, di solo ricordo. Se la nevrosi è una conseguenza della ripetizione, e se questa si riattualizza nella dimensione del transfert, l'analisi dello stesso permetterà di trasformare la ripetizione in memoria, e così di trasformare il transfert da ostacolo, nel miglior alleato della cura.

Ma quale atteggiamento dovrà adottare il terapeuta nei confronti della nevrosi?

In uno scritto contemporaneo, *Osservazio-*



ni sull'amore di traslazione (Freud, 1914), Freud tratterà dell'atteggiamento da adottare quando un paziente si innamora dell'analista e si rende conto che interrompere il trattamento non può essere la soluzione, in quanto, essendo una situazione di traslazione, si ripeterà con l'analista successivo, e così di seguito, a causa del fenomeno della ripetizione. Suggerisce anche al terapeuta di non prendere questo amore per un vero amore, in quanto legato a una resistenza che si oppone allo sviluppo del vero transfert e lo consiglia di premunirsi da una possibile



Giovanni Segantini, *L'amore alla fonte della vita*, 1896, Galleria d'Arte Moderna, Milano

«controtraslazione». Contestualizza il concetto di controtraslazione e consiglia all'analista, di fronte all'amore di traslazione, di adottare un atteggiamento fatto di riserbo e di astinenza:

«[...] la possibilità di cedere va assolutamente esclusa per lo psicoanalista. Per quanto in alto egli ponga l'amore, deve porre ancora più in alto l'opportunità che gli è data di far superare alla paziente una fase decisiva della sua vita» (Freud, 1914, p. 373).

È nel 1920, con l'opera *Al di là del principio del piacere*, che avviene una svolta radicale, non solo nel concetto di ripetizione, ma

anche nel concetto di transfert. La ripetizione che fino ad allora era stato un elemento descrittivo e del tutto subordinato al principio del piacere, si trasforma in un elemento esplicativo e genetico nel contesto di un più profonda e generale riflessione di Freud sul piacere e sulla natura umana. Dalla lettura del testo si evince che il transfert non è più considerato come motivato dalla resistenza, bensì dalla «coazione a ripetere», a sua volta al servizio della pulsione di morte. Freud rileva che la ripetizione transferale, «cieca il più delle volte» e sempre dolorosa, testimonia

l'esistenza di un impulso «demoniaco», che tende a ripetere la situazione del passato. La ripetizione in quanto principio ridefinisce il transfert come bisogno di ripetere, cui l'individuo si oppone attraverso una resistenza al transfert mobilitata dal principio del piacere della libido. L'osservazione del comportamento dei pazienti, che continuano a ripetere i loro fallimenti e i loro sintomi, aprirà la riflessione di Freud alla investigazione della pulsione di morte. Queste nuove

tesi gli permetteranno di chiarire una differenza tra i pazienti nevrotici, che presentano una *nevrosi di traslazione* e obbediscono al principio piacere/dispiacere, e i pazienti che soffrono di depressione, perversione o di psicosi, che presentano, invece, una *nevrosi narcisistica* e un transfert ostile, fondato sul conflitto fondamentale fra pulsione di vita e pulsione di morte.

La genialità di Freud che ha saputo, da un fallimento terapeutico, scoprire e indagare il transfert come riattualizzazione emotiva la quale, elaborata grazie a un insight, può liberare il soggetto dalla dipendenza dal suo conflitto è un'eredità importantissima per la

psicoanalisi. Il limite di questa concezione nell'attualità è la considerazione del soggetto come un sistema "chiuso", che proietta su un oggetto impersonale (il terapeuta) i suoi conflitti, un oggetto creato solipsisticamente, un oggetto che non viene scoperto.

Il concetto di controtransfert compare raramente negli scritti di Freud. Nel lavoro *Le prospettive future della terapia psicoanalitica* (Freud, 1910), Freud lo definisce come «l'influsso del paziente sui suoi sentimenti inconsci (dell'analista, N.d.R.)» e affinché il medico possa «riconoscere in sé questa controtraslazione e padroneggiarla», gli raccomanda di iniziare un'autoanalisi e di approfondirla continuamente. Nel 1912 Freud, nell'opera *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, ribadisce che le rimozioni dell'analista determinano «macchie cieche nella percezione analitica», e che ai fini di quella "purificazione" necessaria al perfetto analista, non è sufficiente che costui si sottoponga ad un'autoanalisi, ma si richiede, certamente per l'influenza sostenuta da Jung in quel periodo, «che chiunque voglia analizzare gli altri debba prima di tutto sottoporsi egli stesso all'analisi di un esperto in materia» (Freud, 1912, p. 536). In seguito metterà sempre in guardia l'analista dalla tentazione di comunicare immediatamente ciò che prova il paziente, e raccomanderà di individuare il proprio controtransfert, al fine di elaborarlo. Su queste basi l'analista deve essere «come un chirurgo che si svincola da ogni sentimento, persino dalla simpatia umana, per concentrare tutte le sue energie psichiche sull'unico scopo di eseguire l'intervento con la maggiore perizia possibile [...] questa freddezza emotiva da parte dell'analista [...] crea le condizioni più favorevoli per entrambi le parti: il medico consegue una desiderabile protezione della sua vita emotiva, mentre il paziente potrà beneficiare del massimo aiuto che gli si possa dare oggi» (Freud:1910). La neutralità che emerge da queste riflessioni e, in senso lato, da tutta l'opera freudiana diventa un espediente tecnico, che copre la riflessione più profonda legata al concetto che l'inconscio del paziente e dell'analista

interagiscono costantemente fra loro; perché come afferma nell'opera *L'inconscio e L'io e l'Es* (Freud, 1922), l'inconscio viene descritto come una struttura estremamente mobile ed in continua comunicazione non solo con le altre parti della struttura endopsichica, ma anche con l'esterno.

In un altro passaggio Freud afferma: «È assai interessante che l'inconscio di una persona possa reagire all'inconscio di un'altra eludendo il conscio» (Freud, 1915, vol. 8, p. 75), rendendo così comprensibile come l'inconscio non appaia unicamente come un semplice ricevitore delle emozioni, ma in quanto di grado di comunicare, esso influenza e anche viene influenzato dall'inconscio dell'altro. È mancata a Freud, data la sua concezione della psiche basata su un sistema motivazionale biologico-pulsionale, la possibilità di considerare la relazione terapeutica anche come un inevitabile dialogo bi-direzionale che si instaura a livello inconscio tra terapeuta e paziente. Freud lascerà agli psicoanalisti post-freudiani lo sviluppo di questa dimensione come strumento decisivo, all'interno del setting, per l'elaborazione del transfert del paziente.

Lo sviluppo della psicoanalisi, che negli anni seguenti assumerà un'importanza sempre più evidente attraverso il modello della psicologia dell'io, quello delle relazioni oggettuali, la psicologia del Sé, le correnti relazionali della psicoanalisi, gli intersoggettivisti e i costruttivisti, farà sì che il transfert e il controtransfert rappresenteranno sempre più un prezioso contributo teorico-tecnico per la comprensione del processo terapeutico, sia nell'ambito della psicoanalisi classica che nell'ambito della moderna psicoterapia supportivo-espressiva.

Non è compito di questo scritto una trattazione storico-critica e sistematica dei concetti di transfert, controtransfert, resistenza ecc., ma è possibile in generale affermare che tutti gli autori post-freudiani tenderanno a richiamare l'attenzione sull'insieme dei fenomeni sprigionati nell'incontro clinico col paziente. Il transfert e il controtransfert, in questa prospettiva, finiranno per assumere sempre più



il ruolo di un campo bi-personale, costituito dalla coppia terapeutica, e al contempo da ciascuno dei partecipanti.

Oggi tende a prevalere l'opinione secondo la quale non tutte le osservazioni del paziente nei confronti del terapeuta vanno ascritte a distorsioni legate al transfert, e quindi all'inconscio specifico del paziente, ma transfert e controtransfert, come campo energetico nel quale si attua la relazione terapeutica, vanno considerati come i depositari di una esperienza viva, continuamente attiva, e potenzialmente progettuale, legata al gioco complesso delle interazioni di due soggettività che devono costruire le possibili aperture di senso e le riparazioni necessarie alle ferite depositate nell'esperienza esistenziale di colui che soffre.

Per poter evidenziare i contributi più significativi che hanno costellato la recente evoluzione del concetto di transfert e controtransfert, esamineremo brevemente il pensiero di alcuni orientamenti. Con le relazioni oggettuali, e l'idea che il bambino nasca con la predisposizione ad intessere profonde relazioni con i *care-givers*, indipendentemente dalle spinte pulsionali, la relazione tra paziente e analista non è più vista come la riattualizzazione di desideri infantili nel transfert, ma emerge sempre più l'idea di una relazione analitica. In questo incontro si può instaurare una nuova relazione oggettuale, nella quale si scopre che il transfert del paziente è dato anche dalla percezione reale della relazione. Nuovi elementi acquistano valore nel setting: la funzione di holding, di contenimento e la persona stessa del terapeuta, che nella relazione con il paziente può divenire l'artefice di una nuova esperienza correttiva nel momento in cui non si comporta come l'oggetto originario traumatico.

Va giustamente osservato che nella dimensione clinica l'analista si trova sempre più a confronto con patologie al limite, nelle quali la relazione transferale non è data dalla trasposizione di conflitti intrapsichici sulla figura dell'analista, ma nasce da un presente che si sovrappone al passato, per cui l'analista non è "come se" fosse il genitore, ma è di fatto il genitore.

Sempre più il transfert viene letto come la esteriorizzazione - esterna e relazionale nel qui ed ora della relazione analitica - del mondo delle relazioni oggettuali interne. Ciò comporta, soprattutto, una revisione del concetto di controtransfert. In una relazione dove la persona dell'analista assume sempre più importanza reale, si osserva il contributo dell'analista alla creazione e al mantenimento della situazione analitica. L'immagine dell'analista non è più quella di un osservatore distaccato, ma anzi, i dati stessi che deve analizzare, li trova proprio nella sua esperienza di coinvolgimento emotivo con il paziente. Qui avrà molta importanza la scoperta dell'identificazione proiettiva. Anche l'esplorazione del transfert in senso stretto si concentra sull'impatto che il paziente ha sul terapeuta, più che non sulle associazioni del paziente stesso: lo sguardo sull'intrapsichico del paziente, sui suoi conflitti o sulle sue carenze, si amplia in una prospettiva che legge le dinamiche intrapsichiche agite nel campo interpersonale tra paziente e analista.

Dopo gli anni '50 accoglie sempre più consensi un approccio bipersonale, mentre va diminuendo l'interesse per l'originaria ottica intrapsichica e monopersonale. Nel tempo, la psicologia del Sé, le correnti relazionali della psicoanalisi, la scuola intersoggettivista, pur nella loro diversità teorica, hanno messo sempre più al centro la concettualizzazione della relazione analista/paziente come focus dell'esperienza analitica e della sua indagine. L'esperienza analitica viene già considerata trasformativa in quanto tale, come nuova relazione che viene co-creata da due partecipanti. Né il paziente, né l'analista possono essere più studiati separatamente, perché si considera che l'esperienza del Sé si organizza sempre e solo all'interno di un contesto costitutivo intersoggettivo. Si pone una particolare attenzione alla regolazione della relazione e ai processi di sintonizzazione, mentre l'interpretazione di transfert si inserisce quale momento di insight che il terapeuta ha all'interno di questa relazione e grazie a questa relazione. La modalità dell'interpretazione non passa più per il convincimento

del paziente, ma cerca di comunicare oltre che il contenuto specifico, un'attenzione riflessiva e una risposta arricchente da parte dell'analista, che in questo modo svolge contemporaneamente la funzione di holding, di sostegno, di metacomunicazione simbolica. Le esperienze del passato vengono ricercate e rilette nell'atteggiamento che il paziente ha nella relazione d'analisi, nel modo in cui esprime e configura i suoi vissuti, relazionandosi con il terapeuta.

Il transfert si costella nella relazione *qui ed ora* del *setting* e la forma che assume non è condizionata solo dal passato del paziente ma dalla relazione attuale, co-creata tra analista e paziente, una relazione ogni volta unica.

La neutralità in questo contesto va assumendo altri significati, ad esempio, la costante riflessione sullo "spazio analitico" (Odgen, 1999, si riferisce al terzo analitico intersoggettivo), e sulle dinamiche della relazione, nella consapevolezza che non esiste un transfert-separato da un controtransfert. La mente del terapeuta processa continuamente la relazione mentre la sta esperendo.

La consapevolezza, come prodotto finale del percorso analitico, non è solo la ricerca del

zioni attuali. Il campo analitico si arricchisce, oggi, di una attenzione alla complessità del soggetto e di tutta l'esperienza che ha determinato il suo essere al mondo e il suo sistema di relazioni.

Si considera che il paziente che può vivere la trasformazione della propria modalità relazionale sofferente, disfunzionale, può così comprendere non solo le origini passate e traumatiche di essa, ma sbloccare quelle potenzialità personali, liberandole dai vecchi automatismi, per permettergli un nuovo sviluppo psicologico.

Agli inizi della mia riflessione ho citato l'esigenza costruttivista-sociale (Hoffmann, 2000) come il campo di lettura più recente della psicoanalisi. I termini quali «interazione» (Mitchell, 1993), «intersoggettivo» (Atwood, Branchaft, Stolorow, 1996), «enactment» (Gill, 1996) sono le parole chiave della moderna letteratura psicoanalitica e lo studio delle interazioni paziente-analista, connesse ai termini contro-transfert, enactment e identificazione proiettiva, a seconda delle varie scuole, rappresentano i principali temi del dibattito psicoanalitico che ha caratterizzato il focus sulle relazioni.



Antonio Canova, *Amore e Psiche stanti*, 1800, Museo del Louvre, Parigi (dettaglio)

ricordo inconscio rimosso, ma è portare a coscienza del paziente quelle modalità relazionali che sono il frutto di vissuti profondi e che continuano a determinare le sue rela-

Se Freud sosteneva che nel trattamento analitico si attuava uno scambio di parole tra l'analizzando e il medico, oggi questo scambio di parole è diventato il processo di *interpersonalizzazione* o *bi-personalizzazione* delle relazioni. Se poi facciamo riferimento al complesso problema della self-disclosure (Renik, 2000, pp. 31-60), di come cioè inevitabilmente la personalità dell'analista venga di continuo rivelata nell'attività analitica, e di come e di quanto l'umanità dell'analista possa essere apertamente messa in gioco per superare lo stallo di un isolamento del paziente, non può sfuggire che questa riflessione della moderna psicoanalisi è più vicina di quanto si sospetti alle moderne concezioni junghiane di transfert e controtrasnfert, come creazione di un *corpo sottile* necessa-



rio per una vera trasformazione.

La natura del rapporto transfert-controtransfert prevede, oggi, che anche gli acting-out siano considerati come *narrative messe in atto*, che anziché essere rappresentate dalle parole, si servono del corpo. Su questo problema l'ecobiopsicologia, ponendo enfasi sul linguaggio del corpo, ha introdotto una nuova lettura non solo delle malattie psicosomatiche, ma anche di quelle modalità della comunicazione del paziente - più che del loro contenuto - che nel setting assumono alto valore di esplorazione del processo primario; ciò permettere una più chiara definizione delle problematiche del paziente e una "risposta" più mirata, capace di creare un vero dialogo interattivo.

Da ultimo, non va trascurato il tema delle interpretazioni, ancora oggi al centro del dibattito della moderna psicoanalisi, secondo il quale si sostiene che affinché esse abbiano un valore trasformativo sufficiente, debbano avere una qualità di enactment, di suggestione e di azione in grado di operare sulla psiche del paziente. Nell'approccio ecobiopsicologico questa impostazione trova eco, tuttora non ancora definita, con il complesso problema dell'analogia vitale (Frigoli: 2010; 2011), quel rapporto fra il mondo dell'analista, quello del paziente, e in senso lato quello più vasto che contiene entrambi: il campo ecobiopsicologico.

Vorrei terminare queste brevi riflessioni con un'osservazione che riguarda la relazione terapeuta-paziente. Essa rappresenta un territorio di azione assai complesso, nel quale occorre rispondere alla sofferenza del paziente con una flessibilità emotiva e concettuale, affinché il terapeuta possa contribuire a modellare la relazione in un modo del tutto particolare, tra i molti possibili. Il terapeuta contribuisce, così, con il paziente a ricostruire la sua realtà psichica e non soltanto a scoprirla. Questa necessità è determinata oggi dallo sviluppo delle neuroscienze, attraverso la dimensione del *mirroring* e dal dialogo che la genetica intrattiene con l'epigenetica, ovvero con l'ambiente. Diviene, pertanto, sempre più necessario che nella relazione transfert/controtransfert convergano gli assunti

di base dettati da queste discipline, affinché il lavoro sul paziente risponda in modo coerente alla complessità del mondo interno dello stesso, messa sempre più in luce dalla convergenza fra gli approcci biopsicosociali che emergono dall'accordo epistemologico delle differenti discipline.

Bibliografia

- Atwood, G., Branchaft, B., & Stolorow, R., (1996). *La prospettiva intersoggettiva*. Roma: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1905). *Opere*: Vol. 4. Frammento di un'analisi d'isteria (Caso clinico di Dora). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1909). *Opere*: Vol. 6. Osservazioni su un caso di nevrosi ossessiva (Caso clinico dell'uomo dei topi). Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1910). *Opere*: Vol. 6. Le prospettive future della terapia psicoanalitica. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1912). *Opere*: Vol. 6. Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1912). *Opere*: Vol. 6. Dinamica della traslazione. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud, S. (1914). *Opere*: Vol. 7. Ricordare, ripetere e rielaborare. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1914). *Opere*: Vol. 7. Osservazioni sull'amore di traslazione. Torino: Bollati Boringhieri.
- Freud S. (1915). *Opere*: Vol. 8. Metapsicologia. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani.
- Frigoli, D. (2015). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Edizioni Magi.
- Gill, M. (1996). *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hoffmann, I.Z. (2000). *Rituale e spontaneità in psicoanalisi*. Roma: Astrolabio.
- Mitchell, S. (1993). *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Ogden, T.H. (1999). *Revèrie e interpretazione*. Roma: Astrolabio.
- Renik, O. (2000). L'ideale dell'analista anonimo e il problema dell'autodisvelamento. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 33 (1)

CREATIVITA'. L'Uomo oltre le Crisi

di GIORGIO CAVALLARI

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 anche volere dire 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*. Presso il CIPA è docente nella scuola di specializzazione in psicoterapia. » socio fondatore e direttore scientifico della Associazione Nazionale di Ecobiopsicologia, dove è docente presso la scuola di specializzazione in psicoterapia. Inoltre è docente presso la Scuola di Psicoterapia SPP - Età Evolutiva di Milano.

LA FISICA DELL'ANIMA

di DIEGO FRIGOLI

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, aderendo a questa idea che i fenomeni mentali abbiano un'origine extra cerebrale, pone al centro della propria riflessione il metodo analogico-simbolico delle immagini, come scoperta del linguaggio degli archetipi. Queste immagini sono in grado di unificare gli sviluppi recenti della relazione fra il corpo e la mente, proprie delle acquisizioni della psicoanalisi e della psicologia analitica junghiana, nonché delle neuroscienze, della biologia, della cultura e della 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
La fisica dell'anima
Riflessioni ecobiopsicologiche in psicoterapia




Paolo Emilio Persiani

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.



AUTRICE: *Naïke Michelin* - Psicologa e Psicoterapeuta, Docente Responsabile dell'Insegnamento di Tecniche di terapia ecobiopsicologica presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB. Terapeuta EMDR

DALLA BIOGRAFIA AL ROMANZO.

DALL'ANAMNESI ALLA COSCIENZA DEL CORPO SOTTILE



Claude Monet, *Colazione sull'erba*, 1866, Musée d'Orsay, Parigi

«Parti da quest'acqua salmastra
verso l'acqua di Vita,
ritorna al tuo seggio di gloria
dall'umile stanza dei servi!
Affrettati, affrettati, o anima,
che anche noi volare si possa
da questa terra divisa all'universo d'Unione!»
G. ad-Dîn Rûmî, *Pesci fuor d'acqua*, p. 58

«I poeti non scrivono parole
costruiscono ponti di farfalle,
ma non domandate l'approdo
è un regno implicante
dove si può solo volare.»
E.S. Levi, *Ephémère*, p. 55

In una tiepida giornata di fine settembre di qualche anno fa, il momento in cui la terra cattura i colori del fuoco in un passaggio di trasmutazione e di ritiro della linfa vitale, in attesa del meritato riposo, Maurice arriva alla consultazione attraverso l'esperienza narrata da un amico, il quale lo invita a considerare la manifestazione di una serie di sintomi come un «linguaggio differente e per lui non ancora comprensibile, con cui il suo inconscio sta cercando di comunicare qualcosa». Lo invita a considerare la consultazione terapeutica ecobiopsicologica, nonostante la domanda che lo porterà in terapia sembri essere all'apparenza relazionale, più che somatica.

«Ho perso il mio migliore amico e non so il perché» sono le parole che disvelano da principio la sua storia, nella breve telefonata con la quale fisseremo il colloquio.

