



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

Direttrice Responsabile
Daniela Cassano

Direttrice Editoriale
Morena Danieli

Redattrice Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

Registrazione presso Tribunale di Torino n. 13 del 28/03/2022

ISSN 2785-5376



Sede della Redazione

via G. Verdi 45, Torino

Email:

redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Indice

Editoriale	6
Teoria e Tecnica Psicoanalitica	9
Aprire brecce per favorire il contatto col paziente.	10
Una lettura di <i>Come vi stavo dicendo</i> di Roberto Speciale- Bagliacca Chiara Pugnetti	
Casi clinici.....	19
La paura di separarsi. Il caso clinico di Guido.....	20
Giada Montersino	
Il corpo ed i suoi messaggi.	25
Una lettura di: <i>Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee</i> di Alessandra Lemma Daniela Cassano	
Interfacce	33
Siblings: dare fiato alle corde più profonde della disabilità	34
Catia Lucchetta, Andrea Zanusso	
Da vecchi si torna bambini?	51
Elena Buday, Lucia Carli	
Formazione	72
P. Fonagy: <i>La realtà psichica negli stati borderline</i>	73
Una lettura alla luce della clinica contemporanea. Giulia Brolato	
Recensioni.....	83
<i>Cinque studi sull'interpretazione</i>	84
a cura di Giuseppe D'Agostino e Massimo Vigna-Taglianti Collana Psicoanalisi Contemporanea – Rosenberg & Sellier Editore, Torino, 2025 Recensione di Morena Danieli	
<i>La conclusione della psicoterapia psicoanalitica</i>	90
<i>Una prospettiva attuale tra intersoggettività e attaccamento</i> di Paolo Mandolillo, Psicoterapie, Franco Angeli, Milano, 2025 Recensione di Daniela Settembrini	



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

Rivista semestrale che intende promuovere e ampliare la comprensione psicoanalitica della mente e della società contemporanea.

Direttrice Responsabile

Daniela Cassano

Direttrice Editoriale

Morena Danieli

Redattrice Capo

Laura Fattori

Comitato Scientifico di A.Psi.C.

Maria Baiona
Stefano Calamandrei

Redattrici

Giulia Brolato
Chiara Pugnetti
Mirella Rostagno
Ilaria Saracano
Daniela Settembrini

Hanno dato il loro contributo a questo numero:

Elena Buday

Psicoterapeuta dell'adolescenza, docente e supervisore, Milano.

Lucia Carli

Già Professore Ordinario di Psicologia dinamica, Università di Milano Bicocca.

Morena Danieli

Psicologa con formazione in neuropsicologia, Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C. e Vice Presidente di A.Psi.C. ETS, Direttrice Editoriale di *Psicoanalisi Contemporanea*.

Catia Lucchetta

Assistente sociale Area Accoglienza Sviluppo di Comunità presso il Servizio Sociale Unione NET Settimo T.se, membro del Coordinamento "Dare voce ai siblings – Fondazione Paideia".

Daniela Settembrini

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice e Presidente di A.Psi.C., direttrice della Scuola di Specializzazione di A.Psi.C., Socia fondatrice di A.Psi.C. ETS

Andrea Zanusso

Psicologo psicoterapeuta individuale e di gruppo, responsabile della Branca di psicologia dell'ASLTO4, membro del Coordinamento "Dare voce ai siblings – Fondazione Paideia".

Daniela Cassano

Neurologa, Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C. e di A.Psi.C. ETS, direttrice responsabile di Psicoanalisi Contemporanea.

Giada Montersino

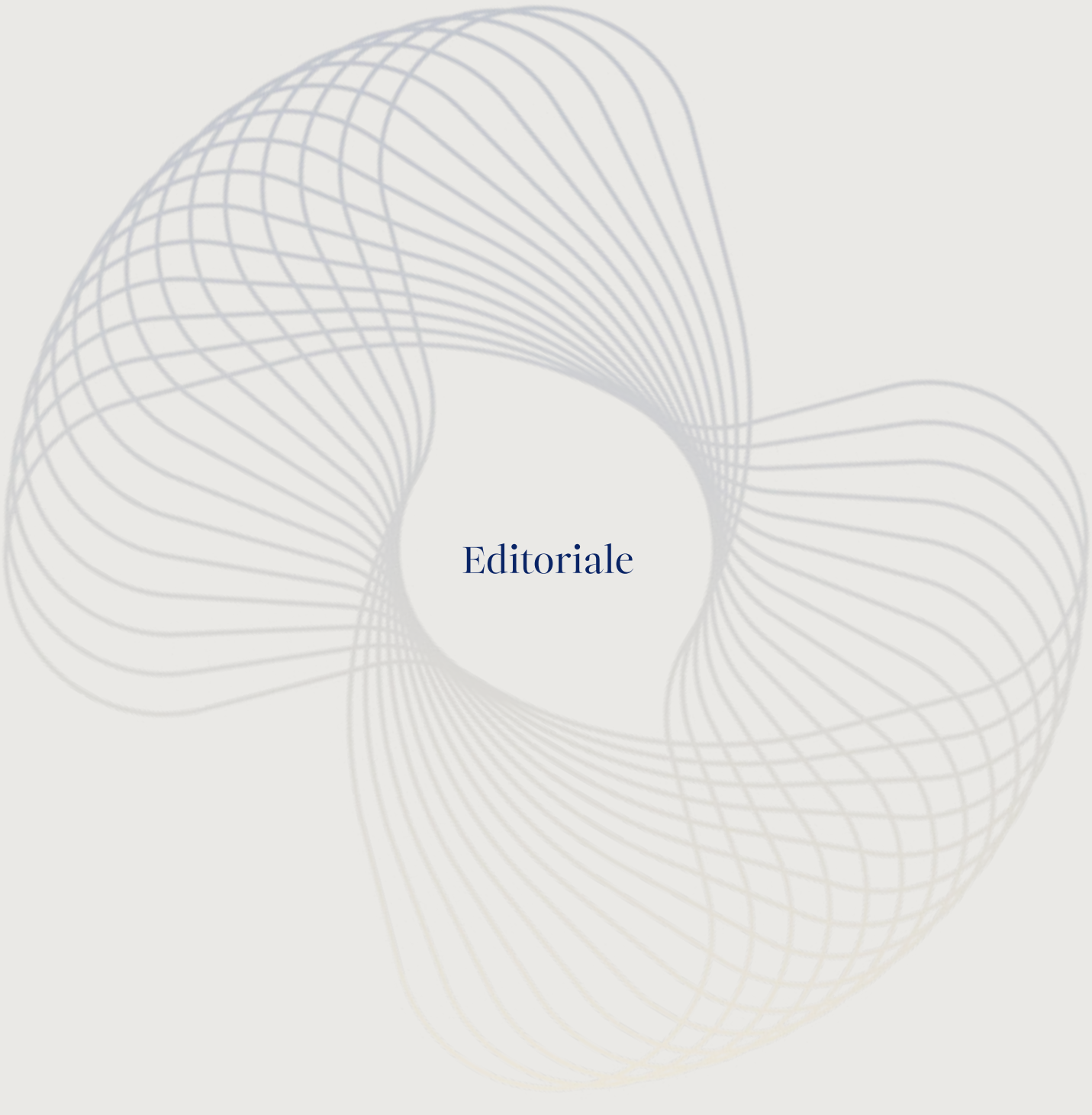
Psicologa, Psicoterapeuta.

Giulia Brolato

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C.

Chiara Pugnetti

Psicologa e Psicoterapeuta, Socia fondatrice di A.Psi.C. e di A.Psi.C. ETS.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, curved lines that intersect to form a central, irregularly shaped void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with organic, flowing edges. The lines are a light gray color, and the background is a solid, light gray.

Editoriale

Per la sezione *Teoria e Tecnica Psicoanalitica* proponiamo l'articolo di Chiara Pugnetti tratto dal ciclo di lettorati organizzati da A.Psi.C. e svoltosi a Torino nel periodo tra ottobre 2024 e maggio 2025. Il lettorato, tenutosi il 18/02/25, è tratto dal libro dal titolo: *Come vi stavo dicendo. Nuove tecniche in psicoanalisi* di Roberto Speciale- Bagliacca, psicoanalista recentemente scomparso, ed in particolare analizza il suo contributo teorico e clinico alla psicoanalisi.