Maurice ha la pelle invecchiata dal sole cui è esposto per via del suo lavoro come tecnico di cantiere, con delle leggere ombre screpolate sulle zone della cute e attorno alla bocca, che si riveleranno essere psoriasi. Ha circa quarant'anni, una stretta di mano ferma ed un tono di voce che, come il movimen-

to costante di un fuso, traccia la direzione di certezze, pensieri e dubbi, sintetizzati in frasi concise ed asciutte, prive di coloriture emotive. Le narrazioni sono più dei resoconti, appiattiti dalla mancanza di una profondità di visione: il visibile non comprende in alcun modo l'invisibile. In tal senso tutto ciò che è *sottile*, dalle emozioni alle esperienze di apertura ad una visione simbolica, sembra non essere mai stato integrato dalla coscienza.

La metodologia ecobiopsicologica, attraverso l'utilizzo della visione simbolico-analogica, è in grado di cogliere la totalità dell'individuo, incluse le modalità sintomatiche con cui il corpo del paziente si è espresso nel corso della propria esistenza. Ad esempio, l'ispesimento del derma può essere considerato come la concretizzazione del *corpo sottile* espresso in sintomi, dipendenti dal vissuto emotivo di Maurice. Il corpo, con le proprie vicissitudini sintomatiche, è infatti il "figlio" coerente della storia biografica del paziente, del *romanzo* della sua vita, della sua anamnesi. È l'allineamento dell'antico principio alchemico, che vuole il macrocosmo dell'Universo rispecchiarsi nel microcosmo

dell'Uomo. L'Ecobiopsicologia attualizza questa relazione che ci proviene dal mondo antico come l'applicazione analogica e simbolica delle scienze dei sistemi complessi, odierna consiliazione dei vari contributi della medicina, delle neuroscienze, della cosmologia, dell'informatica e della quantomeccanica. Attraverso l'analogia vitale è possibile accedere ad una visione unitaria dell'uomo, riflesso somatopsichico dell'archetipo dell'*Anima Mundi*.

Maurice non è una psiche da analizzare. Egli è un frammento di Verità, di un valore profondo e prezioso che si cela nelle persone in procinto di iniziare il viaggio di esplorazione dell'Anima e che così facendo contribuiscono all'evoluzione della coscienza collettiva. Il cammino intrapreso per compiere il dis-velamento e la ri-connessione dei frammenti psicosomatici della propria storia non è che il percorso necessario alla conquista di una proprietà emergente che chiamiamo coscienza del Sé. L'esplorazione del campo individuale si correla al campo collettivo archetipico, le cui energetiche vibrazioni armoniche manifestano curiose analogie con la fisica dei Quanti.

Dagli studi ecobiopsicologici in ambito clinico psicosomatico abbiamo perciò imparato a riconoscere e recuperare i sintomi presenti nella storia del paziente affinché la loro portata in-formativa, adeguatamente elaborata, partecipi al recupero della personalità dell'Io, che non esclude un possibile risveglio del Sé. Per attivare questo recupero diviene centrale il lavoro con le immagini che scaturiscono dal campo ecobiopsicologico che si costella nella relazione terapeutica con il paziente. Per campo ecobiopsicologico, in ambito terapeutico, si intende «quel luogo simbolico in cui compare l'"oggetto d'indagine", sia esso un paziente o un fenomeno psicologico, che viene considerato in relazione all'ambiente globale di cui è partecipe, costituendo con esso una totalità dei fenomeni coesistenti che interagiscono fra loro. L'analisi dell'"oggetto" apre la psiche alla dimensione degli eventi sincronici che costellano la totalità del campo e può aprirsi, grazie alle analogie vitali, alla comprensione dell'*unus*

mundus» (Frigoli, 2016, p. 263). Le immagini a forte contenuto simbolico, dal sapore archetipico e dunque in stretta correlazione con l'inconscio collettivo, pervengono da un luogo fisico che chiamiamo *corpo sottile*. Essendo quest'ultimo in forte corrispondenza analogica con il soma, sarà necessario dettagliare accuratamente l'anamnesi del paziente. Esattamente come per il corpo fisico, il *corpo sottile* è il prodotto della continua estesia sensoriale in-formativa che opera prioritariamente nella dimensione dell'immaginario (Frigoli, 2013; 2019). Attraverso la ricerca e l'analisi di analogie e analogie vitali pertinenti alla storia del paziente, riunendo gli aspetti dell'*infrarosso* (corpo) con le corrispettive *immagini* dell'ultravioletto, è possibile distillare sempre meglio quel liquor di immagini archetipiche che dichiarano l'apertura al Sé. Un processo che favorisce l'esplorazione cosciente del *corpo sottile*, modalità operante indispensabile al terapeuta che si muove nella relazione terapeutica secondo lo sguardo ecobiopsicologico.

Tutto questo come si traduce in ambito operativo per il terapeuta ecobiopsicologico? C'entra innanzitutto la *domanda* del consultante. Nel caso di Maurice, arriva a me come una questione squisitamente relazionale, che verrà trattata nella riflessione interna del terapeuta come evento figlio di una storia più ampia ancora ignota, che richiede fin da subito di essere accolta ed esplorata. Il tempo - *chronos* - della vita del paziente deve divenire fin da subito una *compartecipata rivelazione*, libera di includere, in parallelo, aspetti relazionali e somatici, affinché divengano chiare le connessioni all'interno della rete di eventi che costituiscono la vita del consultante. La storia del paziente, in questo modo, prende corpo e mostra, attraverso le vicissitudini più dolorose, la mappa degli eventi traumatici antichi che inconsciamente si sono riproposti analoghi nel corso del tempo, senza attivare trasformazioni migliorative.

Il terapeuta ecobiopsicologico rivolge, quindi, l'attenzione alla vita del paziente per rintracciare quelle dinamiche che egli stesso tende a riproporre e ricostellare nella propria storia, di volta in volta, sia nell'ambito dell'in-



frarosso che nell'ultravioletto. Il campo che si crea, proprio per l'attenzione e la tensione posta a cogliere le due aree di espressione dell'archetipo, sarà dunque un *campo ecobiopsicologico*.

Ripercorrendo il colloquio con Maurice ad esempio mi sono domandata: «Quali caratteristiche potrà avere l'amico perduto?», e andando più alla radice: «Potrebbe avere un riferimento con altre "perdite" della sua storia? Una separazione precoce e incomprensibile ad esempio?». Attraverso queste domande si delinea una sequenza di eventi in cui le separazioni sono state particolarmente dolorose sino a giungere alla prima di tutte le separazioni: Maurice nasce con parto cesareo di urgenza, ad otto mesi. La madre, una giovane donna di ventiquattro anni, sposata con un uomo di qualche anno più grande, affronta questo momento proprio mentre il marito è all'estero per lavoro. Di quei primi momenti di vita ciò che viene ribadito in famiglia è che «soffrirà la fame per tre giorni». Il tono di questo racconto è distante da qualsiasi contatto con emozioni che indichino la chiarezza in lui della drammaticità degli eventi cui è stato sottoposto sin dai primi momenti di vita. Un parto con cesareo d'urgenza, prima del termine, attiverà nella madre emozioni di paura e di angoscia per il proprio bambino e per sé stessa, aprendo le porte ad un possibile trauma pre-natale, con una ricaduta potenziale anche sulla relazione madre-bambino. Nel caso di Maurice si aggiunge un ulteriore elemento inerente ai vissuti relativi al "soffrire la fame".

Le esperienze traumatiche di tipo primario come questa appena raccontata, dal punto di vista delle neuroscienze, rimangono situate nella memoria implicita del bambino, in quello che Mancina ha chiamato «inconscio non rimosso» (Mancina, 2008) e che si manifesterà nel sogno e nei sintomi somatici. «Il sogno», scrive Diego Frigoli, «è in grado di trasformare le esperienze pre-simboliche in contenuti verbalizzabili e l'analisi dei sogni può



Claude Monet, Impressione, levar del sole, 1872, Musée Marmottan Monet, Parigi

favorire questo processo offrendo immagini in cui si condensa tutta l'esperienza mentale che il bambino neppure poteva pensare» (Frigoli, 2016).

Alcune domande orientate a comprendere quali aspetti di accudimento fossero stati attivati nei suoi confronti, hanno fatto emergere un quadro familiare distante dalla cura degli aspetti emotivi, così come dal contatto concreto attraverso coccole e carezze: una madre dedita alle parti più concrete e casalinghe ed un padre assente dalla vita familiare per questioni di lavoro.

In connessione con la storia che si delinea in questo racconto, mi domando se vi siano dei sintomi che rimandino analogamente alla narrazione che si sta dispiegando e - sulla base delle osservazioni fatte in prima battuta - che tipologia di sintomo sia quell'ombra di screpolatura che ho colto. «Potrebbe essere una dermatite? Oppure una psoriasi?».

Queste domande, poste già nel primo colloquio, sono volte a cogliere profondità differenti di manifestazione somatica. Per l'Ecobiopsicologia infatti, una malattia della pelle come la dermatite differisce profondamente da una patologia autoimmune come la psoriasi, dichiarando apertamente tematiche più legate ad aspetti inerenti aree frammentate dell'Io, piuttosto che del Sé. Sarà fondamentale anche considerare l'importanza, specifica per ciascun sintomo, della dislocazione sul corpo. Ad esempio, una somatizzazione a destra, a sinistra, davanti, dietro, in un'area evidente o nascosta, sono oggetto di indagini per gli specifici significati latenti che an-

dranno indagati col paziente, nel corso della terapia.

Talvolta non si ha risposta immediata e precisa a queste domande. Quello che conta, però, è il modo in cui mi pongo come terapeuta ecobiopsicologica, fin dai primi istanti: adotterò un atteggiamento che si muova secondo le leggi dell'analogia e del simbolo, e che, per traslazione, accetti di confrontarsi con zone indefinite e aperto all'emergere di ipotesi impreviste che potranno essere indagate, e che per propria natura tenderà ad unire le parti frammentate del paziente.

Nel caso di Maurice emerge che la screpolatura notata è psoriasi e che spesso il sintomo si manifesta su tutta la nuca e sui gomiti, provocandogli non poco prurito e disagio. Non se n'è mai curato e non ricorda quando esattamente sia comparso. Questa informazione per me è preziosa. In quanto mi dichiara implicitamente aree primarie di sofferenza mai comprese che incominciano a collimare con la modalità di espressione appiattita e carente di immagini che ho evidenziato dentro di me nei primi momenti di colloquio, espressione caratteristica di modalità alexitimiche che caratterizzano patologie primarie come quelle autoimmuni. A conferma ulteriore delle aree primarie deficitarie in termini di accudimento e nutrimento emotivo, emergerà l'utilizzo e la dipendenza da superalcolici sin dalla preadolescenza, con un mancato riconoscimento del sintomo stesso.

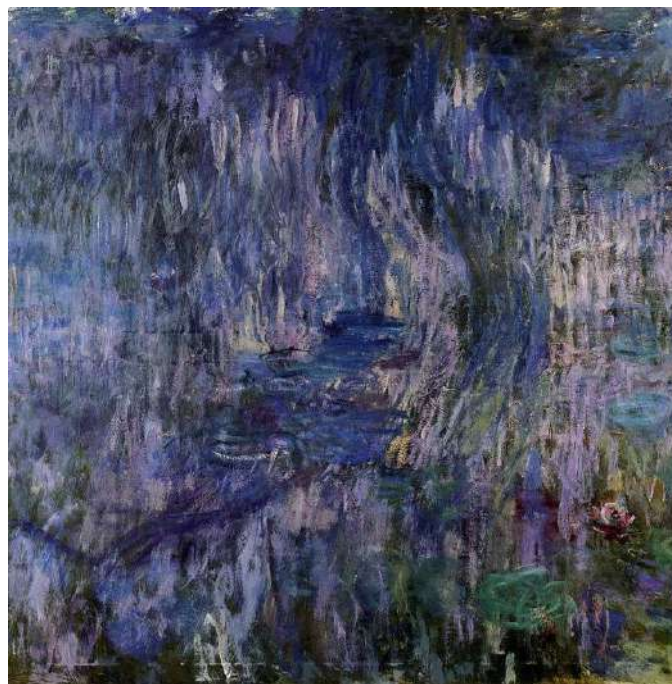
Quello che emerge in questa sintesi dei primi momenti terapeutici, che nella realtà sono stati immediatamente popolati di possibili espressioni emotive, atte a riconnettere sin da subito la narrazione dei fatti con l'area rimasta implicita del sentimento, chiarisce l'apparente distanza fra la gravità espressa nelle somatizzazioni sin qui delineate ed il quesito iniziale di Maurice.

Il terapeuta ecobiopsicologico è allenato a leggere la domanda con cui si presenta il paziente non solo come una spinta che apre la porta alla terapia. È, innanzitutto, il frutto di

una sintesi che riguarda da un lato frammenti, spesso più evidenti, che si riferiscono ad aspetti legati all'io; dall'altro, attraverso un linguaggio che risponde alle leggi del simbolo, si possono rintracciare fin dai primi momenti realtà legate ai bisogni del Sé, mai pienamente colti dal paziente. Sarà, quindi, lo sguardo del terapeuta forgiato dalla sua preparazione e dalla propria soggettività, a porsi con una certa "enoftalmia" prodiga per cogliere il vettore di questa sintesi.

Perché è così importante aprire uno spazio, mentale e concreto, attento e dedito all'anamnesi, in relazione al corpo sottile?

Come ben ricorda Mara Breno, l'anamnesi per il terapeuta ecobiopsicologico «è una



Claude Monet, Ninfee, riflesso di un salice piangente, 1916, Musée Marmottan Monet, Parigi

storia d'Anima che trascende il momento» (Breno, 2012). Andando *oltre* la biografia romanzata del paziente, in uno spazio e un tempo più ampi che comprendono la storia dell'Anima, essa fa emergere il paziente attraverso una visione olografica che include aspetti dell'io, ma al contempo si permette di poter esplorare la dimensione finalistica del Sé.

Una prima sintesi operativa di quanto espresso sin qui potrebbe essere la seguente: più sarà accurata e precisa l'anamnesi, più sarà



favorita la ricerca delle analogie fra gli aspetti dell'infrarosso e dell'ultravioletto, che diventeranno coerenti nella storia del paziente e nel passaggio da *biografia* a *romanzo*: in quella stessa storia, *soggettiva* ed *unica* verranno ricercate.

Inoltre, ciò che emerge dalla tensione attivata nella ricerca col paziente delle analogie - cioè l'unione del pensare proprio delle osservazioni concrete, con il *sentire* proprio della funzione del sentimento - sono immagini. Queste immagini non sono casuali, ma sono il frutto del campo ecobiopsicologico costituito attraverso questa specifica modalità operativa. Possiamo ipotizzare, dunque, che la qualità e la tipologia delle immagini che emergono saranno specifiche e coerenti con la storia del paziente e contemporaneamente, a seconda della loro portata simbolica ed estesia sensoriale, potranno alludere ad aspetti più archetipici e dunque vicini a quel linguaggio - ora divenuto immagine - con il quale il corpo (sintomi) si sta esprimendo.

Operare in tal senso porta il terapeuta ecobiopsicologico a dover entrare in rapporto consapevolmente con «quella facoltà dell'anima capace di sintetizzare tutti i sensi - udito, olfatto, tatto, gusto - nell'unica singola facoltà di "vedere" costituito dalla percezione sensoriale del sovrasensibile» (Frigoli, 2019) chiamata *corpo sottile*, che proprio attraverso immagini si manifesta.

Quando parliamo di *corpo sottile* siamo in quel mondo intermedio, definito dai filosofi della tradizione *mundus immaginalis*, che si stabilisce fra il mondo fisico delle forme concrete e quello più elevato che tende all'Unità dei fenomeni. Accedere consapevolmente all'esperienza del *corpo sottile* significa aprire la coscienza dell'Io alla dimensione della scoperta dell'archetipo dell'ordine cioè al Sé.

Sarà possibile allora sperimentare il *corpo sottile* come campo energetico che si espande dal corpo fisico, visibile nella mente del soggetto sotto forma di immagini simboliche, espressione concreta del *continuum*

materia-psiche (Frigoli, 2013; 2017; 2019), rintracciabili nei sogni - ma anche nel transfert controtransfert -, e che possono essere portate a coscienza ed esplorate tramite la ricerca delle analogie vitali.

Di qui le specifiche immagini emerse, che arrivati a questo punto chiameremo *immaginario ecobiopsicologico*, divengono la porta per il lavoro sulla somatizzazione. L'aspetto pionieristico e caratteristico dell'ecobiopsicologia, infatti, si sprigiona nello studio della sequenza di immagini archetipe che stabiliscono il ponte fra il soma e il *corpo sottile* (Frigoli, 2017; 2019), e che si situano nel "corpo eterico".

La domanda di ricerca sulla quale l'Ecobiopsicologia si sta muovendo in modo attivo è la seguente: se le immagini sono il ponte fra l'implicito e la coscienza, quali sono le immagini pertinenti agli aspetti corporei delle somatizzazioni? Sebbene non vi siano ancora risposte precise, mi sento di proporre uno spunto esemplificativo, ma non esauritivo, che aiuti a comprendere la sequenza di: anamnesi, immagine, identificazione di possibili immagini attinenti al *corpo sottile*, fondamentali nel lavoro sul sintomo. Sarà in terza seduta che Maurice porterà un sogno e, sebbene non sia possibile entrare pienamente nella modalità di indagine delle immagini, è invece utile dare un primo segnale rispetto a quanto detto.

«Ho sognato dieci mattoni, posti uno sopra l'altro, che brillavano di diamanti». Questo sogno manifesta nel proprio contenuto elementi simbolici che vanno letti a livelli differenti, come immagini che si riferiscono ad aspetti legati alla vita dell'Io e come possibili rimandi ad aspetti del Sé. Rimanendo sul piano legato alla storia dell'Io di Maurice, il "dieci" è rappresentativo per lui di momenti di difficoltà lavorativa e di salute di una persona di riferimento, nonché rimando ad un primo trasloco della famiglia di origine, informazioni che, come il mattone che richiama al lavoro in cantiere, sono figlie dell'anamnesi. Il dieci rimanda, poi, per propria natura simbolica, a tematiche archetipe di totalità, nonché al compimento e al ciclo vita-morte.

Quello che colpisce è un elemento non previsto dalla storia di Maurice, e dunque possibile di rimando ad una immagine archetipica espressione del *corpo sottile*, i diamanti.



Rhys Jenkins, *Flora Aurora*, source: www.unsplash.com

Questa immagine, che simbolicamente rimanda al tema della limpidezza, della preziosità, dell'illuminazione, è impreveduta dalla storia di Maurice, che non è mai stato implicato in alcun aspetto con i diamanti. Per questo motivo, riconosciuta dal terapeuta la natura dell'immagine, viene indagata attraverso le opportune modalità declinate dal metodo ecobiopsicologico. Il sogno di Maurice, preziosa mappa che declina alcune delle aree drammatiche riconosciute della sua storia, che andranno ricondotte poi ai traumi primari evidenziati sin dal primo colloquio anamnestico, sarà perciò riflesso della possibile apertura ad un'area trasformativa più vasta e dichiarata nel sogno dall'immagine del diamante.

Va da sé che, se mi privo della possibilità di conoscere l'anamnesi del paziente, come potrò distinguere le immagini che sono più pertinenti alla storia dell'io del paziente, da quelle che invece, alludono all'archetipico? E come farò a cogliere consapevolmente il *corpo sottile*? E a recuperare il corpo come Mandala dell'Universo?

Bibliografia

- ad-Din Rumi, J. (2018). *Pesci fuor d'acqua*. Poesie Mistiche. Milano: Edizione Sé
- Breno, M. (2012). *Anàmnesis: il senso profondo dell'esistenza*. *Materia Prima*, (7). Milano: ANEB
- Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (2010). *Il dizionario dei simboli*. Milano: BUR Rizzoli
- Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani
- Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Edizione Magi
- Frigoli, D. (2017). *L'Alchimia dell'Anima*. Roma: Edizione Magi
- Frigoli, D. (2019). *I sogni dell'anima e i miti del corpo*. Roma: Edizione Magi
- Fonagy, P. (2002). *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Milano, Raffaello Cortina
- Jacobi, J. (2004). *La psicologia di C.G. Jung*. Torino: Bollati Boringhieri
- Jung, C.G. (2012). *La funzione trascendente*. C. G. Jung. *Opere* (Vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri
- Jung, C.G. (2012). *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche (1947/1954)*. *Opere* (Vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri
- Jung, C.G. (2012). *La sincronicità come principio di nessi acausali (1952)*. *Opere* (Vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri
- Kalsched, D. (2001). *Il mondo interiore del trauma*. Bergamo: Moretti&Vitali
- Levi, E.S. (2017). *Ephémèra*. Varese: Macchione Editore
- Mancia, M. (2008). *Psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: Springer Verlag



L'ALCHIMIA DELL'ANIMA

di DIEGO FRIGOLI

EDIZIONE 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 evolutivista 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.



LA TOMBA DEL CORPO: IL MORBO DI PARKINSON

«È questo il grado di «apertura» offerto alla psiche di coloro che si cimentano tramite l'esperienza del simbolo: esso permette di penetrare nel tempio dell'archè, là dove i sacerdoti di un rito perduto, forse i poeti, sono stati capaci di «cantare» le idee dell'uomo svelandone l'ordito e la trama segreti, nascosti nello spazio interno del cuore.»

D. Frigoli, I sogni dell'anima e i miti del corpo, p. 43-44

Il caso clinico che descriverò si riferisce a Marco, un uomo di 52 anni affetto da Morbo di Parkinson diagnosticatogli qualche anno prima. Fin dai colloqui iniziali, il confronto con questo tipo di patologia degenerativa mi porrà dinnanzi a riflessioni sul significato della malattia del Parkinson e sul progressivo arresto della mobilità in un uomo nel pieno del vigore fisico. Ho iniziato ad intravedere una possibile ipotesi di spiegazione quando, esaminando il paziente, mi sono accorta che all'immobilità del Parkinson corrispondeva l'effettivo fantasma di una paralisi dell'espressività emotiva. Man mano che abbiamo proseguito nella terapia, attraverso il progressivo lavoro di ricostruzione di connessioni informative del suo mondo interiore, la vita psichica ed emotiva è diventata sempre più mobile e ricca, in modo del tutto contrapposto alla dimensione di arresto del corpo fisico. Non trattandosi di una mobilità emotiva acritica, bensì frutto di nuove connessioni neuronali elaborate nel contesto della terapia, ho intuito che il bisogno trasformativo è così forte da dover essere traslato in altre forme di esplicitazione, ad integrazione della psicoterapia. Nel paziente in questione, la mobilità su piani sottili ha preso corpo attraverso l'espressività della scrittura come forma d'arte, i cui contenuti simbolici sono stati inclusi in terapia e sono divenuti strumento per far «vibrare corde mai toccate prima», usando le parole di Marco.

La storia clinica

Quando incontro Marco per la prima volta, si presenta a me un uomo dal passo veloce seppur malfermo. In prima battuta e senza lasciar trasparire emozioni, motiva la decisione di iniziare un percorso di psicoterapia: «Ho bisogno di conoscermi meglio e adesso ho tempo, ho chiuso con il lavoro perché ho il Parkinson». Fin da

subito, implicitamente si pone una domanda precisa per la terapia: come tenere insieme il suo bisogno di «conoscersi meglio», stante una malattia neurologica quale il morbo di Parkinson che genera complessità di accordo tra gli accadimenti e una somatizzazione così estrema? Lo sguardo di Marco è fisso, la mimica facciale risulta poco espressiva e colgo un lieve tremore al braccio sinistro che ferma tenendovi appoggiata l'altra mano. Si racconta partendo dalle origini, e con poche e precise parole traccia le prime linee del quadro familiare: «Nasco da una famiglia contadina, ho un fratello e coi miei genitori eravamo in casa insieme ai miei nonni, gli zii e i cugini. C'era un rapporto molto conflittuale tra i miei genitori e i miei zii, e non ci si parlava. Mio nonno è morto che ero bambino e mio padre è morto improvvisamente quando io avevo 11 anni per un ictus. Dopo un anno, è scoppiata una lite con i miei zii e da quel momento loro mi hanno tolto la parola...».

Da queste prime parole, si evidenzia nel paziente l'esigenza di affrontare in modo più consapevole i traumi che hanno costellato la sua vita nella famiglia di origine. Prosegue, fornendo altre informazioni familiari come se stesse elencando dei dati biografici: una sorta di succinta cronistoria senza nessi emotivi che lascia distante la drammaticità degli eventi. Dopo la morte del padre, la madre di Marco, di salute cagionevole e anch'essa succube, rimase nel nucleo allargato del marito. I figli, nel tempo libero, la supportavano nel lavoro dei campi, in un clima familiare fatto di lavoro continuo, tensioni, litigi e prevaricazioni. Noto che Marco ha un ritmo incalzante nella modalità narrativa, costituito dalle dolorose esperienze familiari dei primi anni di vita; una modalità che mi evoca anche nel passo spedito dell'incedere, una sorta di fuga dal mondo



emotivo rimasto implicito. Coerente al campo terapeutico, mi muovo con delicatezza, attraverso un intervento supportivo e di rispecchiamento, per esplorare il rapporto affettivo con le figure primarie. Emergono pochi ricordi, dai quali si evincono due figure genitoriali fragili sia sul piano affettivo che della salute, buone ma poco presenti, assorbite dal lavoro e dai conflitti familiari subiti passivamente. Marco ha pochi ricordi di momenti trascorsi in compagnia dei genitori durante l'infanzia, mentre ha ben impresso il tempo trascorso nei campi, spesso in solitudine, ma con atteggiamento di curiosa osservazione della natura e degli animali. Rivela una grande sensibilità, mentre un'angoscia abbandonica pervade le parti più profonde, supportata da un'ulteriore perdita, quella della nonna materna, l'unica figura femminile prodiga negli aspetti di cura e figura affettiva importante per lui, che purtroppo morì poco dopo il padre: «Era la nonna buona, quella che mi viziava» ricorda. Lo scenario affettivo desolante che ritroverò nelle sue poesie costella il suo mondo primario fatto di solitudine, di perdite improvvise, di mancanza di protezione e supporto e risulta a dir poco coerente con il precario stato di salute dell'infanzia e dell'adolescenza. Aveva subito infatti diversi ricoveri a causa delle continue febbri ed è proprio in queste memorie che si evidenziano gli unici ricordi della vicinanza della madre. Trascorrevano, inoltre, lunghi periodi estivi in colonia, lontano dalla famiglia. I pochi ricordi sono basati su fatti, è lontano da un "sentire" che cerco di sondare empaticamente: dei lunghi periodi trascorsi lontano da casa, Marco risponde così: «Non lo so come mi sono sentito, non ci ho mai pensato, so che spesso tornavo malato». Da queste parole risulta sempre più chiaro che Marco si protegge dalle parti più profonde con modalità evitanti sul piano emotivo, fino quasi a sconfinare in difese dissociative, quando i ripetuti traumi abbandonici emergono nei momenti più incalzanti nei ricordi. Nel proseguo dei colloqui anamnestici, rimanendo connessa alla dolorosa storia di vita, allargo lo sguardo al

rapporto con la famiglia degli zii e relativi cugini, ritrovando dinamiche del tutto simili che ripetono gli schemi relazionali disfunzionali della famiglia. Ne emerge un quadro drammatico: la sottomissione di Marco ai cugini lo vedeva costretto ad eseguire ordini di qualsiasi genere e duri allenamenti fisici quotidiani imposti dai cugini più adulti, senza che le fragili figure genitoriali riuscissero a comprendere quanto stesse accadendo. Da questi scenari espliciti è possibile ipotizzare la presenza di importanti quote aggressive inconse, dal momento che Marco si abitua ad accettare pesanti compromessi e trattenere la rabbia pur di evitare l'abbandono. All'epoca, non poteva contare nemmeno sulla madre, incapace di dedicargli la protezione dovuta e, ancor peggio, bisognosa essa stessa di sostegno a seguito della morte precoce del marito. Marco racconta di essersi trasferito a dormire con la madre per diversi anni quando già in età adolescenziale, quasi a sostituire la figura del padre assente. Era in realtà un atteggiamento per esprimere un profondo bisogno di accudimento primario da parte della figura materna: sovrainvestiva un'operatività per poter essere amato. In sintesi, dalla raccolta anamnestica sulla famiglia di origine di Marco, si conferma un quadro familiare confuso nei ruoli e nel ricordo tra generazioni, senza protezione e ascolto, dominato da un linguaggio basato sul fare, costituito da lotte intestine e dominanti tematiche di morte. Quale relazione hanno, dunque, questi aspetti primari con lo sviluppo successivo della malattia del Parkinson che, ben sappiamo, esprime somaticamente la morte stessa? A questo punto, esploro il dispiegarsi del contesto relazionale negli anni successivi fino al momento attuale, ben consapevole che i traumi primari depositati nella matrice inconscia della memoria avranno di certo condizionato le relazioni successive, sotto l'egida di modelli operativi interni dissociati (MOI-D). Marco, infatti, intreccia poche amicizie. Riesce, tuttavia, a concludere gli studi superiori e, dopo aver trovato un impiego stabile, si sposa. Marco aveva 22



Dettaglio del Papiro Greenfield, British Museum, Londra

anni. Fin da subito, il progetto di genitorialità si era rivelato una priorità per la moglie; lui vi aderiva passivamente; avvertiva, infatti, un forte senso di responsabilità nel garantire il mantenimento economico alla famiglia acquisita, orientando il suo totale impegno verso l'attività professionale per la maggior parte del suo tempo. La coppia era riuscita ad avere il primo figlio solo diversi anni dopo, a causa di difficoltà nel concepimento. Nello stesso periodo si riaccende la conflittualità con alcuni membri della famiglia di origine per questioni economiche: Marco deve ora provvedere anche al mantenimento della madre ed è quindi costretto ad aumentare il carico di lavoro e responsabilità. Una scelta sofferta, che genera non poche tensioni riversate all'interno della coppia. Negli anni successivi nascono altri due figli per desiderio della moglie. Marco, per poter essere più presente in famiglia, nel frattempo cambia lavoro, impegnandosi nella libera professione. Tale decisione, ancora una volta legata alla spinta supportiva che Marco dedica alla moglie, sembra dettata da modelli operativi interni impliciti che escludono la sua soggettività. La nascita dell'ultimo figlio, di salute cagionevole, impegna gravemente la madre in cure continue, ma la scarsa collaborazione di Marco, assorbito dalla nuova attività lavorativa, apre la crisi nella coppia. L'esordio della malattia si verifica, temporalmente, dopo circa cinque dalla nascita dell'ultimogenito, verso il quale Marco racconta di aver nutrito un particolare sentimento di preoccupazione e tenerezza per le fragili condizioni di salute. Per contro, Marco riferisce così la reazione alla diagnosi di Morbo di Parkinson a 47 anni: «Io ho

sempre reagito, non ci sono stati problemi, ho proseguito con i miei impegni. Mia moglie invece voleva accudirmi ma a me non interessava, io avrei voluto parlare ed essere ascoltato». Il campo di lavoro si arricchisce di nuove riflessioni, utili ad impostare il progetto terapeutico: quale significato simbolico può avere nella storia di Marco l'insorgenza del morbo di Parkinson? Può esservi una relazione fra la malattia e gli eventi che hanno costellato la sua vita in quegli anni, in modo particolare il rapporto con l'ultimogenito particolarmente bisognoso di cure? Col passare del tempo i sintomi motori della malattia del Parkinson progrediscono, provocandogli instabilità somatica, dolori e calo delle forze fisiche. Trascorrono circa sei anni dalla diagnosi e, per le difficoltà subentrate, Marco decide di concludere l'attività lavorativa. Succedeva che da lì a poco, Marco si aprì nuovi mondi, riempiendo il tempo con attività di diverso genere che spaziavano dal volontariato in svariati ambiti alla partecipazione ad iniziative sociali e culturali, con un continuo ricambio di conoscenze, a ritmo incalzante e senza finalità, da cui sembrava trarre il piacere del nuovo. Il cambio di vita repentino e impreveduto incrina ulteriormente il rapporto di coppia che Marco in una seduta riassume con tono distaccato, in poche e sbrigative parole: «Tra me e mia moglie è rimasta una comunicazione di servizio». Alla mia ipotesi di lavorare insieme per aprire un dialogo con la moglie, Marco rimane fermo, senza parole, come se fosse davanti a un mondo sconosciuto, quello delle emozioni, dove il passato si fa presente. Per lui, semplicemente, non c'è più niente da dire ad una donna che definisce «militaresca», riferendosi con questo termine al comportamento della moglie dedito a mantenere un ordine prestabilito nelle situazioni familiari, cui anche Marco aderisce per il quieto vivere. Distoltosi dall'ambito familiare, Marco si apre al mondo relazionale in modo confuso, traendo inizialmente il vantaggio di un riconoscimento immediato con funzione compensatoria al tratto depressivo latente. Mette in atto difese ipomaniacali acute dagli

effetti collaterali della terapia farmacologica assunta per la malattia. Diverso tempo dopo, colpito da alcune conoscenze in modo particolare, Marco si sorprende nel bisogno di «esprimere un'esigenza che preme» attraverso la scrittura, iniziando a comporre, per la prima volta nella vita, racconti e poesie. Da questo momento la scrittura diventa per lui il canale comunicativo per eccellenza, un modo di esprimersi del tutto sconosciuto, contrapposto alle modalità comunicative della sua storia di vita. È interessante osservare che Marco compone il primo scritto poche settimane prima dell'inizio della terapia, concordanza temporale che riprenderò come riflessione più avanti.

La storia clinica di Marco evidenzia una figura maschile il cui codice affettivo ha sempre dovuto essere esplicitato in senso pragmatico. Una figura che cerca di corrispondere a un ideale dell'lo per essere amato. Una adesione che ha implicato un modo di relazionarsi pratico, fattuale, per poter rispondere con esperienze concrete a bisogni di altri. Qual è la relazione tra la vita di Marco, guidata da un sovrainvestimento di operatività come forma di ricezione d'amore e i sintomi degenerativi della malattia del Parkinson?

Somatizzazione e immaginario nella malattia del Parkinson

«Perché dunque nei miti, intesi come successione di immagini simboliche fra loro coordinate da un ritmo concettuale comune, non potrebbe essere possibile rintracciare quegli stati elementari di coscienza, oggi definiti come «cognizione», congruenti alla materia biologica? Ai primordi dell'umanità, la percezione dell'immagine era strettamente collegata all'attivazione del corpo, come viceversa e inizialmente l'lo non era in grado di separare le immagini dai riflessi corporei, perché nello stadio di participation mystique, propria della mentalità primitiva, non era possibile distinguere il mondo esterno dal mondo interno, con una inevitabile sovrapposizione di immagini fra loro mescolate in modo confuso». D. Frigoli, I sogni dell'anima e i miti del corpo, p. 63



William Blake, *Christian Reading in His Book*, 1824–27, Frick Collection, New York

Il terapeuta ecobiopsicologico si pone in ascolto del campo complesso che emerge dall'intreccio della storia del paziente, dei vissuti, con particolare attenzione alla lettura simbolica della malattia attraverso cui queste domande iniziali possono trovare risposta nella lettura coerente del campo complesso del vissuto del paziente, che include l'importanza del significato simbolico della malattia attraverso cui l'inconscio di Marco ha formulato contenuti emotivi non mentalizzabili, dissociati dalla coscienza ma registrati nella matrice psico-corporea primaria. Sappiamo che tali contenuti emotivi sono legati al contesto interpersonale di attaccamento ma, secondo l'Ecobiopsicologia, la modalità attraverso cui si organizzano come sintomi o come scelta d'organo deve essere inquadrata in un «fascio di tendenze» più profondo rispetto alle relazioni primarie, dettato dalla filogenesi e dall'attività archetipica. Nel caso della malattia di Parkinson, o Morbo di Parkinson, ci troviamo di fronte ad una patologia neurodegenerativa del sistema nervoso centrale, causata dalla morte dei neuroni dopaminergici della *substantia nigra* nel mesencefalo e, funzionalmente, parte dei nuclei della base, con conseguente deprivazione della dopamina, il neurotrasmettitore che coinvolge principalmente il controllo dei movimenti. La malattia del Parkinson



ha un'evoluzione lenta ma progressiva che coinvolge diverse funzioni motorie, vegetative, cognitive e comportamentali con conseguenze sulla qualità di vita. I primi sintomi motori compaiono quando la perdita dei neuroni della *substantia nigra* è già oltre il 60%; non è nota la durata della fase preclinica, cioè il periodo di tempo che intercorre tra l'inizio della degenerazione neuronale e l'esordio dei sintomi motori, ma alcuni studi stimano che possa intercorrere un tempo che va dai 5 ai 15 anni. In questa prima fase si manifestano i sintomi precoci non motori (la cui frequenza si aggrava con la progressione della malattia) spesso non riconducibili alla malattia, quali i disturbi vegetativi dell'olfatto, del gusto, l'alterazione delle funzioni dei visceri, del sonno, dell'umore e della cognizione, la fatica e i dolori, la riduzione dell'espressione facciale, la scrittura lenta e stretta, il cambiamento del tono della voce e della parola. La successiva fase, che si riferisce all'arco di tempo della progressione della patologia, può presentare diversi quadri clinici: il tremore a riposo, la rigidità, la bradicinesia, l'instabilità posturale, l'esordio asimmetrico tipico. La classificazione della patologia in cinque stadi aiuta a comprendere la drammaticità dell'esperienza del malato parkinsoniano, che sperimenta una progressiva rigidità: si assiste a un crescendo sempre più manifesto, che va da un interessamento monolaterale con lievi tremori e rigidità a un interessamento bilaterale con alterazione della postura che diventa fissa e con bradicinesia, a una marcata compromissione della deambulazione, fino a un'elevata inabilità motoria con disfagia e ridotta deglutizione spontanea, che può sfociare nel rischio di soffocamento. In una lettura psicodinamica potremmo postulare, simbolicamente, che il malato parkinsoniano progredisca in una dimensione fisica che è metafora di una condizione emotiva di passaggio da vivo ad una condizione di morte. Dopo aver descritto la malattia del Parkinson, occorre rintracciare la concordanza implicita fra l'area psichica delle dinamiche conflittuali presenti nella vita di Marco e la relativa modalità di

rappresentarsi nel corpo stesso attraverso quel tipo di malattia degenerativa. Va considerato che la sintomatologia, causando un progressivo arresto delle funzioni motorie e vegetative, evoca archetipicamente la morte. Che cosa giustifica l'istinto di morte così presente nel contesto di vita di Marco? È possibile parlare di una morte simbolica, se si considera che da quando Marco è nato ha dovuto creare un rapporto confusivo fra il diritto di vita nelle relazioni di attaccamento e il confronto produttivo che ha caratterizzato la sua esistenza quale necessità profonda per essere amato. Con la morte del padre il quadro emotivo diventa ancor più confuso, al punto tale da spingere Marco a dormire con la madre per diversi anni, senza più vedere rispettati i ruoli genitore-figlio: un piccolo Marco che nel profondo ha bisogno di essere accudito primariamente dalla figura materna, un Marco sul quale la figura materna sovrainveste un'operatività dalla quale tratte il suo amore, un Marco che addirittura si sostituisce alla figura paterna come dimostrazione di questa operatività. Lui, però, è soffocato ed è "morto" alle sue istanze più profonde che nel tempo si tramuteranno in rappresentazione somatica, diremmo archetipica, di un corpo che è diventato una tomba di emozioni non mentalizzate e dunque rimaste inconse, "sepolte vive", in attesa di essere risvegliate. Sembra quasi che sul piano dell'infrarosso la psiche di Marco muoia nel tabernacolo del corpo (*tabernacolo*: dal latino *tabernaculum*, diminutivo di *taberna* derivante da *tabula* che significa tenda da campo per gli antichi romani, costruita secondo un preciso orientamento per garantire gli auspici; per gli antichi ebrei è la tenda sacra concepita come dimora di Dio) in attesa di essere risvegliata su piani più sottili, evidenziando corrispondenti immagini archetipiche dell'ultravioletto che mitologicamente rimandano al Mito di Osiride. Nella mitologia dell'antico Egitto, Osiride era il dio dell'oltretomba oltre che della fertilità e dell'agricoltura. Figlio di Nut, dea del cielo, e di Geb, dio della terra, Osiride aveva in sposa la sorella Iside dalla cui unione era nato il figlio Horus. Osiride



era divenuto il re d'Egitto e aveva governato insieme ad Iside, aveva insegnato al popolo a coltivare la terra ed era molto amato. Il fratello Seth, invidioso, tramava per ucciderlo e in segreto aveva costruito un ricco sarcofago su misura per Osiride. Attraverso un inganno, vi aveva rinchiuso il fratello e aveva gettato la bara nelle acque del fiume Nilo, facendolo annegare. Iside, disperata, era partita alla ricerca della bara di Osiride e solo tempo dopo la aveva ritrovata sulle rive del fiume, facendola riportare a palazzo. Prima di far procedere Anubi alla mummificazione di Osiride per garantirgli l'immortalità, Iside si era trasformata in falco e battendo con forza le ali era riuscita a rianimare lo sposo quel poco di tempo necessario per concepire Horus, nato con corpo umano e testa di falco. Seth, furioso, ridusse il corpo di Osiride in quattordici pezzi e li sparse per tutto il paese. Iside, allora, percorse tutto l'Egitto insieme a Nefti alla ricerca dei pezzi del cadavere. Li ritrovò tutti, eccetto i genitali, e li seppellì man mano. Osiride, nel mentre, era divenuto regnante sulla terra dell'Aldilà e giudice delle anime dei morti mentre Horus, in età adulta, affrontò Seth per vendicare la morte del padre: il combattimento, lungo e cruento, fu interrotto dagli dei che avevano condannato Seth e assegnato ad Horus la sovranità del paese. Nel mito succintamente descritto si evidenziano il tema del viaggio dalla vita alla morte fino alla rinascita eterna, nel significato profondo di un dio che muore per essere ri-generato su piani più sottili e, il tema della perdita del potere fecondante fallico che delineerebbe un preciso passaggio simbolico dalla fecondazione fisica alla fecondazione psichica. Riferendoci a Marco si potrebbe affermare, attraverso la lettura delle relazioni analogiche che intercorrono fra i sintomi somatici e le corrispondenti immagini del mito di Osiride, le emozioni non mentalizzate, l'oggettività delle circostanze responsabili dei suoi disagi e la soggettività dei vissuti traumatici, che egli, dovendo corrispondere a tutti i bisogni degli altri, vada progressivamente incontro alla morte del suo fare attraverso un'inerzia di cui la malattia del Parkinson è palese testimonianza.