Per la sezione *Casi Clinici* ospitiamo l'articolo che Giada Montersino ha presentato come caso clinico durante il seminario organizzato da A.Psi.C. e tenutosi a Torino il 17/05/25 dal titolo: "Le relazioni oggettuali: applicazioni cliniche nell'esperienza di cura" e che ha visto la partecipazione della dottoressa Maria Baiona, da anni responsabile di un grande servizio di neuropsichiatria infantile cittadino. Si è parlato del ruolo della psicoterapia dell'infanzia ed il caso clinico di Guido tratta di una tematica molto rilevante, quale quella delle difficoltà di separazione dalle figure di attaccamento nel periodo della pre-adolescenza, specie in contesti di separazione della coppia genitoriale.

Il secondo contributo è quello di Daniela Cassano che trae origine dal lettorato svoltosi a Torino il 13/05/25 a partire dal libro: *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee* di Alessandra Lemma. Traendo origine dalla vasta esperienza clinica dell'autrice, il libro tratta il tema mente-corpo ed in particolare le trasformazioni corporee quale veicolo di espressione del mondo interno del paziente, alla luce della varie declinazioni della contemporaneità.

Per la sezione *Interfacce* presentiamo l'articolo di Andrea Zanusso e Catia Lucchetta che racconta in modo dettagliato e completo le fasi di un progetto svolto in favore di giovani fratelli e sorelle di persone con disabilità (*siblings*, secondo la terminologia inglese). Vengono prese in esame le molteplici tappe e le figure coinvolte nelle varie fasi del progetto. Lo scopo di questo lavoro è di dare parola e contenimento emotivo a ragazzi e giovani il cui percorso di crescita è profondamente impattato dall'esperienza di vita peculiare legata alla presenza di una disabilità in famiglia.

Il secondo contributo è quello di Lucia Carli ed Elena Buday che trattano il tema dell'età anziana dal punto di vista dell'analisi delle fasi di vita, ridando a questa età la dignità di un periodo carico di significati nonché di bisogni emotivi e relazionali suoi propri, al di là degli stereotipi di eterna giovinezza o *cliché* di ruolo (l'infantilizzazione dell'anziano).

Per la sezione *Formazione* Giulia Brolato tratta il tema del lettorato svoltosi a Torino il 15/04/25. Il lettorato aveva per oggetto il libro di P. Fonagy et. al dal titolo: *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Vengono analizzati il tema dell'attaccamento quale base per la mentalizzazione e le sue possibili distorsioni, in particolare le declinazioni della patologia borderline con il concetto del Sé alieno. Sono poi discusse le possibilità d'intervento

terapeutico.

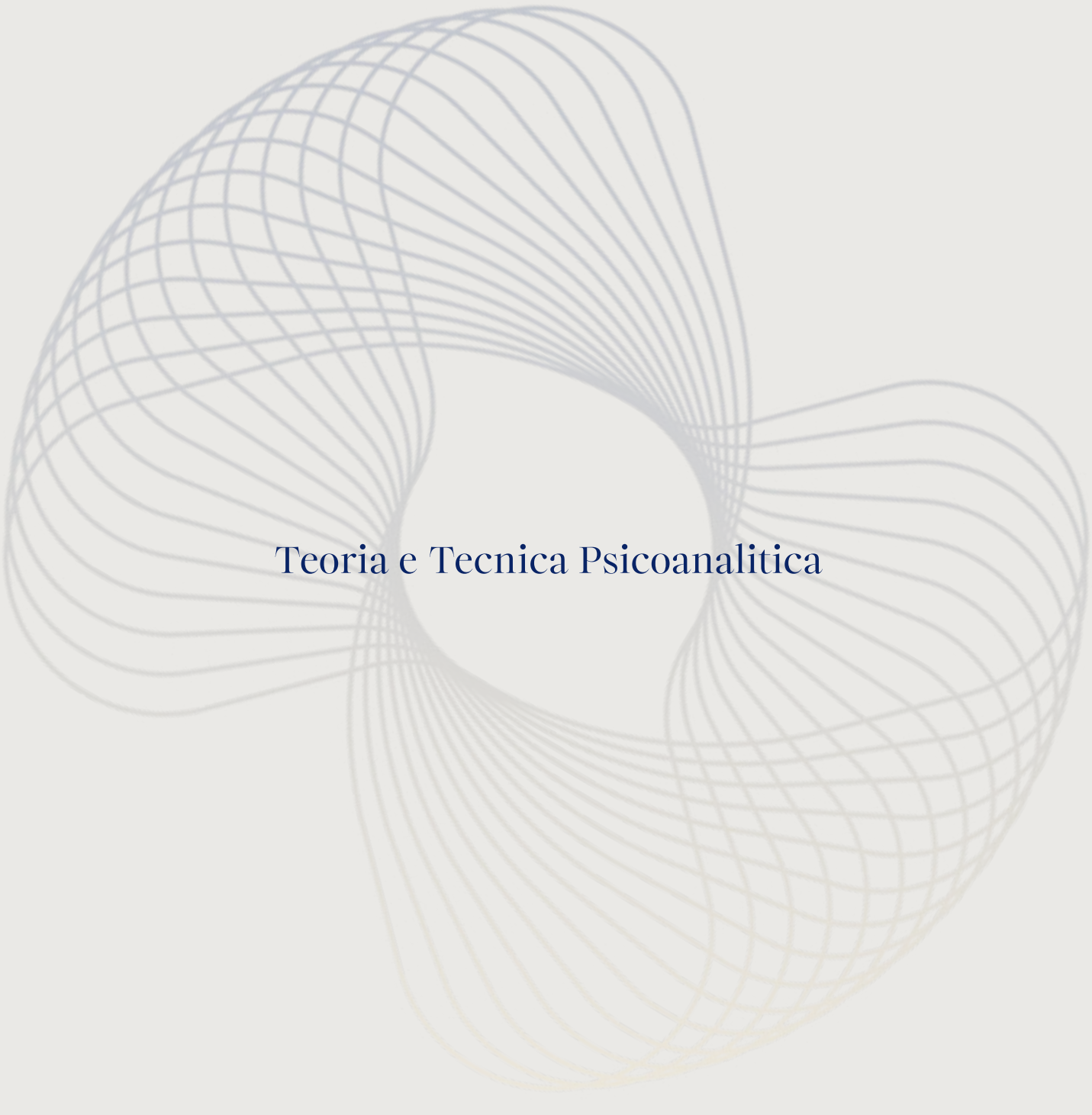
Per la sezione *Recensioni* Morena Danieli analizza il testo: *Cinque studi sull'interpretazione* curato da Giuseppe D'Agostino e Massimo Vigna-Taglianti. Il libro raccoglie l'esperienza di alcuni noti psicoanalisti italiani contemporanei su di un tema analitico cruciale quale quello dell'interpretazione.

La seconda recensione è di Daniela Settembrini ed analizza il libro: *La conclusione della psicoterapia analitica. Una prospettiva attuale tra intersoggettività e attaccamento* di Paolo Mandolillo. Viene affrontato il tema cardine della conclusione della terapia analitica alla luce dei recenti sviluppi della psicoanalisi.

La Redazione di *Psicoanalisi Contemporanea* vi augura una buona lettura!

Daniela Cassano

Direttrice Responsabile

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, curved lines that intersect to form a central, irregularly shaped void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with elongated, flowing edges. The lines are a light, muted blue-grey color.

Teoria e Tecnica Psicoanalitica

Aprire breccie per favorire il contatto col paziente.
Una lettura di *Come vi stavo dicendo* di Roberto Speciale- Bagliacca

Chiara Pignetti

INTRODUZIONE

Roberto Speciale-Bagliacca è stato psicoanalista ordinario con funzioni di training della Società Psicoanalitica Italiana e docente presso la cattedra di Psichiatria dell'Università di Genova. Milanese, nato l'8 marzo del 1934, si è spento nel dicembre del 2023, dopo una lunga malattia. Negli anni '70 si trasferisce da Milano a Genova. Qui inizia a tenere alcuni seminari analizzando personaggi letterari come se fossero casi clinici, Emma Bovary e Re Lear tra tutti, distinguendosi per uno stile sorprendente e irruente di insegnamento (Ballorino, 2023). Il frutto di tali seminari confluirà nel testo *Adultera e Re. Un'interpretazione psicoanalitica e letteraria di Madame Bovary e Re Lear*, pubblicato nel 2000 da Bollati Boringhieri (Speciale-Bagliacca, 2000).

Essendo la sua scomparsa così recente, si trovano ancora in rete gli articoli di saluto dei colleghi che lo hanno conosciuto e che delineano un ritratto dell'autore, descrivendo sia i tratti essenziali della sua personalità, che le peculiarità del suo approccio.