L'inerzia blocca il suo corpo, ma sussiste, come una sorta di contrappasso, un bisogno di trasformazione psichica che preme, una parte viva, ovvero il nucleo del suo Sé, che se fecondata da una parte di anima, può diventare produttiva e trasformativa per aprirsi a un cammino di ricerca della propria soggettività autentica. Possiamo sussumere che la parte "viva" abbia spinto Marco verso la relazione d'aiuto. Occorre, dunque, che il lavoro terapeutico incida per evitare che egli muoia per gli altri e che la stessa dimensione terapeutica divenga per lui la scoperta dell'efficacia della propria condizione umana. Seguendo questo percorso di lettura, è possibile ipotizzare che Marco, non a caso, approdi in terapia subito dopo aver composto la prima poesia (l'etimologia sanscrita *pu* del termine poesia, rimanda al significato di generare, procreare), interpretata come primo movimento generativo di un risveglio dell'anima, in un corpo fisico compromesso dalla malattia degenerativa. Sembra che Marco, attraverso la funzione intuitiva rimasta sempre viva in lui, abbia traslato in poesia quel *sentire* primario che non aveva potuto cogliere. In questo modo ha posto la domanda implicita alla terapia, ossia, *pensare* alla sua storia complessa e *comprendere* le forze arcaiche. Solo attraverso la poesia, infatti, le parole hanno potuto nascere dalla spontaneità della soggettività di Marco, al fine di capirne i contenuti che in forma simbolica rimandano al suo mondo emotivo primario. Il percorso di terapia ha riconnesso in modo consapevole le parti psicosomatiche frammentate della sua storia e aiutato Marco a ri-significare emotivamente e cognitivamente i vissuti traumatici della sua esistenza, orientando il recupero della fragile dimensione dell'Io in relazione alla dimensione progettuale del Sé.

Bibliografia

- Chevalier, J., & Gheerbrandt, A. (1999). *Il dizionario dei simboli*. Milano: Rizzoli.
- De Rachewiltz, B. (1983). *I miti egizi*. Milano: Longanesi.
- Frigoli, D. (2007). *Fondamenti di psicoterapia ecobiopsicologica*. Roma: Armando Editore.

Frigoli, D. (2010). *Picosomatica e Simbolo. Saggi di ecobiopsicologia*. Roma: Armando Editore.
Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Paolo Emilio Persiani.
Frigoli, D. (2016). *Il linguaggio dell'anima*. Roma: Edizioni Magi.
Frigoli, D. (2017). *L'alchimia dell'anima. Dalla saggezza del corpo alla luce della coscienza*. Roma: Edizioni Magi.
Frigoli, D. (2019). *I sogni dell'anima e i miti del*

corpo. Roma: Edizioni Magi.
Hillman, J. (2019). *Il codice dell'anima*. Milano: Adelphi.
Jung, C.G. (2006). *Psicologia e Alchimia*. Torino: Bollati Boringhieri.
Kalshed, D. (2013). *Il trauma e l'anima*. Bergamo: Moretti & Vitali.

Webgrafia

<https://www.parkinson.it/>.



Fereoli Paola, psicologa e psicoterapeuta specializzata presso l'Istituto ANEB. Ha approfondito i temi del trauma e del lutto nell'ambito dei reati gravi, nella pubblicazione Fine pena mai. Le famiglie delle vittime di omicidio in Italia.

Annalisa Pelosi, psicologa, ricercatrice presso il Dipartimento di Medicina e Chirurgia di Parma.

FINE PENA MAI Le famiglie delle vittime di omicidio in Italia di Paola Fereoli e Annalisa Pelosi

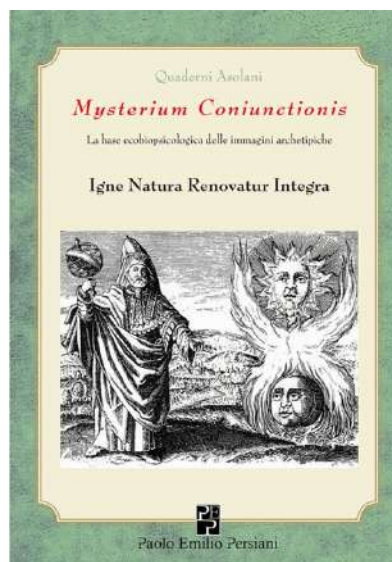
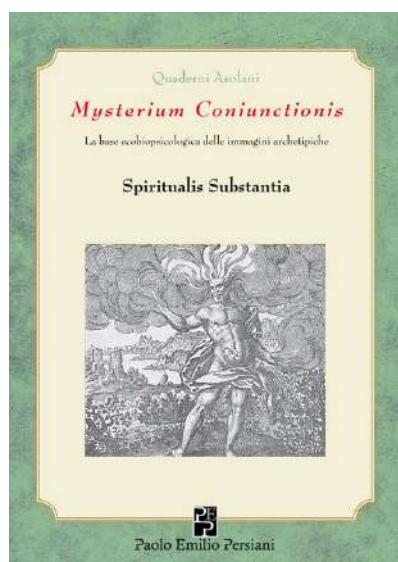
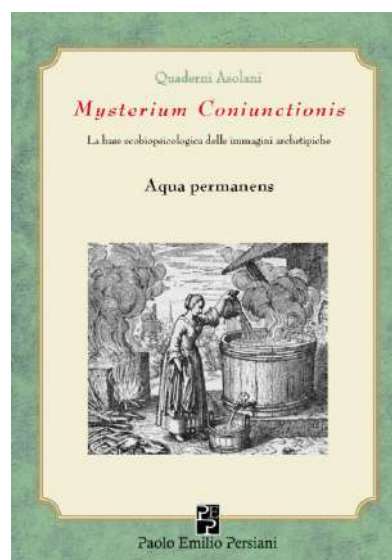
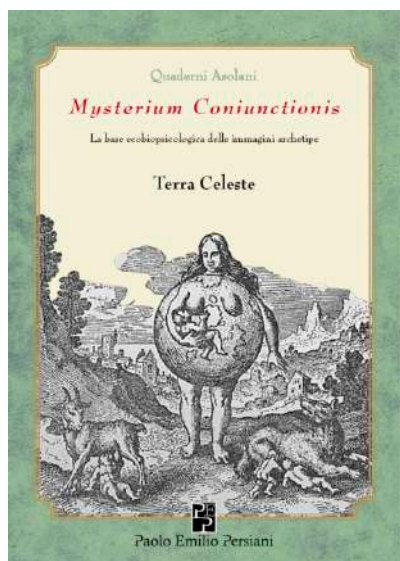
Negli ultimi decenni il Consiglio d'Europa e l'Unione europea hanno posto in risalto i reati gravi, tra cui gli omicidi, promulgando diverse disposizioni per la tutela della vittima e dei suoi familiari a cui gli stati membri sono stati invitati a conformarsi. L'Italia è uno tra gli ultimi Stati europei a non aver ancora adeguato alle politiche comunitarie e internazionali il proprio sistema legislativo, giudiziario e istituzionali. L'attuale legislazione del nostro Paese prevede solo fondi di solidarietà, peraltro non esaustivi rispetto alle reali necessità, a favore di alcune tipologie di vittime: terrorismo, criminalità organizzata, estorsioni, usura e vittime della strada.

I familiari delle vittime di omicidio volontario ne sono esclusi.

In Italia mancano ancora studi sistematici sulle condizioni e i bisogni dei familiari di vittime di omicidio, nonché sugli effetti generati da questo evento tragico: tuttavia, le ricerche provenienti da altre realtà, prevalentemente statunitensi, confermano la gravità e la complessità delle conseguenze subite dalle cosiddette surviving families e la derivante necessità di specifici supporti.

A fronte di queste premesse sono presentate sette testimonianze di parenti stretti di vittime di omicidio in Italia che si raccontano dopo la tragedia: da esse emergono quali conseguenza e nuovi bisogni sono stati originati, di quali supporti necessitino le famiglie superstiti, quali aiuti le istituzioni potrebbero porre in essere nella fase acuta, a medio e a lungo termine.

Le voci dei testimoni urlano l'estrema necessità di sostegno materiale, psicologico, medico, giuridico e sociale. Tali supporti vengono invece riferiti come assenti o denunciati come inadeguati alla gravità dei diversi casi tanto da rendere plausibile l'ipotesi di una seconda vittimizzazione: i familiari percepiscono di doversi difendere dallo stesso sistema istituzionale che avrebbe invece il dovere di tutelarli.



MYSTERIUM CONIUNCTIONIS LA BASE ECOBIOPSIKOLOGIA DELLE IMMAGINI ARCHETIPICHE

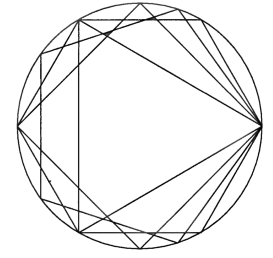
Autori: Diego Frigoli, Mara Breno, Alessandra Bracci, Maria Pusceddu, Anna Villa, Silvana Nicolosi, Alda Marini, Giorgio Cavallari

Gli studi sull'immaginario hanno sempre oscillato fra due posizioni estreme: quella di considerarlo come un "luogo" psichico dominato da una logica riduttiva dove il linguaggio specifico risponde a criteri deterministici, e la posizione opposta, secondo la quale le immagini simboliche fanno riferimento al rapporto con gli archetipi.

L'ermeneutica ecobiopsicologica si situa in uno spazio nuovo, intermedio, che cerca di conciliare gli aspetti degli istinti corporei e le immagini corrispondenti di tipo psichico. L'immaginario che ne emerge è assai simile a quello degli alchimisti, dove non c'è separazione fra la dimensione corporea della "materia prima" e gli aspetti più "sottili" delle immagini psicologiche. La rivisitazione del grande lavoro di Gaston Bachelard e del suo metodo di studio dei quattro elementi – Terra, Acqua, Aria, Fuoco – condotta secondo il metodo ecobiopsicologico ci permette di esplorare più a fondo la totipotenzialità della funzione archetipica, con il vantaggio di integrare nella psiche anche gli aspetti della materia, come necessità indispensabile all'equilibrio psicosomatico della nostra soggettività.

ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA

di Medicina Psicosomatica e di Terapia Ecobiopsicologica



La diagnosi ecobiopsicologica nel rispetto della completezza dell'essere umano, della sua originalità e autenticità, consente di mantenere costantemente presente l'importanza della relazione che il corpo intrattiene con la psiche e con gli aspetti culturali e sociali. L'essere umano, così concepito, è inserito in reti più ampie quali la famiglia, la società e la cultura, che a loro volta fanno parte di un grande ecosistema naturale, in cui tutte le parti che lo compongono si corrispondono fra loro.

Nell'ambito della prevenzione sono attivi i seguenti indirizzi:

- Prevenzione disagi dell'adolescenza
- Supporto psicologico nell'accompagnamento alla genitorialità
- Problematiche della sessualità e della fecondazione assistita
- Counseling in ambiti differenti di vita, ad esempio: familiare, disagio scolastico, 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 INDIVIDUALE a orientamento psicodinamico per adulti, preadolescenti (10-14 anni) e adolescenti, di coppia
- Psicoterapia DI GRUPPO a orientamento psicodinamico
- Psicoterapia dei disturbi psicosomatici, alcuni esempi dei diversi apparati:
 - Tegumentario (orticaria, dermatiti, herpes, psoriasi ecc.)
 - Digerente (reflusso, gastrite, colon irritabile, pancreatite ecc.)
 - Respiratorio (asma, bronchiti, riniti, laringiti ecc.)
 - Muscolo-scheletrico (cervicalgia, lombalgia, tendiniti ecc.)
 - Circolatorio (pressione alta o bassa, aritmie, vene varicose ecc.)
 - Sistema immunitario (allergie, artrite reumatoide, psoriasi, vitiligine ecc.)
 - Escretore (calcoli renali, cistite, ecc.)
 - Genitale e riproduttivo (varicocele, ovaio policistico, endometriosi, problemi legati alla sessualità, candida, ecc.)
 - Endocrino (Ipo o ipertiroidismo, diabete mellito, ecc.)
 - Una sezione a parte viene dedicata per l'oncologia
- Psicoterapia del trauma e EMDR
- Tecniche di rilassamento
- Massaggio shiatsu
- Psicoterapia di sostegno individuale e familiare in ambito oncologico



AUTRICE: Sara Carretta - Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso ANEB

SUPERVISIONE: Mara Breno - Psicologa, Psicoterapeuta. Le aree di orientamento di studio sono state indirizzate nel campo della psicosomatica e delle terapie di rilassamento, con particolare riguardo agli aspetti psicodinamici e simbolici. Responsabile di docenza e Supervisore presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB, terapeuta EMDR, ha al suo attivo varie contributi scientifici e divulgativi.

STORIA DI LUCIA: I RUMORI MOLESTI

«Per anni mi sono sentita una sciocca, non potevo parlarne con nessuno. E quando l'ho fatto in confidenza con qualcuno, mi è stato detto di sforzarmi di non pensarci. Come se fosse possibile! Poi, un giorno, mentre stavo andando al lavoro, alla radio ho sentito un tale che diceva che ci sono persone che non tollerano determinati tipi di rumori...ha fatto degli esempi e... tra questi c'erano quelli che fanno infuriare anche me! Ha detto che questo disturbo ha un nome, si chiama misofonia. E io, per la prima volta, dopo molti anni, ho provato un enorme sollievo! Ho pensato che potevo trovare il coraggio di parlarne con uno psicologo».

Con queste parole Lucia inizia a tratteggiare la sofferenza psichica che l'ha portata a chiedere una psicoterapia, sottolineando con semplicità che il poter attribuire un nome a un disagio avvertito come nebuloso e opprimente decompone il proprio vissuto.

Lucia è una donna di 53 anni dalla corporatura massiccia, dai capelli ramati e dal sorriso aperto, che però mostra tensione mentre descrive il problema che la affligge. Aggiunge che da molti anni lo affronta con difficoltà crescenti in quanto, oltre al fastidio che comporta, esso implica il dover dare spiegazioni di cui si vergogna ai familiari e giustificazioni sul luogo di lavoro e agli amici. Mentre ascolto Lucia, penso al disturbo di cui mi parla, che si presenta non come una patologia ma come una significativa intolleranza ai rumori, richiamando tematiche di tipo ossessivo e apprendo a un'ampia serie di interrogativi e di significati possibili. Ritengo di iniziare a sondare questi aspetti partendo dalle reazioni psicocorporee riferite dalla paziente. Nelle primissime battute del colloquio, Lucia si concentra e descrive il relativo sollievo che le procura il riconoscimento della sua sintomatologia di fronte agli altri, rimarcando, però, un disagio molto forte. Le chiedo, dunque, se può descrivere meglio ciò che prova e in che modo la condiziona.

Lucia inizia sottolineando che, negli ultimi mesi, il disturbo si è intensificato, soprattutto quando si trova sul posto di lavoro: facendo la cassiera in un negozio che vende apparecchi elettronici è esposta al contatto con il pubblico. Afferma di provare un malessere

fortissimo, quasi angosciante, quando alla sua postazione si avvicinano clienti che masticano il chewingum, anziani che respirano forte e persone che fischiavano. Aggiunge di avere un udito finissimo, di avvertire l'avvicinarsi alla cassa di un cliente che «tira su col naso», mentre questi si trova intento nell'angolo più remoto del negozio. Lucia abbassa gli occhi e dice che non ce la fa più. Quando rialza lo sguardo mostra un sorriso, mentre una lacrima le scivola lungo la gota. Le chiedo se ci siano altri rumori che le danno fastidio. Lucia risponde, sospirando, che le procurano molta agitazione tutti quei «rumoretti» ripetuti quando sono provocati da altri, come il ticchettio del mouse del computer o premere in modo insistente il bottoncino che fa scomparire la punta della penna. Accolgo la sofferenza che esprime con attenzione partecipe e, con delicatezza, le chiedo se può aiutarmi a capire meglio cosa la spinge a dire che «non ce la fa più», cercando di aiutarla ad addentrarsi meglio nei dettagli che riguardano il suo disagio emotivo. «Vivo in uno stato di allerta continuo. Questo mi fa sentire angosciata». Lucia afferma che il malessere che prova è così forte che vorrebbe allontanarsi dal posto di lavoro. «A volte mi viene un nodo alla gola, come se dovessi piangere. Quando riesco a piangere, poi, sto meglio». Pur comprendendo che per gli altri sia una situazione difficile da capire, sente di essere molto stressata e di non riuscire più a tollerarlo. Le chiedo se abbia mai sofferto di acufeni, nell'intento di approfondire il disagio emotivo espresso attraverso questo

canale sensoriale. Risponde di no. Poi aggiunge: «Circa vent'anni fa, in seguito a una influenza prolungata, mi è stata diagnosticata la sinusite cronica. Da allora non sento più gli odori e nemmeno i sapori al 100%. Ho fatto un intervento al setto nasale una decina di anni fa, ma le cose sono un po' migliorate solo negli ultimi anni». Colpita dall'aggiunta spontanea di questo aspetto, mi domando cosa stia inconsciamente comunicando rispetto ai suoi vissuti emotivi più intimi attraverso un collegamento con il senso dell'olfatto, il più antico filogeneticamente tra i nostri cinque sensi. Le chiedo se le sensazioni di disagio profondo che sta descrivendo si presentino anche in luoghi più intimi, ad esempio a casa con i familiari. Lucia risponde che, attualmente, vive con il minore dei due figli (il maggiore vive da solo), che è molto collaborativo poiché conosce la situazione e il fastidio e la sofferenza che ne derivano per lei. Aggiunge: «Sono molti anni che a pranzo e a cena metto i tappi alle orecchie. Ho iniziato quando abitavo ancora con il mio ex marito, che aveva l'abitudine di masticare biascicando: era una cosa insopportabile». Le chiedo da quanto tempo è separata. Risponde:

«Da una decina d'anni. Il mio fidanzato, per fortuna, è molto diverso da lui. Mi comprende. Non si offende se metto i tappi quando mangiamo insieme. Evita addirittura di portarmi in locali rumorosi o farmi frequentare ambienti in cui potrei trovarmi costretta ad affrontare il problema. Sono in una fase di rinascita. Ho incontrato Mario cinque anni fa, in un percorso di fede. È una persona sensibile, premurosa. Vorremmo sposarci. Per questo motivo vorrei essere più libera, per lui e per me stessa».

Sono molto colpita dal racconto di Lucia, che delinea un disagio tale da compromettere in modo significativo la sua vita sociale e relazionale.

Le domando da quanto tempo conviva con la misofonia: afferma che ha iniziato a manifestarsi una ventina di anni prima (all'incirca all'età di trentatré anni). Osservo che si è manifestata in contemporanea all'anosmia e Lucia, stupita, sembra collegare i due fatti

per la prima volta. Sottolineo che vent'anni sono comunque un tempo molto lungo e le chiedo se ne abbia mai parlato al medico curante. Mi dice di no, perché non avrebbe saputo come esprimersi e anche perché l'ex marito e la madre, con i quali aveva provato a confidarsi, l'avevano più volte «trattata come una pazza, o come una 'gran noiosa' viziata», conclude con un sorriso e, simultaneamente, con gli occhi ricolmi di lacrime. Osservo che mentre racconta, Lucia mostra segnali espressivi non coerenti tra loro: credo che questo disaccordo fra l'intensità di ciò che viene narrato e la modalità che l'accompagna siano dovute non solo all'imbarazzo del nostro primo incontro, ma che possano confermare una cesura più profonda sul piano emotivo. Le chiedo anche se venti anni fa, nel periodo dell'insorgenza del disturbo, ricorda se stesse vivendo una fase critica. Lucia afferma: «Beh, stavo vivendo un inferno. Da molti anni, peraltro. Iniziato poco dopo essermi sposata con il mio ex marito». Mi dà l'impressione di necessitare di una domanda che le permetta di spiegare meglio. Nel tempo, imparerò che questa è una costante nella sua modalità di esporre i fatti: Lucia inizia a rappresentare una situazione, poi aspetta che la inviti a proseguire attraverso ulteriori domande. Le chiedo quanti anni aveva quando si sposò. Accadde trentasei anni fa, quando aveva diciassette anni ed era rimasta incinta del figlio primogenito.

«Allora ero contenta. Non mi rendevo ben conto. Non sapevo proprio quello che stavo facendo. Lo capii solo molti anni dopo. Giuseppe mi sembrava un bravo ragazzo, serio per la sua età (aveva diciotto anni), lavorava già come operaio. Sposarmi con lui avrebbe permesso, in un colpo, di liberarmi di due problemi che mi angosciavano: andarmene finalmente da casa mia e lasciare la scuola superiore, che detestavo. Non sapevo che stavo cadendo dalla padella alla brace».

Dalle parole di Lucia emergono aspetti significativi che dovrò approfondire con molta attenzione nei colloqui successivi: il rapporto con la famiglia di origine, la sua progettualità (come mai l'abbandono della scuola le



procurò sollievo?) e l'investimento che essa fece nel fidanzato. Tutti aspetti che verranno riconsiderati alla luce di un quadro amplificato, composto dalle esperienze infantili vissute da Lucia.

I disagi che Lucia vive sono legati a diverse funzioni sensoriali (suono, sapore, odore): questo rimanda fortemente al periodo neonatale (e, forse, perinatale) nel quale si rintracciano le origini degli schemi emotivi. L'integrazione di processi somatici, sensoriali e motori negli schemi emotivi - che potremmo definire come funzioni sub-simboliche e simboliche - converge in una immagine coerente dell'esperienza che l'infante impara dalla relazione primaria con la figura che si prende cura di lui (Frigoli, 2017).

L'Ecobiopsicologia ci insegna che le domande iniziali che si sollecitano nel campo di lavoro devono guidare il terapeuta nella ricerca di elementi coerenti nel complesso vissuto del paziente, il cui inconscio segnala, attraverso l'esperienza somatopsichica, quei contenuti non mentalizzati e dissociati che compromettono il suo benessere, oltre che la sua integrità più autentica. La domanda che sembra porsi alla mia attenzione è: quali esperienze traumatiche primarie si slentizzano dopo il matrimonio con Giuseppe? Questa domanda si collega anche al periodo attuale; Lucia sta pensando di convolare a nuove nozze e avverte un aggravio dei sintomi: esiste un legame? Le neuroscienze sottolineano

«che la funzione fondamentale del cervello non è quella a cui siamo abituati a pensare come di un organo che ci relaziona attraverso i sensi al mondo esterno, ma semmai [...] rielabora i contenuti emozionali interni provocati dalle sensazioni viscerali e quelli sensoriali che continuano a modificare il mondo esterno. Si può pertanto affermare che il cervello non è altro che 'qualcuno che sogna in continuazione e ogni tanto è disturbato da eventi esterni'» (Frigoli, 2017, p. 266).

A quali "rumori" profondi dell'esperienza somatopsichica di Lucia sono speculari e riso-nanti quelli che da tempo la assillano fino al punto di angosciarla? Quali affetti sono così

profondamente feriti da impedirle di sentire l'odore ed il sapore delle relazioni e della vita? Le spiego che dovremo esplorare insieme diversi accadimenti del suo passato, nello sforzo di compiere una continua cucitura tra eventi che sembrano disconnessi tra loro, ma che costellano la sua storia, nonché le emozioni a essi sottesi, che andranno consapevolizzate e comprese. Lucia fatica a capire che possa esserci una connessione fra i rumori che la disturbano e il suo passato. Per molto tempo, seguirà a non collegare che i sintomi che porta sono aspetti di emozioni e li tratterà razionalizzandoli.

Il nostro lavoro cercherà di aiutarla a ricon-tattare queste parti che stanno dietro alla sua ruminazione mentale. In ogni caso, aderisce alla mia proposta, pur affermando laconicamente: «Per me va bene, anche se fino a sei/sette anni di età non ricordo praticamente nulla».

Una lunga storia di sintonie mancate

Poiché Lucia ha spontaneamente collegato l'angoscia che prova attualmente con il periodo del matrimonio, proseguiamo in questa direzione. Lucia afferma che Giuseppe cambiò dopo la nascita del primogenito, rivelandosi poco attento alle esigenze del bambino. Sottolinea, però, che lei seguitava a non rendersi conto, le sembrava che «fosse tutto normale. E che forse sbagliavo qualcosa io. Facevo di tutto perché non si arrabbiasse e perché fosse contento di tornare a casa con me e Mattia». Dopo un paio di anni, Giuseppe rilevò una piccola attività di preparazione di bomboniere e articoli per gli sposi, da far gestire a Lucia insieme a sua madre. A Lucia l'attività piaceva, ma il rapporto con la suocera si rivelò non proprio idilliaco, anche per la tendenza di lei a scaricare la parte più pratica dell'attività sulla nuora. Lucia chiese aiuto alla propria madre, che le dava una mano in negozio e con Mattia. Dopo un anno, a ventidue anni, Lucia si ritrovò in attesa del secondo figlio, Carlo. Seguì un lungo periodo molto complesso, che Lucia mi dettaglierà negli incontri seguenti, fatto di rinunce a prendere decisioni o a esprimere opinioni ed emozioni. Le immagini di quegli anni di



Egon Schiele, *Madre defunta*, 1910, Leopold Museum, Vienna

vita, che si sgranano dai suoi racconti, sono fosche, come avvolte da una cappa grigia e impalpabile di inconsapevolezza: il cattivo umore del marito, le quotidiane criticità pratiche di gestione dei figli, la problematicità dell'attività lavorativa erano per Lucia, da un lato, il frutto della sua incapacità nell'affrontare le cose e, contemporaneamente, le rimandavano il senso di non aver alcun peso nel processo degli eventi. Le uniche energie e risorse che Lucia sembra aver direzionato furono quelle dedicate alla crescita dei figli: il rapporto con loro, definito «molto buono», si è preservato e tuttora viene vissuto da Lucia come «affettuoso e basato sulla sincerità». A partire dai ventiquattro o venticinque anni di età, vi fu un aggravarsi della situazione psicofisica di Lucia. In quel periodo insorsero disturbi respiratori e un contestuale senso di affaticamento che la portarono a eseguire diversi accertamenti ai polmoni, senza alcun riscontro significativo. Dopo un anno, tuttavia, Lucia accusò un peggioramento dei sintomi: una importante astenia e dolori diffusi che compromettevano molti aspetti della sua vita e appesantivano il rapporto col marito:

«Mi sentivo sempre molto stanca e avevo molto dolore in tutto il corpo. Piangevo tanto! Avevo due bambini piccoli, il negozio e solo

mia madre sembrava occuparsi di me. Con mio marito non potevo parlare dei miei dolori, diceva che veniva tutto dalla testa. Ricordo che me ne andavo a dormire sul divano per non disturbarlo, poiché lo infastidiva che tossissi: mi diceva che la tosse non esiste, che avevo dei problemi nella testa. Ero anche grassa in quel periodo. Speravo di dimagrire ma ogni mattina, dopo aver portato i bambini all'asilo, mi fermavo al forno e compravo sei o sette bomboloni che mangiavo voracemente in auto, di nascosto. Dopo un po' di mesi avevo imparato anche a procurarmi il vomito».

In quel periodo le venne diagnosticata una bronchite asmatica. Ancora una volta, con poche frasi, Lucia delinea uno scenario desolato, tratteggiando la rinuncia alla propria soggettività, ai propri aspetti emotivi e sensibili. Dettaglio per dettaglio, si ricompon il quadro di un'esistenza solitaria, di un senso di sé quasi inconsistente, di un vuoto abbandonico da riempire e da rigettare con la modalità ambivalente di chi è affamato da un bisogno primario che, al contempo, non può trattenere per sé.

Verso i quarant'anni, Lucia acconsentì alla proposta di un cugino di accompagnare col suo canto l'intrattenimento musicale che faceva ai matrimoni. Questo le diede un po' di sicurezza, tant'è che decise di dimagrire, trovò l'attuale lavoro e affrontò Giuseppe dicendo che se non fossero cambiate le cose fra loro lo avrebbe lasciato. Dopo tre anni circa se ne andò di casa, in modo improvviso, ma con l'appoggio dei figli. Seguirono anni densi di angoscia e sensi di colpa, finché non iniziò a frequentare un gruppo di preghiera che l'aiutò e all'interno del quale conobbe Mario. Prima del matrimonio con Giuseppe, Lucia viveva in un paese di montagna, in una casa colonica decentrata rispetto al paesino di riferimento. «Devo dire che non mi spiaceva. Era bello stare da sola, giocare fuori all'aria aperta. Solevo anche chiudermi nella mia cameretta e cantare», commenta. I suoi genitori erano contadini, figli di contadini. Quando chiedo a Lucia di parlarmi della sua infanzia mi tratteggia un'immagine di solitudine che sento di dover esplorare delicatamente. Lu-



George Frederic Watts, *Speranza*, 1886, Tate Gallery Londra

cia è primogenita e ha una sorella che nascerà quattordici anni dopo di lei. I genitori erano sempre molto impegnati durante la giornata e lei si abituò a non essere troppo di peso con «*moine e capricci*». In casa con la famiglia abitava il nonno paterno, un uomo che Lucia definisce «cattivo, di stampo all'antica» che, con i successivi colloqui, inquadrerà sempre più chiaramente come un uomo rigido, rozzo, temuto dal figlio (il papà di Lucia) e tollerato molto a fatica dalla nuora che «non lo sopportava e non lo mandava al diavolo per rispetto».

Mi colpisce molto un aneddoto che racconta: «Mio nonno non tollerava che io chiacchierassi delle mie cose di bambina, ad esempio della scuola – lo facevo comunque di rado. 'Non gli piacciono i bambini', diceva mamma. Quando alle scuole medie iniziai a fare qualche telefonata pomeridiana ad alcune compagne di classe, lui soleva passare nel corridoio in cui era posto il telefono e ruttava rumorosamente».

Domando a Lucia se la mamma e il papà la aiutassero a gestire l'invasività della figura del nonno nella sua vita quotidiana, anche con semplici spiegazioni che potessero farle tollerare le sue modalità anziché subirle passivamente. Dalla risposta che ricevo, che si riferisce alla necessità "di portare riguardo a chi è più anziano", deduco che i genitori

le passarono la stessa regola cui loro stessi aderivano, probabilmente con passiva insofferenza: quella di un asettico "rispetto". Tale regola fu imposta anche a Lucia senza che vi fosse una attenzione per il suo sentire. Precisa che la mamma, lavorando molto, non «voleva essere scocciata con cose da bambini. Non aveva tempo di ascoltare le mie proteste, così come non ne aveva di parlare e di giocare con me».

La narrazione di Lucia evoca una sorta di "proibizione dell'età infantile" e conferma implicitamente un sistema familiare in cui domina un clima emotivo ambivalente ed evitante, con un padre subordinato alla propria figura genitoriale e, forse, alla moglie, che dal canto suo si mostra concentrata sul "fare", piuttosto che sugli aspetti emotivi delle relazioni. Mi accorgo che per Lucia è molto difficile rappresentare il proprio vissuto se non sotto forma di azioni. Per aiutarla a costellare le emozioni dell'infanzia e a ricostruire il rapporto con la madre, le domando se abbia ricordi di momenti trascorsi con lei in qualche spazio della giornata. Lucia risponde che non ne sentiva la necessità: «Stavo bene per conto mio. Anche perché quando riferivo a mia mamma di qualche preoccupazione o piccolo screzio con le amichette, lei rispondeva sempre: "E a me cosa me ne importa?". Le modalità materne riferite da Lucia rendono verosimile l'ipotesi di una figura sbrigativa, poco attenta, incapace di sintonizzarsi con le esigenze emotive della bambina. La storia che si dipana porta alla luce un mondo infantile profondamente ferito, che si traduce in Modelli Operativi Interni dissociati (MOI-D), che inesorabilmente costelleranno esperienze relazionali similari.

Mi domando se i rumori che Lucia avverte siano gli aspetti traslati di "parti" emotive mai mentalizzate e dissociate, che stridulamente propongono una rabbia primaria mai espressa in altro modo e che, ancora oggi, si rappresenta come non accessibile. Lucia è abituata ad esprimere la sua sofferenza in modo somnesso, quasi a non voler disturbare l'altro, come se il suo dolore non dovesse essere "di peso" per chi l'ascolta. Quando risponde alle mie domande, che sembrano imbeccarla come una piccola bimba in attesa, le lacri-

me le scorrono lungo le guance senza che lei emetta un gemito o un singhiozzo. Sento di doverla rispecchiare attraverso espressioni non verbali accoglienti e sintoniche alle ondate emotive che trascinano silenziose. Sento di doverla rassicurare che il suo piangere non mi disturba.

A completare il quadro che va rappresentandosi, Lucia riferisce che non amava particolarmente andare a scuola e studiare. Le risultavano particolarmente ostiche le materie scientifiche, ma le piaceva la musica, al punto che avrebbe desiderato frequentare il conservatorio. La mamma però, forse abituata al mondo duro del lavoro contadino, non riteneva che quel tipo di scuola le potesse assicurare un futuro; non prese in considerazione il suo amore per il canto e la sua poca passione per la matematica: le impose, infatti, di iscriversi a ragioneria. Peraltro, Lucia afferma che non le importava molto, che non se la sentiva di contrastare la madre e, tutto sommato, le stava bene che le dicesse cosa doveva fare. Anche se ammette di aver pensato che la madre non l'amasse e di essersi sentita molto colpevole per questo pensiero. Nelle prime fasi della terapia sento essenziale accogliere le parti ferite di Lucia, mettendo in atto un maternage accudente e rispecchiante. Colpita dal fatto che il canto rappresenti, forse, l'unica facoltà sensoriale non ferita di Lucia, le dico che faremo in modo che la stanza di terapia divenga il luogo del canto delle sue emozioni profonde, nel quale i rumori molesti si trasformeranno in una delicata melodia.

Il sogno che schiude una "melodia bloccata".

Ritengo che sia prematuro riflettere con Lucia sul fatto che il progetto di risposarsi le stia riproponendo angosce antiche pertinenti al suo vissuto abbandonico e traumatico. Iniziamo a ragionare, con gradualità e delicatezza, sul fatto che forse le caratteristiche pragmatiche di Giuseppe e le sue modalità direttive richiamavano a Lucia le modalità materne. L'ex marito, come sua madre, le appariva in grado di guidarla e prendersi cura di lei con il risvolto, però, che ripropo-

neva la stessa scarsa attenzione alle necessità emotive e profonde.

Attraverso il nostro lavoro, Lucia inizia a recuperare il proprio mondo affettivo, delegato fino ad ora ad altre figure, in relazioni che la vedono in silenziosa attesa di essere imbeccata, guidata e valorizzata. Ritengo anche che vada esplorata con cura la relazione primaria e la storia materna, per permettere alle emozioni sottostanti di emergere e decomprimersi attraverso la via della parola. La mancanza di ricordi e di informazioni di Lucia non agevola, infatti, il nostro percorso. Come accade spesso al terapeuta ecobiopsicologico - attento a connettere in modo coerente dentro di sé ogni elemento che si presenta nel campo terapeutico: dalla relazione con il terapeuta, alle relazioni esterne, al passato e al presente del paziente, finanche agli eventi sincronici - quando si costella un campo siffatto, viene in aiuto l'inconscio attraverso i sogni. Infatti, dopo alcuni mesi, Lucia porta il sogno che segue.

«Ho sognato che salvavo un bambino che stava annegando, dopo essere rotolato giù per un canale. C'era buio ed era una scarpata profondissima, non si vedeva quasi la fine. L'ho visto, l'ho raggiunto e l'ho preso. È stato un incidente, qualcosa di accidentale...l'ho visto rotolare e l'ho preso, prima per i capelli, poi sotto il collo».

Poiché nel "rotolare giù dal canale" si evoca l'immagine del parto, chiedo a Lucia se sia al corrente di qualche situazione particolare legata al suo; è sicura di no: le è stato raccontato che fu un parto naturale, anche piuttosto veloce. Le suggerisco, insistendo un po', di chiedere egualmente alla madre se ci fosse qualche dettaglio che non ricorda o di cui lei non è a conoscenza. All'incontro successivo, Lucia si presenta stupefatta! La madre non le aveva mai detto che, un paio di giorni prima del parto, aveva avuto un incidente con l'automobile ed era finita in un fossato. Lei nacque un paio di giorni dopo, pretermine di una ventina.

Molto colpita a mia volta, dico a Lucia che l'inconscio ci sta aiutando a recuperare "parti" della sua storia che recano emozio-



Edvard Munch, *L'Urlo*, 1910, Galleria Nazionale, Oslo.
Fotografia di Stefano Girardi

ni importanti. Ancora una volta, aderendo alla modalità materna che sottovaluta in modo energetico l'episodio, afferma che non fu un incidente grave e che per quel motivo la mamma aveva sempre dimenticato di fargliene cenno: non si fece male e non si spaventò. Aggiunge: «Pensi che questa cosa accadde più o meno verso le dieci del mattino e lei a mezzogiorno stava già preparando il pranzo».

L'attenzione di Lucia è rivolta all'evento concreto: non è ancora in grado di fare quei passaggi coscienti che le permettano di cogliere gli aspetti sincronici che caratterizzano alcuni eventi significativi della vita. Dovrò essere io a sottolineare, con domande mirate e delicate, il rappresentarsi di nuovi elementi che ci permetteranno di ripopolare la rete degli eventi. Fin prima della sua nascita, Lucia sembra designarsi come figlia di una situazione con una tematica traumatica, che si ripeterà poi nell'accudimento poco sintonico. Come terapeuta mi rendo conto di dover svolgere una funzione quasi da "levatrice" per aiutare il suo mondo emotivo a emergere attraverso l'immaginario: così la invito a riflettere sul fatto che l'evento non fu normale, proprio perché fu seguito da un parto pretermine dopo pochi giorni. E, per evocare un campo emotivo sufficientemente ricco da poter essere sentito da Lucia, inizio a creare un "mondo possibile" riformulando in modo

verosimile i possibili vissuti della madre relativi a questo trauma antico, in modo che possa iniziare ad autorizzarsi a sentire e immaginare quanto lei fu figlia di un avvenimento che la portò a nascere prima del tempo. Le spiego che quando ci sono forti stress, che noi chiamiamo "trauma", può accadere che il bambino nasca contestualmente all'evento, come è accaduto a lei. Sappiamo che, in un parto naturale a termine, l'inizio delle contrazioni che conducono alla nascita non è controllabile dalla madre, ma è "deciso" dal bambino. Riprendendo il sogno, le faccio notare come il suo inconscio abbia richiamato questo aspetto del "buco nero", del fossato e della spinta che la sollecitò a nascere. Lucia, colpita dalla mia narrazione, aggiunge che la mamma le ha parlato di un fosso praticamente privo di acqua. Dentro di me, penso alla famiglia di Lucia, in cui l'"acqua emotiva" sembra essere stata davvero poca...

Attraverso una rêverie, orientata dalla storia che emerge, immagino l'aspetto simbolico di quell'acqua come il liquido amniotico che tra le sue funzioni ha quella di protezione del feto dai traumi, e che già in questo frangente, nella descrizione della "poca acqua", sembra rappresentare il trauma primario.

Grazie al sogno, ho potuto recuperare quelle parti che ci aiutano, nel corso del lavoro terapeutico, a significare i sintomi legati al nutrimento alterato e agli aspetti depressivi (le asme bronchiali), nonché a contattare in modo differente i sintomi delle somatizzazioni, potendoli finalmente portare alla luce nel collegamento con gli aspetti profondi che esprimono.

Delicatamente, e attraverso un paziente lavoro, si inizia a riqualificare il possibile campo della relazione originaria con la madre che riesce a smuovere le emozioni legate al trauma, emozioni che poi si ripercuotono nella difficoltà di questa relazione per tutto il corso della crescita della piccola Lucia. La invito ad ampliare con le sue sensazioni e immagini il racconto fattole della madre, spiegandole come il suo modo di narrare potrebbe essere dovuto al tentativo di non sentire il peso di ciò che provò e di non farlo pesare nemmeno alla figlia. Le domando cosa avrebbe provato se fosse accaduto a lei un simile

episodio quando era incinta. Lucia riesce a dirmi che avrebbe provato paura. Proseguo, attraverso le domande, con la ricostruzione di fotogrammi emotivi, quali ad esempio: la mamma a mezzogiorno si era apprestata a preparare il pranzo, ma chi si preoccupò di lei e di come stesse? E chi si è preoccupato per la bambina che portava in grembo? Qualcuno le è stato accanto nel pomeriggio? E così via. In questo modo Lucia comincia a comprendere quanto la madre stessa fosse stata sola e non sostenuta e come non potesse probabilmente esprimere, a sua volta, il mondo emotivo, come mette in evidenza il racconto dell'incidente vissuto; la sua storia inizia lentamente a risuonare con le emozioni pertinenti, mentre la terapia la accompagna, ricollegando «in un continuo passaggio fra la realtà dell'immagine del mondo esterno, l'analogia sul piano corporeo e quella corrispondente al mondo psichico» (Frigoli, 2017, p. 271). Il nostro lavoro sta proseguendo meticolosamente. Come nell'immagine proposta dal sogno, Lucia sta pian piano recuperando, "tirandole per i capelli", le proprie parti emotive pronte a nascere, ma fortemente "incarnate" e compresse, figlie di un materno ferito.

Mi ha riferito, alcuni giorni fa, che una mattina si è alzata ed ha sentito molto bene l'odore dei fiori sul balcone. Mi auguro che Lucia possa divenire sempre più partecipe della ricchezza sensoriale del proprio corpo, riconnettendosi agli aspetti fisici delle emozioni che, iniziando a vibrare e ad essere accessibili alla sua esperienza, potranno permetterle la pienezza di vita e la serenità interiore che desidera.

Bibliografia

- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici. I modelli operativi interni dissociati*. Torino: UTET
- Bion, W.R. (1973). *Elementi della Psicoanalisi*. Roma: Armando
- Damasio, A.R. (2000). *Emozioni e coscienza*. Milano: Adelphi
- 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: Edizioni

Magi

Frigoli, D. (2017). *L'alchimia dell'anima. Dalla saggezza del corpo alla luce della coscienza*. Roma: Edizioni Magi

Jung, C.G. (1951). *La sincronicità come principio di nessi acausali* (Vol. 8). Torino: Bollati Boringhieri



IL LINGUAGGIO DELL'ANIMA

FONDAMENTI DI ECOBIOPSIKOLOGIA

di DIEGO FRIGOLI

EDIZIONE MAGI

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 Sè 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, sicchè 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^a 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.



AUTRICE: *Giuliana Grippo* - Psicologa, Psicoterapeuta specializzata presso Istituto ANEB, consulente in sessuologia.
SUPERVISIONE: *Alda Marini* - Specialista in Psicologia e Psicoterapeuta. Psicologa Analista (CIPA, IAAP), esperta in psicossomatica (ANEB), effettua supervisioni e docenze presso le scuole di psicoterapia dell'ANEB e del CIPA su temi di psicossomatica ecobiopsicologica, età evolutiva, teoria dei sogni e dell'immaginario, terapia di gruppo, processo d'individuazione, alchimia, e metodica junghiana. È responsabile di materia per Psicologia delle dinamiche di gruppo (CIPA) e Psicologia dello Sviluppo e Psicopatologia Infantile (ANEB). Per Aneb è anche Responsabile dei Rapporti con le Istituzioni Scientifiche e la Rete Interdisciplinare ed effettua attività di ricerca e divulgazione, con relative pubblicazioni. È terapeuta EMDR. Lavora privatamente a Milano conducendo terapia individuale con adulti e adolescenti, terapia di gruppo e di coppia.