Roberto Speciale-Bagliacca viene descritto come un professionista dalla "personalità singolare, spiccata, e una cultura a tutto tondo. Era curioso, arguto, dissacrante. Conosceva la musica, era un raffinato ascoltatore, un orecchio assoluto; conosceva la letteratura, i classici, la grande letteratura angloamericana, ispanica, mitteleuropea e russa; era esperto di giurisprudenza, di "Civil Law" e di "Common Law"; amava il cinema. Conosceva più lingue e i suoi libri sono stati pubblicati in più lingue. Era attratto dalle neuroscienze e dalle teorie della mente.

Aveva studiato la storia del movimento psicoanalitico, conosceva molto bene le dinamiche e i contenuti delle "Controversial Discussions". Aveva studiato a fondo le carte, tante biografie di Freud e di Melanie Klein; aveva studiato le loro teorie e i loro casi clinici, e aveva messo a fuoco, senza pregiudizi se, e quando, le loro vicende (o problematiche) personali avessero influito sulle loro concettualizzazioni. Aveva maturato una grande esperienza clinica, con pazienti non solo nevrotici.

Un tema che ha trattato con profondità e originalità è stato quello della colpa" (Capelli, 2023). Ancora: "Era convinto dell'importanza della tecnica e della necessità di insegnarla: non gli bastava che l'interpretazione fosse corretta, né che si scegliesse il momento giusto per proporla all'analizzando; l'interpretazione doveva essere presentata al paziente in modo adeguato. «Perché può salvare o distruggere», diceva. Non insegnava a interpretare solo il discorso che si esprime tramite la parola, ma anche quello che si fa strada in seduta tramite il non

detto, o il non dicibile” (Ibidem).

Le caratteristiche descritte in questi articoli di saluto credo risultino evidenti anche leggendo *Come vi stavo dicendo*, in particolare la sconfinata cultura di Speciale Bagliacca. Il testo è arricchito da continue citazioni, non solo della letteratura psicoanalitica, ma anche di altre discipline (letteratura, miti, testi di giurisprudenza, ...), tanto che a volte, se non si può contare sulla stessa cultura enciclopedica, qualche riferimento sfugge, senza mai minare, però, la comprensione del messaggio.

Come vi stavo dicendo è un libro che ho molto amato e che mi è stato molto utile. Ho letto questo testo poco dopo la sua uscita, quindi oramai circa quindici anni fa. Rileggendolo ora, in occasione del ciclo di lettori *Percorsi di psicoanalisi contemporanea*, mi sono resa conto del debito che ho nei confronti del lavoro dell'autore, poiché si tratta di un testo didattico, pensato per insegnare la tecnica. È infatti un lavoro ricco di indicazioni in cui, coraggiosamente, Speciale Bagliacca racconta “come si fa” secondo lui, entrando nel merito della pratica clinica, proponendo uno stile di lavoro e delle concrete modalità di azione. È un testo che fornisce delle “mappe” che aiutano a muoversi nel “territorio” e che illustra concetti di grande utilizzabilità pratica.

L'autore, illustrando lo scopo del testo, usa l'espressione “la psicoanalisi in cui credo”. Egli parte dal presupposto che esistono diverse psicoanalisi e che la psicoanalisi non sia un corpo unitario. Propone dunque, nell'approccio a questa disciplina, un eclettismo, che permette di evolvere, opposto ad un sincretismo, che ha a che fare con il “mettere insieme cose che insieme non vanno” (Speciale-Bagliacca, 2010, p. 88).

Come vi stavo dicendo. Nuove tecniche in psicoanalisi è stato pubblicato nel 2010 e nasce dalla necessità di unificare i materiali raccolti per i seminari con le idee che l'autore aveva elaborato per spiegare la psicoanalisi. Abbiamo a che fare, dunque, con un libro sì didattico, ma organizzato per temi, in cui vengono ripresi anche materiali presenti nei lavori precedenti, in particolare *Colpa* (1997) e *Ubi Maior* (2004). Si compone di sette capitoli. I primi sei trattano concetti maggiormente teorici, mentre il settimo è dedicato all'illustrazione di alcuni aspetti tecnici anche attraverso esempi clinici.

Il sottotitolo che ho scelto per questo articolo riprende un'immagine utilizzata dall'autore nel capitolo 6, in riferimento al lavoro con i pazienti ossessivi. La “breccia”, e il lavoro di “aprire brecce”, mi è sembrato potesse essere un concetto guida utile e un buon organizzatore per il testo nel suo insieme. Mi pare infatti che *Come vi stavo dicendo* sia un testo che aiuta a capire come *aprire brecce*, cioè come favorire e costruire “momenti di contatto concreto con il paziente” (Speciale-Bagliacca, 2010, p. 19), indicando quali possono essere gli strumenti da utilizzare e le questioni che si aprono.

Nel primo paragrafo cercherò di far dialogare il primo capitolo, intitolato “La questione della tecnica: un accenno” con il settimo ed ultimo capitolo “Le questioni della tecnica”, in cui,

come forse fa intuire la riformulazione al plurale, l'autore riprende, entrando più nel dettaglio della pratica, i principali passaggi del capitolo 1, corredandoli di materiale clinico.

Nei paragrafi successivi illustrerò gli aspetti a mio parere più significativi per la tecnica e la pratica clinica, soffermandomi in particolare sui concetti di colpa (capitolo 2), *humor* (capitolo 5), tatto e integrazione e sul funzionamento delle nevrosi ossessive (capitolo 6).

APRIRE BRECCE: LA QUESTIONE DELLA TECNICA

Roberto Speciale-Bagliacca, in *Come vi stavo dicendo*, parla di una vera e propria questione della tecnica. Egli definisce la psicoanalisi come “qualcosa in cui bisogna entrare. Qualcosa da abitare” (Ibidem, p. 17). La tecnica è la chiave per aprire questa possibilità e, come la struttura dell'indice stesso suggerisce, la tecnica è la questione centrale in questo testo, la cui finalità è quella di permettere ad ogni terapeuta di conoscere le varianti tecniche per farle proprie. Ciò che interessa l'autore è il momento del *contatto concreto* con il paziente e come sia possibile costruire o favorire questo contatto. Egli distingue tra *tecnica* e *tecnicismo*. Con “tecnicismo” intende riferirsi a un insieme di “regoline”, una sorta di psicoanalisi in pillole, che proteggono il terapeuta, codificando nel dettaglio la sua pratica, mentre Speciale-Bagliacca, citando le parole di Greenberg, sostiene semmai che “parlare di tecnica significa denudarsi” (Ibidem, p. 20). Insegnare la tecnica, e discutere di tecnica, è importante perché, sebbene ci esponga a dei rischi, è ciò che permette di capire come costruire un ponte verso il paziente. L'analista, nel momento in cui è in contatto diretto con la sofferenza del paziente, è al centro dell'interesse dell'autore. È il momento del contatto con il paziente che permette una comprensione emotiva oltre che razionale.

Utilissima è poi la distinzione che l'autore propone tra *strategia* e *tattica*. Egli infatti sottolinea che, a seconda delle finalità che ci si attende dal trattamento analitico, si possono utilizzare una tecnica e una strategia differenti. La strategia parte dalla consapevolezza che esistono delle precedenze da rispettare nell'affrontare i diversi temi o le diverse questioni, mentre la tattica si riferisce più specificatamente alla modalità della comunicazione concreta che vogliamo trasmettere. Le questioni della strategia e della tattica sono centrali per trovare il modo di porgere al paziente la nostra lettura, affinché essa sia tollerabile. In questo senso egli sottolinea l'indissolubilità tra contenimento e interpretazione. Come ho anticipato nell'introduzione di questo articolo, infatti, Speciale Bagliacca sostiene che un'interpretazione, se mal posta, può distruggere il paziente, a prescindere dalla correttezza del suo contenuto. A questo proposito, l'autore fornisce anche alcuni esempi di come lavorare per favorire il coinvolgimento della parte adulta del paziente, diremmo per favorire l'alleanza terapeutica, e per porgere un'interpretazione. Per esempio, egli suggerisce di usare interventi di richiesta di *feedback* sulla lettura offerta al paziente, del tipo: “Pensa che sia così?”; oppure, “Sente anche lei...?”. Se abbiamo centrato la lettura, il paziente non si oppone, mentre, se non ritiene

che l'intervento lo riguardi, se la sentirà di correggerci. Più in generale, Speciale Bagliacca sottolinea l'importanza di trovare il modo di porgere il materiale al paziente, così da favorire la sua collaborazione.