IL CASO DI TELEMACO: LA PAURA E LA RINUNCIA, LA SPERANZA E I SOGNI

Quello che segue è il caso di un paziente che ho conosciuto nell'ambito del mio lavoro in una comunità terapeutica psichiatrica ad alta protezione. Ha l'intento di mostrare come l'approccio ecobiopsicologico consenta, anche ad un giovane terapeuta, di arrivare in breve tempo a livelli profondi di comprensione del paziente e delle dinamiche in gioco fra diversi soggetti e livelli del sistema. Un approccio che favorisce l'ipotesi di percorsi terapeutici in cui mettersi pienamente in gioco con la propria soggettività, con la fiducia che deriva dal disporre di una metodologia complessa, ispirata ad una visione dell'Uomo rispettosa dell'unicità di ciascuno, delle sue potenzialità e della sua creatività invariabilmente presenti. L'effetto è quello di alimentare la speranza *versus* la rinuncia, anche dinnanzi alle storie di vita più drammatiche.

La storia di Telemaco

È un giovane uomo di 27 anni, celibe, non occupato, alla prima esperienza di comunità. Quando lo incontro mi colpisce per la sua giovialità e provo una simpatia subitanea. Magro, di altezza media, ha i capelli ricci e neri, profondi occhi marroni, barba e baffi appena accennati. Dimostra un paio d'anni in meno. Sono colpita dal suo modo di abbigliarsi, lievemente bizzarro; in particolare, privilegia capi eleganti e di taglio classico (completi in giacca e cravatta, scarpe stringate, trench color cammello, e via così).

Dell'infanzia di Telemaco non riusciamo a ricostruire nulla. Ha conseguito la licenza media, dopodiché non è riuscito a concludere un ciclo di studi superiore, cambiando più volte indirizzo. I tentativi di inserimento lavorativo andavano rapidamente incontro a fallimento.

Il quadro familiare è complesso e confusivo. La mamma, di origini egiziane, si è trasferita in Italia dopo aver contratto un matrimonio di facciata con il vedovo di una sua sorella, molto più anziano di lei, che recentemente è venuto a mancare. Era emigrato in Italia, dove aveva ottenuto la cittadinanza. A quanto riferito, l'uomo non poteva procreare. Da una successiva relazione con un uomo italiano sono nati due figli, a distanza di 6 anni, che sono stati riconosciuti dal marito della signora. Quando Telemaco ha 3 anni il padre naturale muore di tumore. Mentre la sorella più grande ha sempre saputo la storia delle loro origini, lui ne sarebbe venuto a conoscenza soltanto a circa 18 anni, assistendo ad un furioso litigio tra madre e sorella nel corso del quale quest'ultima avrebbe rinfacciato alla madre la situazione confusiva di cui sarebbero stati vittime. Entrambe riferiscono che la madre ha avuto con Telemaco un atteggiamento molto diverso rispetto a quello verso la figlia femmina: molto severa ed esigente con quest'ultima, estremamente protettiva e intrusiva nei confronti di Telemaco. La signora ha poi instaurato una relazione con il padre di due ragazzini amici del figlio quando questi aveva 11 anni, creandogli gravi difficoltà col gruppo dei pari. L'uomo ha convissuto con la famiglia per anni, dunque per un periodo il marito e il compagno della signora hanno abitato sotto lo stesso tetto, ma Telemaco non l'ha mai accettato e ciò lo ha spinto a legarsi più strettamente ad una comitiva di amici con i quali ha iniziato anche a fare uso di sostanze (soprattutto hashish). Anche la sorella, attualmente sposata e con un figlio, ha una storia di uso di cannabinoidi (e presumiamo anche la madre).



L'esordio psicotico risale a quando Telemaco aveva 18 anni: era in villeggiatura con la famiglia e da qualche tempo manifestava nervosismo e irritabilità; la mattina del ricovero la situazione diventava acuta e ingestibile: il paziente esce in strada, danneggiando alcune automobili. I familiari riferiscono un nesso temporale con la rivelazione sulla reale paternità del paziente. Il ricovero si era protratto per più di un mese e Telemaco era stato contenzionato per più giorni. Successivamente, vi sono stati vari ricoveri, sempre con modalità di TSO e contenzione meccanica.

Il percorso in comunità

Quando giunge da noi Telemaco è seguito da due anni e mezzo dal servizio psichiatrico territoriale per la farmacoterapia, e da uno psichiatra privato con incontri quindicinali e frequenti contatti telefonici. La diagnosi formulata è di Disturbo psicotico acuto polimorfo con sintomi schizofrenici (ICD10-GM-2014 > capitolo V > F20-F29 > F23 > F23.1) e ci si imbatte, come spesso nel caso di eventi psicotici acuti, in difficoltà di definizione e interpretazione sul piano diagnostico, prognostico e terapeutico (Rasore et al., 2005).

Telemaco riferisce allucinazioni uditive, nella forma di voci che lo interrogano o di voci commentanti e dialoganti, e allucinazioni visive e cinestesiche; in particolare, sente il suo corpo occupato da un'altra persona (*in primis* la mamma). Emergono svariati contenuti deliranti, prevalentemente di tipo grandioso e di identità, e spunti persecutori soprattutto nei confronti dei familiari. Il paziente crede di avere capacità imprenditoriali incomparabili, talento straordinario nelle pubbliche relazioni e nelle attività finanziarie e accusa i familiari di volersi appropriare delle enormi ricchezze che avrebbe accumulato. Ha indicato alcuni altri ospiti della struttura come padre o nonno a seconda delle età, si è descritto come figlio di un importante membro dei servizi segreti e generalmente attribuisce l'identità di padre al suo psichiatra privato. Ha parlato di un proprio figlio per il destino del quale è apparso grandemente angosciato. Egli stesso si è descritto come un uomo

dal potere smisurato, legato ai servizi segreti, detentore di scomode verità e responsabile della vita e della morte di migliaia di persone. Manifesta livelli di ansia e angoscia elevati e facilità a mostrare irritazione e rabbia. Il pensiero deraglia con facilità e l'eloquio diventa precipitoso e sempre più sconnesso. Lamenta difficoltà di sonno e di distinguo tra la realtà e il sogno. Fa uso di alcool sporadicamente e di cannabinoidi in maniera continuativa. Non ha patologie somatiche che richiedano l'assunzione quotidiana di farmaci; piuttosto frequentemente riferisce fastidi allo stomaco e si sono verificati episodi di vomito, il più delle volte a seguito di pianto convulso. Telemaco è poco *compliant* verso le terapie farmacologiche: vive i farmaci come eccessivamente sedativi e lamenta difficoltà sessuali.

I primi giorni di permanenza scorrono tranquilli e noi cominciamo a fantasticare su un patrimonio di potenzialità non ancora/non del tutto imprigionato nella psicosi da cui sia possibile attingere e quindi su come lavorare per sostenere intenti e movimenti verso l'evoluzione e l'integrazione (Rasore et al., 2005). D'altro canto, ci chiediamo se non si tratti di un adattamento solo formale e, inconsciamente, il clima emotivo dell'équipe è quello di chi presagisce la tempesta dopo la quiete. Col passare dei giorni, infatti, Telemaco si mostra sempre più agitato, irrequieto, insofferente ai ritmi e alle regole della comunità. Aumentano i momenti di chiusura e le fluttuazioni nel suo stato emotivo si fanno progressivamente più repentine e imprevedibili. Il suo legame con alcuni degli ospiti si fa sempre più stretto e connotato da stati affettivi intensi e aspettative che fatica a fronteggiare. I vissuti di abbandono e disperazione per la lontananza dalla famiglia cominciano ad emergere prepotentemente. Talvolta appare spaesato, confuso.

Valutiamo, in questa fase, di affiancarlo e sostenerlo in un processo di acquisizione adeguata di una serie di autonomie e di concentrarci nella costruzione di una relazione di fiducia. Da un lato Telemaco sembra intenzionato a mostrare un'immagine "da duro" e a resistere attivamente al bisogno intenso di instaurare un legame con noi. Dall'altro



Bartolomé Esteban Pérez Murillo, *Sacra Famiglia col cagnolino*, 1650, Museo del Prado, Madrid

lato, inizia a rivolgersi ai suoi operatori come a delle figure di riferimento, stabilendo contatti emozionali in cui diviene possibile cominciare ad aprire il sipario sul suo tormentato mondo interiore. Appare subito evidente come il paziente ci proponga delle esperienze relazionali diverse. Riguardo a me, sembra che sia chiamata a incarnare un materno accogliente e protettivo. Sento che Telemaco mi chiede di esserci per lui, empaticamente, per contenerne il terrore dilagante, aiutarlo a regolare l'intensità dei suoi stati emotivo-affettivi e a mettere ordine nel suo spaventoso mondo interno, per rassicurarlo e confortarlo, per ottenere l'approvazione e la validazione del bambino da parte dell'adulto. Nel transfert percepisco l'aspettativa di essere amato in chiave infantile, deresponsabilizzante, incondizionatamente, e i successivi vissuti di forte delusione e ostilità quando ciò non accade. Nonostante alcuni aspetti particolari e talvolta paurosi, la relazione con Telemaco ha generato in me un controtransfert positivo. Ho potuto verificare, vivendolo in prima persona, come i pazienti psicotici tendano alla fusione primaria e all'idealizzazione, sollecitino un atteggiamento di protettività genitoriale e sensibilità empatica, e possano far sentire il terapeuta molto utile

e ben disposto. Ho percepito affetto e gratitudine. Nel contempo, però, ho avvertito il peso della responsabilità psicologica da lui imposta, l'urgenza divorante dei suoi bisogni, la frustrazione e l'impotenza; non sono mancati momenti in cui mi sono sentita fortemente in ansia, insicura su cosa dire o cosa fare, disarmata e non ancora all'altezza del mio compito.

Particolare attenzione è stata data alla valutazione diagnostica secondo la prospettiva psicoanalitica. Siamo in presenza di un Io non organizzato e frammentato, di un'identità diffusa, in assenza di limiti ben definiti anche sul piano della corporeità, e in una condizione di non distinzione fra dimensione esterna e interna, fra realtà e fantasia. In Telemaco è ben evidente come la natura del conflitto sia letteralmente esistenziale: vita e morte, resistenza e annullamento, sicurezza e terrore sono i temi ricorrenti. L'angoscia è psicotica, caratterizzata dal terrore per la disintegrazione e la perdita del Sé. L'assetto difensivo si caratterizza per il cospicuo impiego di meccanismi di difesa primitivi, scissione, identificazione proiettiva, proiezione, diniego, onnipotenza, *acting out*, somatizzazione, ritiro. Telemaco non è in grado di prendere decisioni autonome e consapevoli



in nessun ambito dell'esistenza, necessita di un supporto esterno continuativo per prendersi cura di sé, non è ingaggiato in attività di studio, lavoro o svago significative, non ha una progettualità realistica per il futuro e presenta gravi problemi relazionali. Non è consapevole dei propri disturbi. La capacità di gestione dell'aggressività e della libido appare gravemente deficitaria.

Probabilmente ci troviamo in presenza di un senso di Sé emergente (Stern, 1982), in cui non sono ancora stati acquisiti la capacità di avvertire sé e l'altro come entità fisiche separate, agenti distinti con storie separate, e il sé fisico non viene sperimentato come una entità unitaria dotata di una volontà e di una vita affettiva personali. È possibile supporre che Telemaco abbia ricevuto il messaggio di non essere un individuo a sé, ma un'estensione della figura materna e che nella famiglia si sia verificata un'incertezza diffusa dei confini dell'Io, con scambi di emozioni, desideri, aspettative fra i suoi membri. Mancano il senso di coesione e di continuità del Sé (Kohut, 1984); Telemaco ha difficoltà nel regolare l'autostima, è incline ad angosce di annientamento, a sentimenti di frammentazione e depressione, all'emersione di una rabbia incontrollabile. Sono presenti diverse rappresentazioni del Sé e dell'altro, in conflitto tra loro, gravemente scisse e non integrate, dunque sembrerebbe che sia fermo alla posizione schizo-paranoide (Klein, 1969).

Dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, siamo di fronte ad alti livelli di insicurezza: le strategie di *coping* si rivelano inefficaci dinanzi alle difficoltà e allo stress; la separazione elicitava risposte disfunzionali; il paziente ha grosse difficoltà nel riconoscimento, espressione e gestione delle emozioni; nelle situazioni di minaccia la valutazione del Sé e degli altri appare gravemente distorta. Possiamo ipotizzare che Telemaco possieda prevalentemente caratteristiche degli stili d'attaccamento cosiddetti «preoccupato/invischiato» e «irrisolto» (Bartholomew & Horowitz, 1991; George, Kaplan & Main, 1985, 1996; Main & Goldwin, 1994). Pensando alla sua infanzia mi si delinea l'immagine di una madre scostante e impreve-

dibile, dal comportamento molto affettivo e invischiato o all'opposto rifiutante e scollegato dalle esigenze del figlio, in continuità con la loro relazione attuale. Il *pattern* irrisolto rimanda invece a esperienze traumatiche legate all'attaccamento che, appunto, non sono state risolte. In questo caso ciò che sembrerebbe aver agito in maniera traumatica è la confusività a livello delle relazioni precoci e la qualità della dimensione relazionale con e fra i componenti della famiglia. Se oggi non vi sono dubbi che il legame fra una donna e il proprio figlio origini ben prima del concepimento, che la possibilità di percepire la relazione con l'altro inizi prima della nascita, che già il feto sia in grado di rispondere attivamente allo stress (Giannakoulou et al., 1999), come possiamo immaginare che sia stato accolto l'arrivo di Telemaco? E quale sarà stata la natura dei suoi primissimi legami? Non sappiamo quale sia stato il *background* emotivo-affettivo, ma possiamo ipotizzare la presenza di una forte ambiguità tra i soggetti coinvolti, di una pseudo-normalità familiare in cui vengono sottaciute verità esistenziali e in cui gli scambi emotivi potrebbero essere stati "viziati" da forti ambivalenze e dalla necessità di mantenere negli anni un segreto indicibile, con un effetto disorganizzante sullo sviluppo sociale, cognitivo ed emotivo del paziente.

Riguardo alla psicologia junghiana, sembrerebbe che Telemaco sia preda di un potente complesso materno che ne impronta tutta la psicologia. Nel figlio maschio l'evoluzione più tipica del complesso materno negativo è quella del *puer aeternus*, che vive solo nella madre; è un sogno della madre e se prova a distaccarsene ne viene divorato, di conseguenza vive in un incesto permanente. La madre, intanto, ne riceve forza vitale finché rimane con lei, per cui l'angoscia prevalente nel *puer* è la castrazione. La separazione è resa possibile dall'intervento del "divieto dell'incesto" che, imposto dal padre come rappresentante dello spirito e della coscienza, consente la separazione dell'uomo dall'indifferenziazione inconscia, l'emergere dell'individuo autocosciente, l'idea della morte-rinascita individuale e definitiva quale individuazione. Nella vita di Telemaco, pro-

prio come per il celebre personaggio omerico da cui ho tratto il nome, non c'è stato nessun uomo che gli abbia fatto da padre in modo affidabile e continuativo, da cui la «pressante domanda di padre» (Recalcati, 2014); ma anche focalizzandosi sulle funzioni e configurazioni archetipiche della maternità e paternità, l'ipotesi è che l'intera famiglia sia preda di un materno eccessivo, che in alcun modo ha potuto essere bonificato e depotenziato attraverso la trasmissione di un codice paterno. Il concetto di "funzione" paterna, infatti, va distinta dalla persona che la incarna. La funzione materna è quella votata alla cura, alla soddisfazione dei bisogni, alla protezione, all'amore "incondizionato", ed è espressione del principio di piacere. Quelle affettive, tuttavia, non sono le uniche esigenze del bambino: l'imposizione di un limite aiuta l'individuo a separare il mondo interiore da quello esterno, a controllare le pulsioni, a contenere l'angoscia. Viceversa, in assenza del limite l'individuo non riesce a costruire un'identità stabile, autonoma, e ad acquisire un senso di sicurezza rispetto all'angoscia di "andare distrutto". Più aumenta l'età cronologica, più il bambino ha bisogno di entrambe le funzioni, che devono essere opportunamente integrate, e che i due poli affettivo e normativo si equilibrino nella direzione dell'archetipo del Sé e della propria autenticità. Anche la madre può spingere il figlio a scoprire se stesso in relazione all'esterno e guidarlo attraverso principi e valori di vita, esortandolo a seguire regole e a prendere impegni. Viceversa, la fusionalità col materno e il mancato conseguimento di un principio di realtà che possa porre in secondo piano il principio del piacere e la seduzione operata dalla Grande madre uroborica possono portare l'individuo ad una dispersione del Sé, all'utilizzo di massicci meccanismi difensivi, alla dipendenza affettiva e/o da sostanze, all'impossibilità di rielaborare le perdite, vissute come perdite di parti di Sé. Dai dati anamnestici in nostro possesso, dall'osservazione e relazione col paziente e dall'analisi delle dinamiche familiari si ricava l'immagine di una madre scarsamente consapevole dell'alterità del figlio, controllante e narcisista, facilmente preda di angosce, e di

un rapporto tormentoso di forte interdipendenza reciproca dal quale la signora non riesce a sottrarsi. Anzi, alimentandolo, sabotando i nostri tentativi di agire in tale direzione, salvo poi assumere un atteggiamento denigrante e rifiutante di fronte a certi comportamenti discutibili o alle gravi manifestazioni psicopatologiche di Telemaco. Abbiamo parlato del padre e del concetto di *limes*, del confine, della separazione. Il padre è anche colui che incoraggia ad attraversare il *limen*, un ingresso, una soglia, e quindi la transizione verso nuove forme di umanità, intercettando le potenzialità evolutive ed educandole. È evidente che a Telemaco sia mancata del tutto la possibilità di accedere a una simile fase di sviluppo della propria personalità e individualità, egli è bloccato a uno stadio in cui né la propria esistenza autonoma e distinta né la differenziazione interno/esterno sono dati acquisiti stabilmente. Il Telemaco del mito, dopo anni di fiduciosa attesa, inizierà un lungo e tormentato viaggio alla ricerca del padre che alla fine lo porterà da lui, e insieme faranno ritorno a Itaca. Egli è il figlio che «fa esistere, insieme a Penelope, il Nome del Padre» (Recalcati, 2014). Il nostro Telemaco, invece, si è smarrito nei flutti della follia; sembra non faccia che vagare disperatamente, senza alcuna collaborazione da parte di Penelope e nell'impossibilità di accedere a qualsivoglia eredità e avvenire.

Il metodo ecobiopsicologico mi ha indotta ad approfondire temi quali ad esempio la mitologia religiosa dell'antico Egitto o la concezione dei rapporti familiari e dei ruoli di genere nell'Egitto moderno, e a prestare attenzione ad alcune comunicazioni di Telemaco, diversamente ignorate, riguardanti atti somatici o fenomeni naturali, fornendomi importanti ulteriori informazioni, utili alla comprensione profonda del paziente nella sua unità inscindibile di mente, corpo, spirito e ambiente. Così, proprio come nell'universo archetipico in cui sembra essere imprigionata la psiche di Telemaco, l'antica mitologia egizia, che rifletteva l'effettiva matrilinearità della società del tempo, rappresentava le donne a livello sacrale come dotate di lati di ambivalenza erotico-thanatologica molto marcati, capaci di nutrire il genere umano e come



tali da venerare, ma allo stesso tempo da temere perché in grado di togliere quella stessa vita generata.

Nell'Egitto degli ultimi decenni, invece, le donne affrontano sfide enormi e subiscono forti pressioni. Sono prigioniere di una realtà frutto di una lunga eredità storica che le dipinge come soggetti deboli e inconsapevoli, eccetto che nell'ambito della famiglia, dove il padre è generalmente colui che provvede a moglie e figli, ma è la madre a essere considerata il nucleo della vita familiare, essendo colei che cresce ed educa la prole, al punto che il comportamento stesso dei figli viene visto come riflesso dell'educazione impartita dalle loro madri.

Nel caso di Telemaco la sensazione è che determinate sue manifestazioni emotive e soprattutto comportamentali siano in qualche modo concettualizzate dalla madre come l'espressione non di una patologia bensì di un temperamento impetuoso, poco equilibrato, potentemente espresso e rispetto al quale la risposta materna prevalente va nella direzione di una certa compiacenza, tenendosi magari a debita distanza quando la situazione si infiamma al punto da comportare dei rischi concreti. Mi chiedo se questo possa avere a che fare con una concezione culturale di cui la signora sembra essere intrisa, sebbene viva in Italia da lungo tempo, in virtù della quale l'archetipo imperante è ancora quello del machismo, dell'uomo che afferma fortemente la sua identità e il suo potere, e dall'altro lato quello della donna "servile" la cui esistenza è in funzione dell'uomo. Tale lettura sembrerebbe avvalorata anche da altri elementi. È ipotizzabile che le profonde differenze nello stile educativo applicato nella relazione con i due figli affondino le radici, almeno in parte, nella matrice culturale della genitrice? Il fatto che la signora non lavori, benché indipendente sotto altri punti di vista (ad esempio, ha la patente), potrebbe riflettere un retaggio culturale che relega la donna a un ambiente domestico e alla cura dei figli e non la incoraggia a spendersi all'esterno e a realizzarsi professionalmente? Per Telemaco l'auspicio della madre è che possa a brevissimo avere una vita «normale per un ragazzo della sua età» e per normalità si

intende «avere una moglie, dei figli, un lavoro con cui mantenere la famiglia, una casa, un'automobile», forse anche a scapito della possibilità di avere un'esistenza che rispecchi il più possibile la propria personalità individuale.

Parimenti mi sono soffermata sui racconti accorati di Telemaco riguardo alla sensazione di benessere che gli deriva dallo starnutire.

«Lo starnuto è un atto riflesso respiratorio, consistente in una profonda inspirazione seguita da un'espiazione violenta, con urto sonoro della colonna d'aria contro le fauci e le coane, le quali si aprono con forza, in modo tale che l'aria invade a pressione le fosse nasali, spazzandone il contenuto. In genere rappresenta una reazione di difesa della mucosa nasale nei confronti di stimoli diretti oppure provenienti da regioni vicine» (Callieri, 2000).

Ipotizzo un legame col suo delirio secondo cui delle figure per lui significative prendono possesso del suo psicosoma entrandogli dal naso e agendo poi in sua vece. Lo starnuto chiama evidentemente in causa l'apparato respiratorio e l'atto del respirare, con cui portiamo dentro l'ossigeno e ci liberiamo degli elementi di scarto del metabolismo cellulare, simboleggia lo scambio, il dare e avere, la relazione, che è ciò che consente alla nostra psiche di vivere (Frigoli, 2018).

Anche il vomito suggerisce un disturbo della relazione primaria e sembra intervenga a realizzare la necessità del paziente di espellere, urgentemente e con forza, contenuti non assimilabili.

Un'ulteriore riprova del fatto che Telemaco sia alle prese con una tematica ancestrale di vita/morte, di generazione e di rinascita è la convinzione disperante che ogni volta che piove qualcuno dei suoi affetti lasci questo mondo. La pioggia, che fertilizza i campi, lava via la peste, riduce lo smog e mitiga la calura, può farsi portatrice di danni, devastazioni e morti se si presenta sotto forma di pioggia incessante, diluvio, tsunami. «L'acqua è delle origini. Da acque mitologiche originò l'universo, da acque oceaniche affiorarono

le terre emerse, in acque marine si formò la vita, in acquosità uterine si sviluppa il feto, in brodi di coltura crescono colonie biologiche» (Widmann, 2010). Nelle antiche cosmogonie l'Acqua è un principio vitale inteso come mezzo della rigenerazione. Per i Cristiani le acque del Battesimo sono al contempo acque di morte - la morte del vecchio uomo, la morte al peccato -, e acque di vita. La stessa nascita è un passaggio dalla morte alla vita, termina la vita nel grembo materno e il prodotto della gestazione comincia la sua nuova vita al di fuori dell'utero. L'Ecobiopsicologia sottolinea come l'acqua mantenga una certa ambivalenza: quando è liquida, scorrevole, limpida, rimanda a quell'essenza del materno generatore così ben interpretato dal simbolo del mare; quando è ghiacciata, immobile, fredda, diviene l'archetipo della sterilità, una sorta di Lilith cosmica incapace di accogliere i germi viventi, emblema di disperazione, annichilimento e morte. Lo stesso dicasi per la profondità delle acque: negli abissi oscuri, come stagni o paludi, rivelano l'archetipo del sangue-emozione che sfugge dalle vene nelle ferite mortali o l'aspetto nefasto del sangue mestruale; all'opposto, l'acqua chiara, limpida, simboleggia la purificazione, la metamorfosi. Dopo circa tre mesi di permanenza in comunità, si verificano due episodi caratterizzati da aggressività ed esplosività: Telemaco rompe a pugni la porta della sua stanza e dà fuoco ai bidoni dei rifiuti che si trovano in giardino e, qualche giorno dopo, una sera in cui fa rientro in struttura in forte stato di alterazione, tenta di aggredire fisicamente le operatrici del turno di notte, cui non resta altro da fare che chiamare il 112 e lo psichiatra reperibile. L'infermiera coinvolta ci descriverà quei momenti concitati come un tempo infinitamente lungo in cui si è sentita in pericolo come mai prima, col paziente che continuava a colpire violentemente la porta dell'infermeria in cui si era barricata nel tentativo di sfondarla e a minacciare di farle del male e ucciderla; anche per la collega trincerata sull'altro piano è stata un'esperienza fortemente traumatica, connotata da un vissuto di estrema vulnerabilità e di impotenza angosciosa. Quando finalmente arrivano il medico e i poliziotti, la

furia aggressiva di Telemaco si spegne istantaneamente; ciononostante si stabilisce di inviarlo in ospedale, per cui viene sottoposto a ricovero coatto.

Epilogo e riflessioni

Nei giorni successivi veniamo a sapere che il paziente ha manifestato comportamenti tali da rendere necessario l'uso di mezzi di contenzione, che l'acuzie persiste e che il personale medico dell'SPDC ha operato un ulteriore cambio di terapia, dato l'insuccesso delle numerose molecole già testate. Mi reco a fargli visita in ospedale e noto che, per la prima volta, Telemaco ha una dermatite seborroica diffusa su tutto il viso e il cuoio capelluto, con desquamazione intensa. La cute è l'organo psicosomatico per eccellenza. Ricopre interamente la superficie del corpo, è un organo di confine, che ci protegge dagli insulti esterni, e di scambio tra ambiente interno e ambiente esterno. È la parte del corpo che più rappresenta l'identità manifestata all'esterno, l'Io. Sul piano ontogenetico la pelle è il primo a formarsi e il più sensibile dei nostri organi. È, inoltre, il nostro primo mezzo di comunicazione, infatti nella relazione precoce madre-bambino la cura passa prevalentemente attraverso il contatto fisico. La pelle appartiene agli organi di senso, 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» (Marini, 2018). Accade molto frequentemente che gli stati emotivi si manifestino con alterazioni a carico della cute. Ad esempio, secondo Fenichel gli equivalenti dell'angoscia possono anche essere localizzati come reazioni simpatico-toniche dei vasi della pelle; secondo lo psicoanalista americano Bisi la cute, nella sua funzione di emuntorio, ha significato psicologico di distruzione o espulsione di oggetti. Rispetto alla dermatite seborroica, inoltre, scopro che è provocata da un improvviso calo delle difese immunitarie, che induce un aumento del *Pytyrosporum Orbicolare*, un fungo normalmente presente sulla cute. Alla luce di tutto ciò, mi domando se Telemaco non stia somatizzando potenti



angosce abbandoniche, profondamente radicate, riattivate dall'obbligo di separarsi da noi, per giunta proprio nel momento in cui si sta instaurando la relazione di transfert, nell'alveo di un processo di cura che coinvolge il tema dei confini, e dal vissuto inconscio di un ambiente esterno (sia la famiglia che la comunità) espulsivo e non disponibile ad accoglierlo. Cerco di figurarmi in che modo sia stato trattato il corpo di quel piccolo bambino e mi chiedo di quali carezze possa sentire ora il bisogno, magari come contraltare delle cinghie che lo immobilizzano al letto del reparto e che tante volte ha conosciuto, interiorizzando un vissuto fortemente traumatico.

La possibilità che Telemaco faccia rientro nella nostra comunità appare sin da subito in discussione. I sintomi psicotici non si attenuano, la risposta alle terapie è pressoché nulla ed egli, pur affermando di volervi tornare, mantiene un investimento fortemente negativo nei confronti di alcuni membri dell'équipe. Continua a sostenere in maniera inconfutabile che le due operatrici in turno la sera del TSO lo stessero spiando mentre era in bagno, attraverso le porte e i muri; non solo hanno violato la sua intimità, ma lo hanno deriso per le dimensioni ridotte del suo membro, umiliandolo profondamente. Pertanto, la sua reazione è assolutamente giustificata, anzi i capi dovrebbero intervenire punendolo duramente; seguono illazioni sulla vita sessuale di entrambe e minacce di ritorsioni e azioni legali volte ad ottenere un congruo risarcimento.

Nei miei confronti Telemaco continua a mostrarsi cordiale, si dice contento di vedermi, mi accoglie con baci e abbracci, ma i discorsi sono perennemente illogici, mutevoli, francamente deliranti. Dal canto loro, le colleghe coinvolte nella crisi faticano a rielaborare quanto accaduto: ansia, paura e repulsione serpeggiano fra gli operatori. Personalmente, sono la prima a stupirmi di non aver paura, pur consapevole che la situazione abbia rappresentato un pericolo concreto e che una simile evenienza potrebbe facilmente ripresentarsi. Sento il forte bisogno di un tempo e di uno spazio in cui esplorare i miei vissuti, incluso il controtransfert psicosomatico, e di interrogare il mio "non sapere", non sapere

chiaramente quali possibilità la situazione disciuda, quali strade si potrebbe tentare di percorrere insieme al paziente e insieme ai colleghi. Così, con supervisor formati secondo il metodo della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia ad indirizzo ecobiopsicologico, analizziamo il caso nella sua complessità, dal livello del paziente e della nostra relazione duale, fino ai sistemi ulteriori in cui siamo inseriti, con un'attenzione particolare al livello dell'istituzione di per se stessa e all'interno di una rete di servizi assistenziali e sanitari. Nel frattempo, infatti, vengo convocata dai miei superiori che mi domandano come mi senta, specialmente in virtù del fatto che io ricopro da poco un ruolo più spiccatamente terapeutico e che si tratti proprio di un "mio" paziente. Mi chiedono quali pensieri abbia maturato sul clima emotivo del gruppo in seguito all'accaduto e, in maniera via via più chiara, sento che stanno sondando la mia disponibilità emotiva come loro "alleata" per far sì che il personale reinvesta su di lui e lo si possa riaccogliere, col plauso dell'organo socio-sanitario che osserva la situazione "dall'alto". Condivido con loro l'idea di mantenere vivo il legame faticosamente costruito col paziente; chiedo, ad esempio, di poter avere una continuità di contatti anche durante la degenza per evitare che viva il ricovero come un abbandono o una punizione anziché come un atto terapeutico funzionale ad un recupero del benessere. Propongo soluzioni che facciano in modo che Telemaco non si senta trascurato nelle sue esigenze affettive, delle quali conosco portata e impellenza, e realizzo che diversamente mi sentirei complice di averlo declassato da soggetto a oggetto di decisioni prese, forse, sull'onda di proiezioni, distorsioni e sentimenti anormali. D'altro canto, sperisco il vissuto di aver ricevuto un mandato che non posso disattendere, e ripenso a certe letture sul difficile rapporto non solo fra la madre-istituzione e il paziente simbiotico, ma anche fra la stessa e i giovani terapeuti, inesperti e precari, che rischiano di rinunciare alla propria autonomia di pensiero, di sposare cause in cui non credono, o di combattere battaglie che non potrebbero vincere, semplicemente perché si sentono obbligati a compiacerla e sedurla.

Malgrado gli sforzi, a un certo punto, si è dovuto dolorosamente prendere atto della inevitabilità di interrompere il progetto di cura e dimettere il paziente. Se è vero che in un lavoro di questo tipo l'unico strumento diagnostico e terapeutico siamo noi stessi, nel momento in cui non siamo più in grado di offrire funzioni di contenimento e orientamento tali da facilitare il formarsi di elementi strutturanti la personalità del paziente, la terapia non può che essere destinata al fallimento. Se, al momento, ho pensato che non ci fossero le condizioni necessarie e sufficienti per continuare a lavorare con Telemaco e ho provato un vissuto di impotenza e di sconfitta, a posteriori e grazie anche alle riflessioni condivise in supervisione ho realizzato di esser stata spinta anche dal profondo bene che ho voluto a questo giovane paziente, dalla speranza che altrove qualcuno avesse modo di fare di più, dalla preoccupazione per il suo destino, dal desiderare per lui qualcosa di diverso e di meglio dallo svernare la vita tra un internamento e l'altro, "farmacologizzato" per controllarne il comportamento e null'altro che "psichiatrizzato".

Credo che, se condivisa, una visione orientata in senso ecobiopsicologico avrebbe potuto fare la differenza, rappresentando forse una reale possibilità di cura per il paziente. Si è focalizzato l'interesse più sul disturbo, sull'intensità e la tenacia dei sintomi, che sul valore simbolico degli stessi e l'unicità del soggetto di cui ci si stava occupando. Alla difficoltà di accostare un simile paziente e di confrontarsi con un lavoro terapeutico assai gravoso, si è risposto riponendo grosse speranze nel farmaco e vivendo con frustrazione i vari insuccessi. In questo scenario il valore aggiunto della mia formazione ecobiopsicologica sta nell'avermi spinta, pur nella mia inesperienza e immaturità professionale, a interrogarmi su come "vedessi" il malato e la malattia stessa "non con gli occhi della mia disciplina, ma con quelli dell'immaginazione", a spostare il focus dal livello dei sintomi a quello dei complessi e, dunque, degli archetipi e della loro relazione con gli aspetti psicodinamici della psiche individuale, a leggere la storia clinica del paziente ricercando la coerenza di senso tra affetti, sogni,

sintomi, traumi, espressioni somatiche della malattia ecc. Un intervento aperto ai disturbi della psiche, ma anche a quelli del corpo e dell'immaginario, senza pretesa di separare l'uomo e il suo mondo interiore dalle influenze sociali e ambientali che gli appartengono, bensì accogliendolo nella sua totalità; «la terapia, dal greco *therapeia*, rimanda all'idea di accudire, ma si può accudire solo ciò che si comprende, e si comprende solo quello che ci si rende disponibili ad accogliere» (Frigoli, 2013). L'Ecobiopsicologia ci ricorda che l'obiettivo della cura, anche in psichiatria, non è la scomparsa forzata dei sintomi. Recupera il concetto di malattia come "occasione" anche nel caso di malattie gravi, nutrendo la fede e la speranza dei curanti. L'oggetto del nostro investimento non è soltanto il malato, con le sue sofferenze, le sue lacune e le sue competenze attuali, ma anche la sua unicità, le sue potenzialità e la sua creatività. I terapeuti dell'Ecobiopsicologia hanno l'ambizione di curare il trauma e ottengono dei risultati anche con pazienti portatori di gravi traumi e dissociazioni, perché ritengono il talento creativo una qualità naturalmente inserita nello psicosoma umano, significativamente importante, per modesto che sia e si prefiggono di proteggere la dignità umana, curandone le ferite per restituire al soggetto la possibilità di sentirsi portatore di valori anche nelle situazioni più disperate.

Per fare ciò, è richiesto un investimento reciproco. Solo se pronti a mettere molto di sé nella relazione di cura i curanti possono sperare di costruire un campo vitale e attivo e di rappresentare un'alternativa, nuova e riparativa, ai modelli dissociati presenti transgenerazionalmente.

Non solo si è dovuto abbandonare il progetto di cura... Il gruppo di lavoro di allora non ha retto e non esiste più; ora siamo di meno, alcuni colleghi sono andati via e ci affastelliamo con i turni, ma mi sono impegnata e lo faccio tuttora perché del passaggio di Telemaco non restino solo macerie. Ho ricordato a tutti l'importanza di prendersi cura non solo dei pazienti ma anche di sé stessi e dell'istituzione, della necessità di un'elaborazione continua del controtransfert, del contributo che l'istituzione può fornire al



terapeuta che si occupa di psicosi attraverso un supporto supervisionale di gruppo al trattamento - nel nostro caso assente. Ho auspicato la creazione di spazi per scambiare buone pratiche sulla gestione delle crisi e delle condotte di comportamento violente, sul ruolo giocato dal corpo nel processo psicoterapico, sull'evoluzione cui il terapeuta può andare incontro verso un se stesso o aree di sé sconosciuti, sulle relazioni complesse che la "forma" uomo intrattiene con i propri simili, la società, la dimensione ecologica, su quello che crediamo sia, in tutti i casi, gli ambiti e le circostanze, il fine ultimo del nostro lavoro, ovvero adoperarsi per restituire a ciascun uomo il senso sacrale della propria esistenza.

Bibliografia

Balsamo, M. et al. (Ed.). (2015). *L'autobiografia psicotica*. Milano: FrancoAngeli

Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). *Attachment styles among young adults: a test of a four-category model*. Journal of personality and social psychology, 61(2)

Bassi, R. (2006). *Psiche e pelle: introduzione alla dermatologia psicosomatica* (Vol. 134). Torino: Bollati Boringhieri

Benedetti, G. (1997). *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Milano: Raffaello Cortina

Berkowitz, D.A. (Ed.). (1982). *Reflections of self psychology. The early development of schemas of self, of other, and of various experiences of 'self with other'*. Connecticut (CT): International Universities Press

Frigoli, D. (2013). *La fisica dell'anima*. Bologna: Persiani

Frigoli, D. et al. (Ed.). (2016). *Aqua permanens: Mysterium Coniunctionis. La base ecobiopsicologica delle immagini archetipiche*. Quaderni asolani (Vol. 2). Bologna: Persiani

Giannakouloupoulos, X., Teixeira, J., Fisk, N., & Glover, V. (1999). *Human fetal and maternal noradrenaline responses to invasive procedures*. Pediatric research, 45(4)

Grassi, A. (2010). *Il padre: riflessioni dal punto di vista della psicologia analitica a orientamento comunicativo*, *Psichiatria e Psicoterapia*. Roma: Fioriti Editore

Izzo, E. M. (1998). *Quale analista per il paziente "grave"*. Rivista di Psicoanalisi, 44(4)

Jung, C. G. (2012). *Psicologia dell'inconscio*. Torino: Bollati Boringhieri

Klein, M. (1969). *Invidia e gratitudine*. Firenze: Martinelli

Kohut, H. (1986). *La cura psicoanalitica*. Torino: Bollati Boringhieri

Loretto, L. (2004). *Le reazioni emotive al paziente violento*. Congresso Nazionale L'Alleanza Terapeutica

Main, M., & Goldwin, R. (1994). *Adult Attachment Classification System*. Unpublished manuscript, Berkeley, CA: University of California

Marini A., Dal corpo alla parola. L'intervento psicoterapico nella psoriasi, *MATERIA PRIMA Rivista di Psicosomatica Ecobiopsicologica* Numero XVII - Dicembre 2018 - Anno VIII

McWilliams, N. (2012). *La diagnosi psicoanalitica*. Roma: Astrolabio

Nucara, G. (2017). *Mancanza perdita e ricerca del padre. Riflessioni psicoanalitiche sulla funzione paterna*. International Journal of Psychoanalysis and Education, 1(1)

Rasore, E. et al. (Ed.). (2005). *Le psicosi acute: una catamnesi a 10 anni*. Journal of Psychopathology, (1)

Recalcati, M. (2014). *Il complesso di Telemaco: Genitori e figli dopo il tramonto del padre*. Milano: LaFeltrinelli

Sassolas, M. (2012). *La funzione curante in psichiatria alla luce dei concetti di Paul-Claude Racamier*. Gruppi

Widmann, C. (2010). *Gli arcani della vita. Una lettura psicologica dei tarocchi*. Roma: Edizioni Magi

Zoja, L. (2016). *Il gesto di Ettore: preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*. Roma: Bollati Boringhieri

Webgrafia

Callieri, B. (2000). *Universo del corpo*. Disponibile da http://www.treccani.it/enciclopedia/elenco-opere/Universo_del_Corpo

George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Unpublished manuscript, Berkeley, CA: University of California. Disponibile da <http://library.allanschore.com/docs/AAI-Protocol.pdf>

«Se nei tempi antichi solo agli indovini o ai sacerdoti veniva affidato il compito di interpretare un simbolo, oggi è l'uomo stesso che è chiamato a trarre dalla propria profondità la forza necessaria ad esprimere il significato di un simbolo, alla condizione di rispettare in modo "aperto" l'ascolto dell'archetipico».

Diego Frigoli





AUTRICE: *Marini Alda* - Specialista in Psicologia e Psicoterapeuta. Psicologa Analista (CIPA, IAAP), esperta in psicosomatica (ANEB), effettua supervisioni e docenze presso le scuole di psicoterapia dell'ANEB e del CIPA su temi di psicosomatica ecobiopsicologica, età evolutiva, teoria dei sogni e dell'immaginario, terapia di gruppo, processo d'individuazione, alchimia, e metodica junghiana. È responsabile di materia per Psicologia delle dinamiche di gruppo (CIPA) e Psicologia dello Sviluppo e Psicopatologia Infantile (ANEB). Per Aneb è anche Responsabile dei Rapporti con le Istituzioni Scientifiche e la Rete Interdisciplinare ed effettua attività di ricerca e divulgazione, con relative pubblicazioni. È terapeuta EMDR. Lavora privatamente a Milano conducendo terapia individuale con adulti e adolescenti, terapia di gruppo e di coppia.

RIPRENDERSI LA VITA

Il testo di Elisa Faretta del 2017 dal titolo *Riprendersi la vita. Dal trauma della malattia al ben essere dopo la guarigione*, ben commenta alcuni dei temi nodali che si sono sviluppati durante il Primo Congresso Nazionale di Ecobiopsicologia *Il Corpo come Mandala dell'Universo – Il corpo in psicoterapia*, svoltosi a Milano, a Maggio 2019.