LE DUE LOGICHE DELLA COLPA

Il capitolo quarto riprende, nella prima parte, le riflessioni su colpa e senso di colpa esposte nel testo *Colpa. Considerazioni su rimorso, vendetta e responsabilità* (1997). Nella seconda parte l'autore propone un possibile percorso da compiere con il paziente per favorire un pensiero più integrato, a partire dalle questioni sulla colpa.

Egli sottolinea come la psicoanalisi contemporanea non rintracci un unico senso di colpa, ma diversi tipi di colpa, “che hanno in comune una sofferenza psicofisica permeata di angoscia” (Ibidem, p. 39). Ciò che differenzia tali tipi di colpa sono i pensieri che li accompagnano e le conseguenze che producono. Seguendo il lavoro di Grinberg *Colpa e depressione* (1963-1971), l'autore distingue tra senso di colpa persecutorio e senso di colpa depressivo. Il primo “non spinge al cambiamento personale, ma piuttosto a comportamenti masochistici che inclinano alla sottomissione, alla resa” (Ibidem, p. 41) e ad “un atteggiamento propiziatorio attraverso il sacrificio” (Ibidem, p. 42). Tale senso di colpa è connesso al pensiero magico e si nutre di onnipotenza.

Il senso di colpa depressivo ha invece come conseguenza l'impulso a riparare. Prevede che sia stato raggiunto un primo livello di sviluppo che permette di cogliere l'altro che soffre a causa nostra. La preoccupazione si sposta, pertanto, da se stessi all'altro ed è segno di una personalità più coesa.

Per portare il paziente a sperimentare la colpa depressiva in modo autentico e non a seguito di una ingiunzione “dall'esterno” (Ibidem, p. 44) sono necessari tempo per elaborare e tatto. Compare qui un concetto particolarmente caro all'autore: quello di *tatto*, che rimanda all'uso di una “tecnica meno intrusiva possibile per evitare interventi interpretativi prematuri” (Ibidem, p. 49) e suggerisce di “usare tecniche che fanno lavorare il paziente, al fine di fargli mettere il maggior numero di carte sul tavolo prima di aiutarlo a dare un senso a fantasie e fatti reali” (Ibidem, p. 49). Solo successivamente sarà possibile portare alla luce le lacune del paziente. Il terapeuta dovrà essere in grado di contenere ogni tipo di fantasia, di attacco, rabbia e rancore da parte del paziente, così da far emergere, il più compiutamente possibile, ogni genere di vissuto e per far sì che il paziente possa fare “un'esperienza concreta e ripetuta di un rapporto in cui la persona a cui si è affidato, lo rispetta e non vuole fargli del male” (Ibidem, p. 52), ma è in grado di contenere pulsioni e vissuti intollerabili per lui.

Il contributo che, a mio parere, è più illuminante ed ha una specifica utilità clinica è la successiva distinzione delle due logiche: *la logica della colpa* e *la logica della responsabilità tragica*. Con il termine “logica”, Speciale-Bagliacca intende “una visione del mondo o sistema

di pensiero (...) che si riflette nel modo di pensare, di muoversi nel mondo, di una persona” (Ibidem, p. 54). Obiettivo del lavoro con il paziente è quello di passare dalla logica della colpa alla logica della responsabilità tragica, ovvero una posizione in cui si rinuncia alle illusioni e si riesce a fare i conti con la realtà. Nel lavoro clinico significa acquisire un punto di vista interessato “non a come dovremmo essere, ma a come siamo, abbandonando ogni inganno della mente, per acquisire la capacità di progettare su basi realistiche e non velleitarie” (Ibidem, p. 55).

Più dettagliatamente, la logica della colpa ha che fare con il giudizio, la condanna, l’espiazione, la vendetta. La conseguenza è l’assunzione di un modo di pensare che tende a spiegare in maniera riduttiva fenomeni complessi, dividendo, per esempio, tra buoni e cattivi. È in questa semplificazione “che si rivela il principio di piacere e l’utilizzo di un pensiero onnipotente” (Ibidem, p. 56). Si tratta di un punto di vista forte, almeno apparentemente, ma assolutamente inadeguato a considerare i molti aspetti della realtà. La funzione, l’intento segreto, dell’uso di questa logica è quello di evitare l’irruzione della dimensione tragica della vita, che è invece una dimensione in cui si riconosce e si accetta il rischio e si cerca di capire la molteplicità delle cause che hanno determinato un evento.

Il passaggio alla dimensione tragica è possibile quando le emozioni si chetano, sebbene questo non significhi tollerare o subire passivamente, ma lavorare per capire.

In questo lavoro, l’analisi del transfert si rivela molto utile per poter integrare parti scisse del paziente: una parte adulta che accetta che le cose stiano in un certo modo dal punto di vista tragico e l’altra, che si sente deprivata, e che vuole soddisfazione o vendetta.

Alla luce di quanto esposto finora, quale lavoro di riparazione è possibile? Speciale-Bagliacca suggerisce un lavoro che permetta di ospitare nella mente del paziente il dolore psichico al posto della colpa. In questa prospettiva, il dolore è inteso come un sentimento che si contrappone al senso di colpa. La responsabilità tragica segna la perdita dell’illusione che sia possibile riparare in maniera diretta per le sofferenze inflitte e permette di tollerare il dolore per l’assenza di onnipotenza: non ci si fa illusioni, ma non ci si tira indietro. Tale responsabilità genera desiderio di riparare, ma è accompagnata dalla consapevolezza che le riparazioni sono sempre qualcosa di complesso, dell’esito incerto e hanno a che fare con un cambiamento del soggetto.

INTEGRAZIONE, TATTO, *HUMOR*

La riflessione sulle logiche della colpa introduce e mostra gli effetti dell’utilizzo della scissione. Essa è connessa al problema dell’oggetto reale, inteso come la percezione che il paziente ha delle persone significative, con i lati positivi e negativi (Ibidem, p. 77). Speciale-Bagliacca si chiede se sia possibile per il paziente, e come, raggiungere la percezione dell’oggetto reale. L’obiettivo è quello di una minore necessità di ricorrere alla scissione a seguito di una sempre

maggior integrazione.

La relazione terapeutica diviene il terreno su cui lavorare per raggiungere tale integrazione. Lontani da un'idea di analista-specchio, che si occupa solo dei conflitti del paziente, l'autore propone uno stile caratterizzato da profonda autenticità e dalla capacità di mettersi in gioco nella relazione. Attraverso il lavoro sul transfert, il terapeuta può essere pensato anche come una persona reale, quindi come qualcuno che può sbagliare e che dunque può essere de-idealizzato. Così facendo è possibile arrivare ad avere un oggetto interno che non sia un oggetto scisso ma che possieda caratteristiche positive e negative.

Per ottenere l'eliminazione delle scissioni è necessario un lungo e capillare lavoro di integrazione che permette "un salto di ottava nel modo di pensare, un modo di pensare che Freud chiamava *rappacificazione*" (Ibidem, p. 93).

La riflessione sull'utilizzo in seduta del materiale non verbale può essere un ulteriore strumento per raggiungere tale integrazione.

Riprendendo nel quarto capitolo, il contributo di Franco Fornari, ne sottolinea l'originalità del metodo, di grande utilità clinica, che permette di esaminare i suggeritori inconsci che modellano le nostre frasi e le interpretazioni dell'analista. Se Fornari si occupa di due pilastri della teoria freudiana della comunicazione, ovvero le libere associazioni e il simbolismo, restano però fuori il non verbale e il para-verbale. Quale tecnica è opportuno utilizzare per avvicinare queste comunicazioni? Quale atteggiamento occorre tenere in analisi con ciò che non è parola?

Speziale Bagliacca illustra come, in certe situazioni, diventi essenziale partire da *come* il paziente comunica rispetto a *cosa* comunica; per porre attenzione alle letture sugli aspetti non verbali, egli suggerisce di procedere rivolgendosi all'Io del paziente e di utilizzare una tecnica che non offenda, riprendendo nuovamente qui il concetto di tatto.

Il capitolo 5 sull'uso dello *humour* arricchisce la presentazione dei possibili strumenti che l'analista può usare per fare breccia e raggiungere il paziente. L'autore ricorda come già Freud nel 1927 proponesse una riflessione sull'umorismo, attraverso il quale il soggetto ottiene piacere per sé e per l'ascoltatore. L'umorismo, che il soggetto può agire sia verso di sé che verso gli altri, ha un che di liberatorio, ma anche qualcosa di grandioso, poiché sembra ribadire una sorta di invulnerabilità dell'Io che non si fa scalfire dalla realtà, sottolineandone gli aspetti divertenti o ridicoli e dunque non occupando esclusivamente la posizione di vittima.

L'umorismo avrebbe pertanto potenzialità trasformative. Qual è dunque l'uso possibile in seduta? Partendo dal presupposto che ci sono responsabilità diverse per il paziente e per l'analista, Speziale-Bagliacca sottolinea che il paziente deve potersi manifestare con tutta la gamma di espressioni che gli sono proprie e dunque sarebbe un errore considerare l'utilizzo dell'umorismo in seduta necessariamente come una difesa. L'analista, dal canto suo, deve maneggiare con attenzione il proprio umorismo: se lo utilizza in modo da non ferire il paziente, può diventare una manifestazione di spontaneità e un'occasione per fare breccia, mettendo a

tema, attraverso l'ironia, qualcosa di non dicibile altrimenti.

L'ASSEDIO DELLE NEVROSI OSSESSIVE

Nel capitolo dedicato alle note tecniche sulle nevrosi ossessive, Speciale-Bagliacca riprende il concetto di strategia, sottolineando la necessità, durante il trattamento, di fare scelte prioritarie, avendo chiaro quali sono i nodi da affrontare per primi e quali no. Questo è particolarmente vero nel caso delle nevrosi ossessive. Con questi pazienti egli suggerisce di partire innanzitutto dal lavoro sulle angosce e sui sensi di colpa e, successivamente, di procedere ad un lavoro sul preconcio.

Si apre qui un approfondimento sul preconcio, considerato un comparto della mente "indipendente dalla coscienza" (Ibidem, p. 153), altamente specializzato, dotato di una sua memoria e di una sua capacità di sintesi. Esso ha la prerogativa di "arrivare all'essenziale partendo da alcuni dati intuitivamente selezionati" (Ibidem, p. 154). Il preconcio può diventare un alleato prezioso per il terapeuta: "se il preconcio funziona bene (...) e ha assimilato quanto serve a capire e a decifrare, allora, al momento opportuno, e con spontaneità, fornirà il suo contributo suggerendo alla mente cosciente la chiave per decifrare una certa situazione" (Ibidem, p. 172).

La funzione del preconcio è particolarmente deficitaria nei disturbi ossessivo compulsivi. Il paziente ossessivo è caratterizzato da una mente sfinterica (Ibidem, p. 158) ovvero condizionata dal bisogno di controllare in uscita e in entrata, così da potersi difendere da fantasie e pensieri inconsci ritenuti pericolosi e rovinosi. Spesso controlla la cosa che più teme ed è compito dell'analisi fare emergere tale meccanismo. Il paziente ossessivo non ha fiducia nelle proprie reazioni emotive, non può contare sulla possibilità di affidarsi a se stesso e lasciarsi andare. Tale possibilità, infatti, si acquisisce nella relazione precoce con una madre capace di fornire la fiducia di base. Spetterà all'analista ingenerare tale fiducia.

Spesso il bisogno di controllare si riflette sul controtransfert dell'analista, che può provare la sensazione dolorosa di essere bloccato, sentendosi, come questi pazienti, sotto assedio.

I pazienti ossessivi attuano due principali meccanismi: l'isolamento, che permette di isolare un pensiero o un comportamento, interrompendo le connessioni con altri pensieri e con il resto dell'esistenza, e lo spostamento, che trasferisce l'attenzione su qualcos'altro di ansiogeno, creando una connessione anomala e lasciando fuori il legame con ciò che effettivamente mette in difficoltà. Tale legame inconscio è difficile da cogliere perché l'attenzione spesso è convogliata su un dettaglio secondario.

Come è possibile intervenire su isolamento e spostamento? Secondo Speciale-Bagliacca, le parole difficilmente fanno breccia nell'assedio, se non sono precedute da un esempio: è il modo di essere e di agire dell'analista che intacca le resistenze e le diffidenze, è il suo modo di parlare, la sua autenticità e la sua capacità di mettersi in gioco che possono fare la differenza

e promuovere un cambiamento.

Il paziente ossessivo vive in un mondo di accuse feroci e fa i conti con un mondo interno senza vitalità e asfittico. Il passaggio alla logica della responsabilità tragica trasforma le emozioni. La tecnica che l'autore suggerisce è quella di sostare su un particolare così da “praticare una ‘breccia’, al fine di “portare l’Io assediato del paziente a occuparsi di qualcosa fuori dalla fortezza da cui è serrato” (Ibidem, p. 179). La scelta del particolare può essere fatta seguendo quanto il preconcio suggerisce al terapeuta. Lo scopo di questo lavoro è far entrare il paziente nei processi alla base dei suoi comportamenti e dei suoi blocchi. Solo quando il paziente ossessivo diventa più libero di esprimersi, può trasmettere un più ampio materiale e creare sufficienti collegamenti significativi. In questo processo è importante che l’aggressività dei pazienti sfugga all’imbavagliamento ossessivo e possa manifestarsi più direttamente. Solo a questo punto è possibile procedere con interpretazioni sui contenuti.

CONCLUSIONI

La generosità di Roberto Speciale-Bagliacca parte, in questo testo, dal suo mettersi a nudo parlando di tecnica e mettendosi al servizio dei colleghi, non lesinando indicazioni pratiche, né nascondendo le difficoltà di un lavoro impegnativo, che necessita di pazienza e tatto.

Il contributo di questo autore mi pare che mostri quanto sia centrale e fondante possedere un impianto teorico solido e rigoroso che guidi le scelte cliniche. Solo così, credo, si possa lavorare con spontaneità e non spontaneismo e con un’autenticità che non rischia di cadere nell’ingenuità.

Bibliografia

Ballorino, F. (2023), Roberto Speciale-Bagliacca (1934 – 2023) – Un ricordo affettuoso. *Psychiatry online*, 15-12-2023, <https://www.psychiatryonline.it/psicoterapie/roberto-speziale-bagliacca-1934-2023-un-ricordo-affettuoso/> (link consultato il 30/09/2025).

Capelli, N. (2023). Roberto Speciale-Bagliacca. <https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/cultura/roberto-speziale-bagliacca-di-n-cappelli/> (link consultato il 30/09/2025).

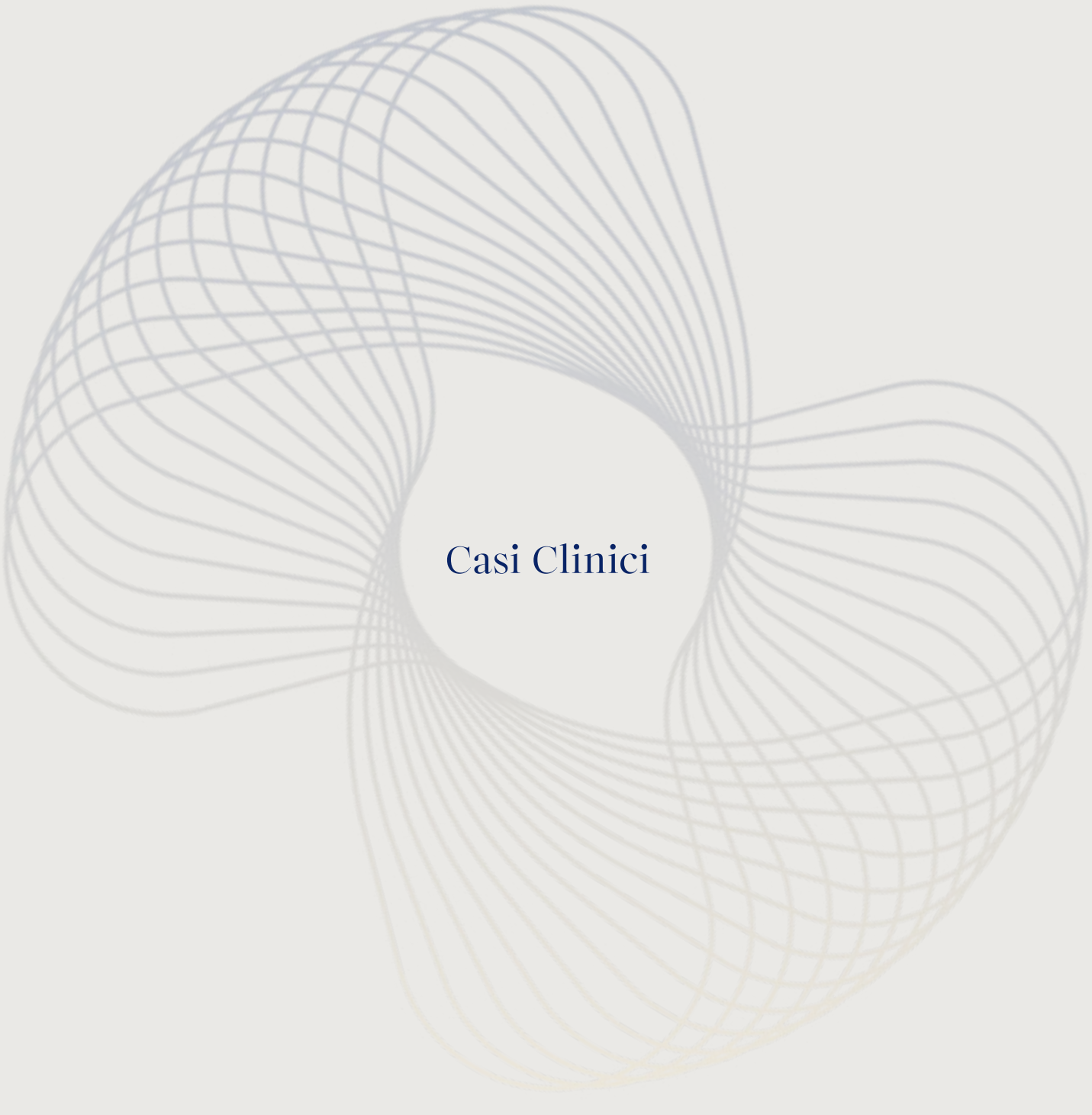
Grinberg, L. (1963-1971). *Colpa e depressione*. Trad. it. Astrolabio, Roma, 1990.