La Dr.ssa Elisa Faretta dirige il Centro Studi e di Ricerca PIIEC, acronimo di Psicoterapia Integrata Immaginativa ad Espressione Corporea. Il nome dichiara, pertanto, un evidente approccio al mondo interno del paziente: tiene conto e collega immaginario e dimensione corporea, temi a noi molto cari. Esperta in Psicosomatica, inoltre, ha ideato e organizzato il Centro di Psicoterapia EMDR per i Disturbi Psicosomatici e la malattia oncologica.

Che psiche e corpo siano correlati è ormai acquisizione comune anche per i profani, ma il testo di Faretta entra nel merito di questa correlazione, affrontando le radici dell'insorgenza dello squilibrio emotivo che un trauma può attivare e tratteggiandone con pertinenza scientifica i passaggi, fino a trarne conclusioni assolutamente originali. Il libro, scorrevole e coinvolgente, si snoda attraverso acquisizioni teoriche che rendono conto degli studi più recenti, citazioni evocative, ed empatiche attivazioni, a partire da casi clinici che si materializzano ai nostri occhi come narrazioni e che ci permettono di incontrare la persona oltre il caso.

Nodale è il concetto di *autoguarigione* e la consapevolezza che i fattori di stress attivati dalla diagnosi di tumore possono aggravare il quadro del paziente, abbassando le difese immunitarie e aprendo nuove vie di fuga per le cellule tumorali facilitando la loro diffusione nell'organismo.

Il trattamento EMDR è scientificamente validato come terapia che può bloccare que-

sto meccanismo, potenziando l'elaborazione adattiva all'evento doppiamente traumatico. Il trauma, infatti, si esplica nell'area somatica con la presenza del tumore, ma anche a livello psicologico la diagnosi crea una sorta di punto zero: da quel momento le cose non sono più le stesse e il paziente modifica completamente la percezione che ha della propria esistenza. Qui il trattamento EMDR rivela la propria peculiarità: favorisce in tempi brevi un'elaborazione del trauma a livello psicologico, aiuta il paziente a "digerire" la diagnosi e risveglia, di conseguenza, le energie sane. È interessante il richiamo di Faretta al concetto di *resilienza*, che in fisica indica la capacità di un materiale di resistere agli urti senza spezzarsi, ritornando alla forma primitiva. In psiconcologia assume un significato analogo: la capacità che nel paziente si attiva di reagire al trauma del tumore, e con il terapeuta ricostruire quanto accaduto nella propria vita per la creazione di un nuovo equilibrio basato su una diversa comprensione degli eventi

Questa capacità non è acquisita una volta per tutte, ma si rinnova ad ogni esperienza in cui accettiamo di confrontarci con i colpi che la vita ci infligge e scopriamo in noi risorse inaspettate, imparando a lottare, consapevoli di rischi e probabilità di riuscita. Senza che vi sia quindi un'onnipotente fiducia nelle proprie risorse o un depressivo e passivo abbandono al destino. Solo affrontando i nodi della vita si può dare un senso a quanto accaduto e cercare un nuovo assetto in un clima affettivo, empatico e realistico.

Dice un paziente della Dr.ssa Faretta:

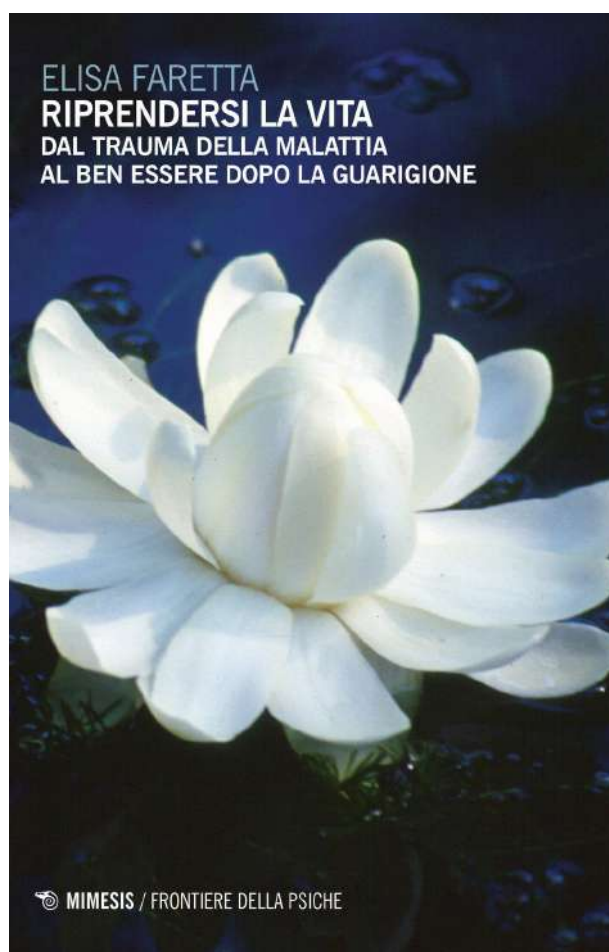
«*La voglia di vivere sembra prendere il sopravvento e il lavoro insieme è un flusso continuo di empatia, fiducia ed affetto. E tutto il corpo è coinvolto, lo sguardo, le mani che battono a ritmo, tutto è movimento e tutto si*

muove, un'andata e un ritorno dal passato al presente, in un travaso continuo che alterna dolore e sollievo» (Faretta, 2017, p. 113)

Torna alla mente la sottolineatura che Jung fa dell'obiettivo primario della terapia, cioè la necessità di recuperare la mobilità psichica per uscire dalla fissità del sintomo.

L'esperienza di EMDR, in quanto psicoterapia supportata empiricamente, viene considerata trattamento elettivo nella psicotraumatologia, e Faretta ne sottolinea l'efficacia in ambito oncologico a seguito di studi e ricerche portate avanti negli anni e in un confronto internazionale. Se prima del

tumore non c'era malattia, ma non è detto che ci fosse un equilibrio, oggi durante e dopo la malattia il lavoro terapeutico è volto alla ricerca di un nuovo *ben essere*. La malattia diventa una sfida e quindi una nuova opportunità, non per tornare ad un 'prima' idealizzato, che peraltro ha generato la malattia rivelando un assetto psicosomatico inadeguato, bensì per conquistare una nuova maturazione e riprendere a vivere in modo più consapevole di sé e dei propri equilibri. Questo, dice Faretta, perché «noi siamo mente e corpo: un unico inscindibile insieme» (Faretta, 2017, p. 116).



Elisa Faretta è psicologa e psicoterapeuta, direttore del Centro Studi e di Ricerca PIIEC, Consultant, Facilitor EMDR e componente del direttivo EMDR e SIMP. È esperta in psicosomatica, ipnosi eriksoniana, tecniche immaginative, EMDR e Psicotraumatologia. Docente presso scuole di Specializzazione in Psicoterapia. Autrice di numerose pubblicazioni e testi sui temi. Ha realizzato un progetto di ricerca multicentrica in Psiconcologia per l'Associazione EMDR Italia, i cui risultati sono stati pubblicati nel 2016 sul Journal of EMDR Practice and Research. Ha ideato e organizzato il Centro di Psicoterapia EMDR per i disturbi Psicosomatici nella malattia oncologica. È membro del CDA di ENPAP

PRIMO CONGRESSO NAZIONALE SUL CORPO IN PSICOTERAPIA
Il Corpo come Mandala dell'Universo
Il corpo in psicoterapia



MILANO | 18 – 19 MAGGIO 2019

Congresso ideato da **Diego Frigoli** (fondatore del pensiero ecobiopsicologico) e dai membri del Comitato Scientifico - Mara Breno, Giorgio Cavallari, Alda Marini – con la partecipazione fra i vari ospiti anche degli psicanalisti **Magda Di Renzo**, **Claudio Widmann**, **Luigi Zoja**, **Mariolina Graziosi**; **Giulio Giorello**, filosofo, matematico ed epistemologo; **Augusto Shantena Sabbadini**, fisico teorico e filosofo.

Con il patrocinio di



Con il supporto economico non
condizionante degli sponsor



Media Sponsor



Poster per la Borsa "Donato Ottolenghi"



**TOSSICODIPENDENZA
TERRA DI RITO E CONFINE**

Alcova Anelung
psicoterapeuta specializzata ANEB

Poster vincitore della borsa
Donato Ottolenghi

Tossicodipendenza: terra di rito e confine

Questo lavoro nasce dall'interesse personale di accostarsi allo studio della tossicodipendenza attraverso il modello ecobiopsicologico. Si partirà, quindi, inquadrando il fenomeno all'interno del contesto più ampio della società moderna e, prendendo spunto dagli studi di Zoja, si rifletterà sul fatto che, il ricorso alle sostanze, soprattutto nelle fasce di età più giovani, possa rispondere al bisogno di creare e partecipare a "rituali iniziatici", fondamentali per la crescita dell'individuo, ma che, all'interno della società attuale, non sembrano trovare spazio. Tale bisogno, archetipico, quindi inconscio, trova, al giorno d'oggi, espressione in contesti improvvisati dove le dimensioni del sacro e del simbolico, elementi fondanti di ogni rituale, vengono quasi del tutto a mancare. I rituali sanciscono da sempre il passaggio ad una nuova fase dell'esistenza ed implicano il superamento di un confine. Elemento imprescindibile di ogni rituale di iniziazione è il corpo dell'iniziato. Così è anche nel caso della tossicodipendenza. Il corpo è lo strumento attraverso il quale si ricerca la soddisfazione di un bisogno, rappresentato, ad esempio, dal mantenimento di elevati livelli di efficienza nel caso della cocaina o dalla ricerca dell'annullamento dello stato di coscienza, nel caso dell'eroina. Esso è anche il manifesto sul quale vengono esposte le violazioni subite, la rivolta per non aver rispettato i suoi confini. Le vene dell'eroinomane, prima accolgono e contengono, ma in un secondo momento si spezzano e tingono la pelle di ematomi bluastri, quasi a denunciare, in modo visibile, il loro persecutore. La pelle del cocainomane si disidrata e si fa pruriginosa, anche a causa della mancanza di vitamine A e C (effetto collaterale del senso di inappetenza che la sostanza produce) come a testimoniare un "Io" eccessivamente investito all'esterno, il cui mondo interno appare privo di nutrimento. In riferimento agli esempi sopra riportati, si potrebbe ipotizzare anche la possibilità che tali sostanze possano essere connotate come "femminile" e "maschile". Questa distinzione non si riferisce alla maggiore incidenza del sesso dei soggetti che ne fanno uso ma alle caratteristiche delle sostanze stesse. La cocaina con l'effetto di procurare un'esperienza di ipertrofia dell'io, incentivando la propulsione all'azione, sembrerebbe rappresentare il "maschile". L'eroina, invece, in grado di condurre il soggetto ad uno stato indifferenziato (uroborico) che precede lo sviluppo della personalità potrebbe rappresentare il "femminile". Diversi sono gli organi implicati nella tossicodipendenza, anche in riferimento alla modalità con cui si fa uso. Essi verranno presi in considerazione in virtù di costrutti dell'Ecobiopsicologia come l'analogia vitale, nonché attraverso rappresentazioni simboliche che giungono dall'arte e dal mito.

Andolina Maria, psicoterapeuta specializzanda ANEB.

La lesione corporale: ferita del Sé e funzione Alpha del corpo. Una lettura ecobiopsicologica dell'autolesionismo in carcere

Questo elaborato si propone lo scopo di analizzare e interpretare, attraverso la psicologia del profondo e il metodo ecobiopsicologico, il fenomeno dell'autolesionismo in carcere. Grazie al periodo di tirocinio svolto presso la Casa Circondariale di Bergamo, ho potuto verificare che molto spesso gli agiti autolesivi rappresentano l'unico canale, utilizzabile dai detenuti, di comunicazione con l'Istituzione: quando il corpo parla, il carcere si attiva e il detenuto torna ad essere parte di una rete di relazioni di cura, di sguardi attenti e solleciti. Torna ad essere una persona. L'ipotesi che cercherò di sostenere in questo lavoro, è che l'autolesionismo sia uno degli adattamenti secondari - quegli spazi simbolici in cui l'individuo si sente ancora padrone di se stesso e capace di un certo controllo sul suo comportamento - messi in atto dai detenuti per contrastare la riduzione del senso di individualità e quindi per salvaguardare il proprio Sé: l'autolesionismo rappresenta una forma di resistenza per la difesa della propria identità all'interno di un contesto, come quello carcerario, che tende alla disumanizzazione degli internati. Risulterà fondamentale analizzare, in un'ottica ecobiopsicologica, le caratteristiche proprie del contesto carcerario e dell'istituzione totale per comprendere quali siano le ricadute sulla psicologia dell'individuo e, per l'appunto, sul suo Sé psicosomatico. Quindi, all'interno di questo contesto sarà possibile ipotizzare il significato, profondamente vitale, che assume la pratica dell'autolesionismo agito dalla popolazione detenuta e, contestualmente, valorizzare il ruolo del corpo in questo tentativo di individuazione istituzionalizzata.

Mauri Elisa, psicoterapeuta specializzanda ANEB.



MAMI WATA, Quando l'acqua possiede il corpo

Si parte dalla visione ecobiopsicologica in cui non è concepibile una divisione tra mente e materia, configurazioni entrambe di una medesima coscienza primaria, frutto di una memoria implicita collettiva che raccoglie l'evoluzione dell'universo e la sedimenta in ricordi, prassi, immagini, e si studia il processo trasformativo di Grace, una donna proveniente dalla Nigeria, richiedente asilo politico e vittima di tratta. Costretta dal marito a sottoporsi ad un rituale di magia nera, contrae un doppio legame di schiavitù, con il visibile, i para sacerdoti che chiedono il saldo del debito, e con l'invisibile, con la dea delle acque, Mami Wata, che prende il controllo del suo corpo orientandola nei suoi comportamenti sociali e comunicando con lei tramite sintomi. Il contesto storico di post-colonialismo e la conseguente evoluzione delle divinità del vudù nella cultura Yoruba diventano delle specifiche informazioni che si condensano nel corpo di Grace, che diventa teatro di lotta contro gli eventi traumatici, che sono diventati demoni interni, divinità che perseguitano. Spesso raffigurata come una sirena, Mami Wata si nutre del corpo posseduto trasformandosi in un materno distruttivo, che mira al sequestro dell'identità di Grace, la quale difende il proprio Sé anche mettendo a rischio il proprio corpo, facendolo ammalare come tentativo estremo di ristabilire una frontiera.

È la storia di una lotta che si gioca nel corpo, il quale dall'essere posseduto dall'archetipo deve diventare il protagonista del mito, con una ricostruzione del mito stesso: da schiava della dea delle acque deve rinegoziarne l'appartenenza, riaffiliandosi in modo attivo, facendo in modo che il proprio Sé rinegozi la sua posizione e riprenda il suo ruolo di ordinatore del corpo e dell'anima.

Brambilla Valentina, psicoterapeuta specializzanda ANEB.



IL CERVELLO EMOTIVO E IL COMPLESSO JUNGHIANO

AMMESSO SONIA ANNA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB.

LE RAPPRESENTAZIONI PSICHICHE DELL'INDIVIDUO NELLA MALATTIA

BORGONOVO SILVIA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB. ESPERTA IN IPNOSI REGRESSIVA. OPERA NELL'AMBITO CLINICO PRIVATO E NELL'ASSISTENZA PSICOLOGICA DOMICILIARE IN AMBITO CURE PALLIATIVE E PATOLOGIE CRONICHE IRREVERSIBILI.



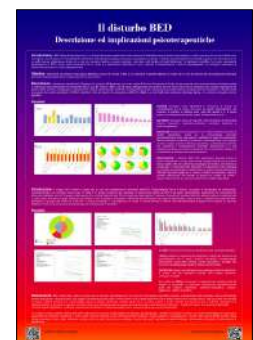
IL CONTRIBUTO MITOLOGICO COME ESEMPLIFICAZIONE CLINICA TRA PSICOSOMA E LAVORO DI DISVELAMENTO CONDENSATO NEL CORPO

CAMPANELLA ALBERTO, PSICOLOGO – PSICOTERAPEUTA ANEB.

IL DISTURBO BED (BINGE EATING DISORDER): DESCRIZIONE DEL DISTURBO E IMPLICAZIONI PSICOTERAPEUTICHE

COMPARE TIZIANA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB. CONSULENTE PRESSO IL SERVIZIO PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELL'ASST FATEBENEFRAATELLI- SACCO DI MILANO, DOCENTE PRESSO ANEB

BALESTRA SIMONA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA COIRAG. COLLABORA PRESSO IL SERVIZIO PER LA CURA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELL'ASST FATEBENEFRAATELLI- SACCO DI MILANO. SUPERVISORE DEI SERVIZI EDUCATIVI PRESSO COOPERATIVA "PIANETA AZZURRO".



COME "DARE CORPO" AL CORPO ATTRAVERSO LE IMMAGINI

GIOIA STEFANIA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB E CONSULENTE SESSUALE.



PERCORSI ASSOCIAZIONE KORE: LABORATORI

LUSSU ANGELA, INSEGNANTE E COUNSELOR AD INDIRIZZO ECOBIOPSIKOLOGICO, SOCIA E COLLABORATRICE ASSOCIAZIONE CULTURALE KORE ONLUS – CENTRO PER LA RICERCA E L'EDUCAZIONE PSICOSOMATICA PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO E DELLA PATOLOGIA A FOLLONICA (GR).

SABATI DI KORE... METTI IN CIRCOLO IL TUO DONO - L'EREDITÀ DI IPAZIA

NACCHI VIVIANA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB. TERAPEUTA EMDR, OPERATORE SANITARIO AZIENDA USL TOSCANA SUD EST. COLLABORATRICE ASSOCIAZIONE CULTURALE KORE ONLUS – CENTRO PER LA RICERCA E L'EDUCAZIONE PSICOSOMATICA PER LA PREVENZIONE DEL DISAGIO E DELLA PATOLOGIA A FOLLONICA (GR) E RIVISTA KOREINFORMA.



ANDREA, LE STREGHE E I MOSTRI NELLA PANCIA

ORNAGHI SARA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB.

IL PIANTO DELLA PELLE: PAURA E DESIDERIO NELL'IPERIDROSI

SOLBIATI SARA, PSICOLOGA – PSICOTERAPEUTA ANEB.



Per un maggiore approfondimento consultare i poster al seguente link
<https://www.aneb.it/poster-congresso/>



MASTER IN PSICOSOMATICA ACCREDITAMENTO ECM



Il Master si propone di presentare ogni apparato a partire dalla dimensione anatomica, fisiologica e fisiopatologica. Successivamente la dimensione organica viene approfondita – in termini di analogia vitale – nel significato della funzione a livello psichico. In questo modo si crea un ponte tra la dimensione corporea e quella psichica. Questo passaggio permette una terapia ecobiopsicologica che tende a riconnettere i Modelli Operativi Interni dissociati, responsabili del processo di somatizzazione.

Il Master si articola in un quadriennio - suddiviso a moduli - in cui verranno trattati tutti gli apparati. Ogni modulo tratterà un argomento specifico e sarà possibile partecipare ad un singolo o più moduli oppure a tutte e quattro le annualità.

Nel corso del quadriennio verranno trattati i seguenti argomenti:

- Apparato digerente, endocrino e uropoietico (a.a. 2019-2020)
- Apparato locomotore, cute, sistema nervoso e organi di senso, sistema immunitario (a.a. 2020-2021)
- Apparato genitale maschile e femminile; la sessualità (a.a. 2021-2022)
- Apparato cardiovascolare e apparato respiratorio (a.a. 2022-2023)

DOCENTI

- Dott. Diego Frigoli, Medico-chirurgo, Psichiatra, Psicoterapeuta, Presidente dell'ANEB e Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Istituto ANEB.
- Dott.ssa Katuscia Molteni, Medico-chirurgo specialista in Medicina dello Sport, psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia psicodinamica e Psicosomatica.
- Dott.ssa Antonella Remotti, Psicologa, psicoterapeuta, specializzata in Psicoterapia psicodinamica e Psicosomatica.

SEDE – COSTI – accreditamento ECM

Le lezioni si svolgeranno (dalle ore 9 alle ore 17.30) presso la sede di Istituto Aneb a Milano in via Vittadini n. 3 (metropolitana gialla fermata P.ta Romana oppure tram linea n. 9).

Il costo di ogni modulo (3 giornate) è di € 300,00 con erogazione crediti ECM (n. 21 crediti); mentre € 250,00 senza crediti.

Il costo della singola giornata è di € 100,00 (non sono previsti crediti)

Gli studenti e tutti coloro che appartengono a categorie convenzionate avranno una tariffa particolarmente agevolata (informazioni presso la segreteria).

L'attestato di partecipazione consegnato al termine rifletterà gli effettivi moduli svolti.



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 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

Direttore Responsabile: Diego Frigoli

Direttore Editoriale e Direttore Scientifico: Giorgio Cavallari

Comitato Scientifico: Mara Breno, Simona Gazzotti, Alda Marini, Naike Michelon, Katiu-
scia Molteni, Silvana Nicolosi, Milena Porcari, Antonella Remotti, Raffaele Toson

Capo Redattori: Alessandra Bracci, Aurelio Sugliani

Redazione: Sonia Ammesso, Diana Avellino, Sara Carretta, Sonia Colombo, Giuliana
Grippo, Alessandra Monti, Costanza Ratti, Sara Solbiati

Editing Testi: Chiara Bortolini

Editing Immagini: Gerardo Ceriale

Edizione inglese a cura di: Raffaella Restelli

Editor e Graphic designer: Diana Pizzagalli

EDITORE

ANEB - t. 02 36519170 - 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...