Speciale-Bagliacca, R. (1997), *Colpa. Considerazioni su rimorso, vendetta e responsabilità*. Astrolabio, Roma.

Speciale-Bagliacca, R. (2000). *Adultera e Re. Un'interpretazione psicoanalitica e letteraria di Madame Bovary e Re Lear*. Bollati Boringhieri, Torino.

Speciale-Bagliacca, R. (2004). *Ubi maior. Il tempo e la cura delle lacerazioni del Sé*. Astrolabio, Roma.

Speciale-Bagliacca, R. (2010). *Come vi stavo dicendo. Nuove tecniche in psicoanalisi*. Astrolabio, Roma.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping lines that form a series of interconnected loops. The pattern is centered on the page and has a color gradient, transitioning from a light blue at the top to a light yellow at the bottom. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, resembling a stylized, three-lobed flower or a complex knot.

Casi Clinici

La paura di separarsi. Il caso clinico di Guido.

Giada Montersino

Nel settembre 2024 vengo contattata telefonicamente dalla signora Paola che richiede un appuntamento per il figlio dodicenne, su consiglio del neuropsichiatra infantile. La signora Paola mi contatta per Guido, il quale un lunedì, rientrando da scuola molto affamato, ha rischiato il soffocamento con un pezzetto di pane che gli è restato incastrato nella gola. La situazione viene descritta così: è a casa da solo, si spaventa, il cuore batte forte, è il panico. Guido tosse, beve acqua, cammina avanti e indietro, passano alcuni interminabili secondi poi, fortunatamente, il pane scende e Guido ricomincia a respirare. Si spaventa e da quel momento avrà paura di mangiare da solo, temendo il ripetersi di questo spiacevole episodio. Quando mangia sente un nodo nella gola, se beve acqua gli manca il respiro. Da quel momento il pasto è difficile, il ragazzino teme di strozzarsi nuovamente ed evita diversi alimenti (mozzarella, uva, patatine, fragole); perde tre chili in un mese. La signora Paola è molto allarmata, teme un calo ponderale significativo e lo sviluppo di un disturbo alimentare.

Nato da gravidanza normo-decorsa, secondogenito della sua famiglia, Guido frequenta la classe seconda della scuola secondaria di primo grado nella città di Torino e vive con la madre. I genitori hanno divorziato quando Guido aveva quattro anni. Il fratello, ormai grande, vive per conto proprio ed il padre, che spesso viaggia per lavoro, vede il figlio una volta al mese. Guido è cresciuto principalmente con la madre, hanno un legame stretto, lui dorme da sempre con lei nel lettone. La mamma è per Guido una figura di riferimento che lo sostiene e aiuta nei momenti difficili. Rientra la sera dedicandosi tutto il giorno al proprio lavoro, Guido viene seguito dalla cugina di ventidue anni che vive vicino a lui. Spesso pranza da solo a casa. Il papà è un uomo che lavora e racconta poco di sé, il ragazzino lo vede un weekend al mese, ma non ha molte occasioni per condividere momenti con lui. Guido viene descritto dai genitori come un bambino sensibile e fragile, bisognoso di cure e attenzioni, ipocondriaco, da sempre timoroso di farsi male.

Qui di seguito vengono riportate parti di alcune sedute particolarmente significative.

Quando Guido giunge nel mio studio è spaventato, indossa la giacca durante tutto il tempo della seduta, guarda in terra. Provo a dargli una spiegazione del funzionamento dell'apparato digerente, gli chiedo se a scuola lo hanno già studiato e gli dico che non è frequente ciò che gli è accaduto. "In effetti in dodici anni mi è successo solo una volta", dice. Mi ascolta con attenzione. Gli dico che faremo insieme una piccola indagine per capire quel nodo che sente in gola, gli chiedo un disegno libero. Disegna una lasagna ed un pallone da calcio, due cose che lui ama moltissimo. Sembra essere poco in contatto con il proprio mondo interno e manifesta ciò che sente attraverso il corpo. Spesso, nella stanza di terapia, un gioco come quello delle carte, può facilitare la comunicazione, stimolare la creatività e permettere l'accesso

a vissuti ed emozioni difficilmente accessibili. Guido non è un bambino che parla molto, è piuttosto silenzioso e sembra beneficiare di queste mediazioni. Durante le sedute fa a pezzetti un fazzolettino di carta o giocherella con un oggetto portato da casa, non parla spontaneamente e resta ancorato al sintomo, spesso si commuove e ripete più volte di non sopportare più quella brutta sensazione che gli stringe la gola. Sembra molto angosciato e credo che mi stia chiedendo un antidoto che porti via il suo fastidio, così come la rabbia per non riuscire ad ottenerlo.

UN LABIRINTO DI CONIGLI E LEONI – SEDUTA DEL 10 FEBBRAIO



Guido giunge in seduta molto turbato perché, mangiando le patatine per merenda, ha sentito una sensazione di forte fastidio ed ha temuto che potesse succedergli nuovamente di “strozzarsi”. Descrive la sensazione vissuta, il secco delle patatine in gola, il fastidio. Proviamo a definire la sensazione e la paura che sente e per farlo utilizziamo delle carte colorate che Guido afferra dallo scaffale dei giochi. Lo invito a sfogliarle e a scegliere quelle che possono rappresentarlo. Sceglierà un coniglio con le chiavi per uscire dalla situazione che sta vivendo, il camioncino dei pompieri in suo soccorso, un labirinto dal quale non riesce ad uscire ed una serie di ingranaggi dai quali teme di essere annientato. Tramite le carte Guido trova il modo di dare voce all’angoscia che il nodo rappresenta. Gli rimando che tra le varie carte c’è anche un leone, come se potessimo camminare insieme guardando non soltanto la paura e l’angoscia, ma anche la sua parte resiliente e forte. È quella parte che gli ha permesso di trovare una strategia per liberare la gola dal “blocco”, che gli permette di giocare una partita di calcio senza essere paralizzato dalla paura di entrare in campo. È un po’ come se potessimo guardare oltre quell’immagine di bambino spaventato e bisognoso di aiuto, invitandolo a credere nelle proprie capacità per uscire da questo difficile labirinto. Come nella storia del mago di Oz “*Il coraggio non è non avere paura, ma agire nonostante*” (Baum, 1900, p. 78).

GIÙ LA MASCHERA! – SEDUTA DEL 14 APRILE

Sono trascorsi alcuni mesi e Guido giunge in seduta dicendo di non aver sentito il nodo alla gola negli ultimi giorni. Il sintomo sembra non essere più così protagonista ed è possibile avere accesso a contenuti più profondi fino a questo momento celati. Il ragazzino racconta con orgoglio di aver iniziato ad andare a dormire da solo nella sua stanza vincendo la sua paura, ma ogni notte, quando si distende nel suo letto, un pensiero lo accompagna e preoccupa: “*cosa ne sarà di me quando mia mamma non ci sarà più?*”. Guido parla del legame con la sua mamma che per lui è tutto, sostiene sia il suo punto di riferimento e che da lei possa ricevere aiuto. Sostiene di non aver mai fatto tale pensiero prima. È un momento significativo del suo percorso evolutivo perché da questo momento sembra essere possibile guardare oltre il sintomo manifesto. Invito Guido a riflettere sulla comparsa di questo pensiero, riflettiamo sul diventare grande e sulla paura di essere solo, nelle attività quotidiane, nella vita e nel mondo. Riprenderemo questo tema in numerose sedute, per far sì che quel nodo trovi finalmente voce.

RIFLESSIONI

Dalle sedute emerge con evidenza l'angoscia che Guido sentiva e di cui faticava a comprendere l'origine. Nei primi mesi di lavoro rimaneva focalizzato sulla sua sensazione fisica di nodo in gola, non riuscendo ad avere accesso al proprio mondo interno. Aveva sviluppato un atteggiamento fobico nei confronti del cibo e del momento del pasto, esprimendo il proprio disagio attraverso il canale corporeo. La fatica di “mandare giù” rappresentava somaticamente la sua angoscia indicibile ed indecifrabile.

Spesso le fobie costituiscono simboli di contenuti inconsci legati alla separazione ed alla morte (Lingiardi, Mc Williams, 2018). L'angoscia che Guido sperimenta per la propria morte e per quella della madre sembra trarre le sue origini da tali conflitti profondi. Il nodo alla gola ed il timore di soffocare sono l'espressione di una grave difficoltà nel portare a termine il compito evolutivo di separazione-individuazione dalle figure genitoriali di riferimento, in questo caso soprattutto, se non quasi esclusivamente, la madre. Il bambino che diventa grande deve poter fare affidamento sulle proprie capacità personali, scoprendo in sé un individuo potente anche se non più onnipotente e tale percorso di disillusione si conclude con la preadolescenza (Crocketti, 2008). È questa la fase che Guido sta attraversando, come se quel pezzetto di pane nella gola segnasse l'ingresso nella preadolescenza, nell'essere potente e non più onnipotente, nello scoprire come soddisfare i propri bisogni in autonomia, nell'individuare i propri punti di forza e debolezza, ma anche nel fare i conti con l'essere esposto e vulnerabile alla vita, così come alla possibilità della morte. La morte che sembrava così distante nel periodo infantile e che oggi è davvero così tangibile. Guido è incerto nel fidarsi di sé e nell'affrontare le sfide in

autonomia. Winnicott, come afferma Giustino (2013), sostiene un concetto fondamentale: se l'ambiente non conferma al bambino di essere in grado di soddisfare anche da sé i suoi bisogni, ciò lo condurrà verso una sensazione di annichilimento. L'angoscia di morte si configura quindi in Winnicott come terrore di annientamento, perdita irreparabile del Sé potenziale, angoscia di non esistenza. Se per il bambino l'ingresso nella preadolescenza è complesso, altrettanto lo è per la madre che deve fare i conti con i cambiamenti del proprio ruolo materno e con i nuclei depressivi che precedentemente venivano coperti dall'intensità della gratificazione narcisistica legata alla dipendenza del figlio. La separazione evoca nella madre un sentimento di perdita e un senso di svuotamento, quindi il figlio spesso vivrà ogni passo verso l'individuazione con profondo senso di colpa (Charmet, 2000). Non è facile la separazione, come avviene in questo caso, quando il padre è latitante rispetto al proprio mandato di terzo che pone fine alla simbiosi madre-figlio. Il bambino, che deve gestire il sentimento di amore verso la madre rinunciando al desiderio di fusionalità con lei, fatica nel venire a patti con la figura paterna, non potendo identificarsi e ricercare altri oggetti d'amore (Cerroni, 2020). Separarsi per Guido, per tutti questi motivi, diventa così spaventoso da equivalere al morire. Oggi Guido ha fatto molta strada, dorme nel suo letto ed i brutti pensieri sono diminuiti, quando mangia solo non è così tranquillo come quando la mamma è con lui, tuttavia il pasto è possibile. È aumentato di peso ed ha reintrodotto molti alimenti prima evitati. Il nodo alla gola talvolta compare, ma è più tollerabile, stiamo imparando ad ascoltare le emozioni che vuole comunicarci. Il suo percorso psicoterapeutico continua.

*“Il compito della psicoterapia è quello di far emergere le emozioni
e di strappare alla morte tutto ciò che si può
per mantenere un pensiero vivente”
(D. Vallino)*

Bibliografia

- Baum, L.F. (1900). *Il meraviglioso mago di Oz*. Trad. it. Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 2001.
- Cerroni, A. (2020). *Figura genitoriale paterna e danno da privazione*. www.aipgitalia.org
- Crocetti, G. (2008). *I disegni dei bambini*. Armando Editore, Roma, pp. 50-51.
- Giustino, G. (2013). *Ansia e angoscia*. www.spiweb.it
- Lingiardi, V., Mc Williams, N. (2018). *PDM-2 Manuale diagnostico psicodinamico*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Pietropolli Charmet, G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina Editore, pp. 19, 34-35.
- Vallino, D. (1998). *Raccontami una storia. Dalla consultazione all'analisi dei bambini*. Mimesis Edizioni, Milano.

Il corpo ed i suoi messaggi.

Una lettura di: *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*
di Alessandra Lemma

Daniela Cassano

Sotto la pelle di Alessandra Lemma analizza un tema fondamentale per la clinica e particolarmente attuale nella modernità: il rapporto mente-corpo, analizzando alcune delle declinazioni delle espressioni del mondo interno attraverso le modificazioni corporee. L'autrice è psicoanalista, membro della *British Psychoanalytical Society*. Ha lavorato e lavora come psicoterapeuta in ambito sia pubblico che privato. Si è da anni rivolta allo studio teorico e clinico di temi relativi all'immagine corporea. Tra i suoi libri più recenti, oltre a *Sotto la pelle*, pubblicato nel 2010 e tradotto in italiano nel 2011, ricordiamo *Terapia dinamica interpersonale breve* (con M. Target, P. Fonagy: Lemma, 2011) e *Pensare il corpo* (Lemma, 2015).

La prima considerazione fondamentale da cui parte il pensiero dell'autrice è che la psiche umana è incarnata in un corpo. Già Freud sosteneva che l'Io è un Io corporeo e che le pulsioni sono un rappresentante psichico degli impulsi che, originandosi dal corpo, pervengono alla psiche. Anche Winnicott individuava nel corpo la base fondamentale dell'unitarietà del Sé, parlando di un Sé corporeo. Il corpo ha rapporti molto complessi e delicati con la psiche.

La corporeità originaria è costituita dal legame madre-bambino, che è anche il prototipo della dipendenza fisica. Il bambino ha bisogno della madre per dare un senso ed un'unitarietà alle proprie esperienze sensoriali corporee che altrimenti costituirebbero un magma indifferenziato. Il tatto (contatto epidermico) e la vista (visione del volto della madre) sono fondamentali nelle prime relazioni madre-bambino. La qualità positiva o negativa delle prime relazioni corporee è fondamentale per lo sviluppo del Sé corporeo e quindi del Sé. Quando ci sono difficoltà o ostacoli in queste prime fasi può svilupparsi un'estraneità rispetto al proprio corpo ed un rifiuto di esso.

Il corpo è, per sua natura, soggetto allo sguardo dell'altro. Lemma sottolinea come il ricorso alla chirurgia estetica non sia di per sé un indizio di sofferenza psichica. E' inutile nascondersi che l'immagine che ciascuno ha del proprio corpo è un elemento fondamentale nel determinare il benessere o malessere psicologico. Negare che l'aspetto fisico abbia una grande importanza nello sviluppo di possibilità di successo personale e di carriera è, scrive Lemma, una mistificazione. La società di oggi attribuisce un peso notevolissimo all'immagine ed alla bellezza fisica.

Anche il corpo dell'analista ha un ruolo determinante. L'autrice insiste sull'attenzione che va portata al proprio controtransfert corporeo parlando di controtransfert somatico e setting

incarnato: “il controtransfert somatico dell’analista è un aspetto fondamentale del suo setting interno: egli ascolterà il suo paziente anche con il proprio corpo” (Lemma, 2015, citato da Brosio, 2025). Riflette, ad esempio, sull’uso del lettino con pazienti che hanno forti ansie espresse attraverso il corpo. Soprattutto in fasi iniziali di terapia, la mancanza di contatto visivo con il paziente può eludere, ad esempio, il provare vergogna per il proprio aspetto, oppure il timore di poter esprimere odio con il proprio sguardo. Al contrario, alcuni pazienti possono preferire il *vis-à-vis* per intimidire o umiliare l’analista (e, in questo caso, lo scegliere l’uso del lettino può assumere una valenza difensiva per l’analista).

Nei capitoli che seguono l’autrice esamina alcune delle situazioni più frequenti ed importanti tra i pazienti che ha avuto in trattamento e che si caratterizzano per una focalizzazione estrema sul proprio corpo o parti di esso.

Il Capitolo I, intitolato significativamente “Come tu mi vuoi”, tratta di quella che Lemma chiama: “fantasia di corrispondenza perfetta”. In questo caso vengono ricercate le sembianze perfette, degne dell’amore della madre. Una delle attività svolte dall’autrice è stata quella di valutatrice per concorrenti di reality show. Durante questi colloqui è emerso come molte delle concorrenti avessero alle spalle relazioni difficili, conflittuali con le loro madri, oppure come queste fossero state assenti o depresse. Poche di loro, in realtà, avevano l’aspirazione ad entrare nel mondo dello spettacolo, quindi il vero scopo della loro candidatura ai reality era un altro. Queste ragazze, spesso, al di là della corazza rude (vestiario, modi spicci e disinvolti, piercing e tatuaggi), rivelavano una notevole fragilità (e per questo alcune venivano poi escluse dalla partecipazione ai reality). Oltre quello dei pari, era spesso lo sguardo della madre davanti allo schermo che veniva ricercato. In altri termini, comparire in TV era un modo per ottenere l’attenzione e l’approvazione della propria madre, sentita come estranea e distante.

Nel Capitolo II viene affrontato il tema della bruttezza come sintomo. L’autrice fa riferimento al capolavoro di Mary Shelley: *Frankenstein*. Il giovane scienziato Victor F. (cioè Frankenstein) inventa una creatura i cui pezzi vengono assemblati a partire da cadaveri a cui una scarica di elettroshock dà la vita. Il creatore è terrorizzato dalla bruttezza dell’essere che ha creato, non gli dà nemmeno un nome. Questi sperimenta solo disprezzo e rifiuti al punto da sviluppare un’invidia rabbiosa e furente che arriva ad assassinare tutte le persone con le quali Victor ha delle relazioni d’affetto, fino ad uccidere il proprio creatore per poi suicidarsi dandosi fuoco, per cancellare il rischio che di lui rimanga qualche traccia in grado di ricostruire un nuovo mostro. Lemma sottolinea i numerosi eventi luttuosi della vita della stessa autrice Mary Shelley: la madre morta precocemente, una matrigna emotivamente distante con la quale non ha mai avuto un buon rapporto, più figli morti in giovane età, un padre anaffettivo. Il personaggio di Frankenstein è iconico nel rappresentare la fantasia di autocreazione, propria di coloro che, non adeguatamente amati nell’infanzia, aspirano a creare di sé un’immagine

ed un corpo completamente nuovi ed antagonisti rispetto a quello, non amato, creato dalla biologia e dal rapporto genetico con la madre. In queste situazioni il rifiuto ripetuto si trasforma nel desiderio di rovinare anche l'amore percepito negli altri. L'etimologia della parola "mostro" deriva dal latino *monstrare* che significa avvertire o mostrare. Abbiamo bisogno di esteriorizzare il deforme, di additare come "altro", l'irregolare, il brutto. A livello psichico, si tratta di parti brutte e deformi di noi stessi che dobbiamo isolare e tenere lontane per non esserne contaminati. Victor F. diventa inseparabile e talora indistinguibile dalla sua creatura. L'angoscia fondamentale che sembra indicarci questo personaggio romanzesco nasce dalla consapevolezza che la bellezza non può mai essere totale e permanente. E' caduca e può essere minacciata dalla bruttezza, dal trauma, dal rifiuto.

Cito il caso del paziente signor H. Si tratta di un paziente adulto con una dismorfofobia che si era concentrata su varie parti del corpo e lo costringeva a comportamenti ossessivi invalidanti (ad esempio coprirsi integralmente il collo, anche d'estate). Dopo un'assenza della terapeuta (era la fine del secondo anno d'analisi), il paziente mancò per due sedute. Quando si ripresentò, non fece alcun riferimento alla sua assenza alle ultime due sedute, ma espresse soddisfazione nei confronti dell'analista che si era presa un periodo di meritato riposo. Poi raccontò di un sogno spaventoso con protagonista lui stesso che si trovava in una stanza con un ragno che lo fissava attraverso un occhio giallo enorme, pieno d'odio. H. non sapeva se cercare la fuga o tentare di combattere. La terapeuta fece un'interpretazione che poneva in luce come il ragno potesse rappresentare lei stessa, aggressiva e giudicante delle sofferenze del paziente, dopo che si era appena svagata e riposata con un periodo di vacanza. La risposta del paziente consistette nel riprendere a raccontare dell'ultimo sito trovato su internet che insegnava come modificare il proprio pene. La vendetta di questo paziente per esser stato lasciato solo era costituita dalla ripresa della ricerca maniacale su internet di come poter modificare il proprio corpo. Così facendo, non lasciava che poco spazio ad una riflessione più intima e profonda sulla sua sofferenza, sul suo sentirsi abbandonato. Il paziente si identificava nel suo Super Io sadico che gli offriva, quale droga per anestetizzare il dolore, il sito che prometteva nuove possibilità di modifica del proprio fisico. Tutto ciò con il risultato di far sentire inutile la terapeuta ed il lavoro fatto con lei. Una parziale presa di coscienza da parte di H. avvenne successivamente, quando parlò all'analista di un documentario sui ragni in cui uno studioso ne sottolineava alcuni aspetti positivi. Il paziente commentò che chi aveva dedicato anni di studio a questi animali aveva imparato ad amarli perché vedeva in loro aspetti che gli altri non erano in grado di vedere. La terapeuta vide questo come un'apertura verso la possibilità percepita dal paziente che qualcuno potesse vedere qualcosa di buono in lui.

Nel Capitolo III, intitolato "Specchi", Lemma affronta il tema del corpo che viene visto dall'altro. Lo sviluppo armonico del Sé dipende in modo peculiare dalla qualità dell'investimento libidico di coloro che sono più vicino al bambino. La madre ha un investimento libidico sul corpo del

bambino che, se è troppo scarso, favorirà il crearsi di un Sé trascurato e non amato. Se altresì l'investimento è eccessivo si originerà un Sé ostile che si sente colonizzato e manipolato. L'espressione "l'amore è cieco" è sviante; in realtà ciò che viene amato è non solo visto, ma anche accettato.

Nel Capitolo IV, "Essere visti o essere guardati", vengono presi in considerazione i pazienti con dismorfofobia. Lo sguardo dell'altro è spesso percepito come di ostilità e riprovazione verso il Sé. Lemma dice che, nella sua esperienza con pazienti portatori di queste problematiche, le madri riflettono aspetti distorti o rifiutanti. La madre può essere sentita come inaccessibile, uno specchio opaco che non riflette alcun sentimento e non lascia arrivare su di sé alcuna immagine (lo "schermo bianco" di A. Green). Talvolta la dismorfofobia porta ad interventi di chirurgia estetica non necessari (ad esempio il rifacimento del naso), pur di garantirsi uno sguardo di ammirazione ed amore. E' la ricerca, attraverso la chirurgia, di un "oggetto trasformativo" del Sé (come definito da Bollas).

La madre può essere anche come uno "specchio distorto" (pag 98). Il corpo del bambino non solo non è desiderato, ma la madre proietta su di lui aspetti negativi (inaccettabili) di se stessa. L'ansia persecutoria può concentrarsi su una parte ritenuta brutta del corpo. La rimozione o il rimodellamento di questa parte del corpo possono scaturire come risultato di un'ideazione delirante incentrata su parti del Sé corporeo. In questi casi, gli interventi chirurgici non sono mai risolutivi e le preoccupazioni incentrate su di una parte migrano facilmente ad un'altra. L'insoddisfazione dei pazienti per i risultati ottenuti può tradursi in denunce o addirittura violenze fisiche contro i chirurghi estetici. L'interazione terapeutica con questi pazienti è spesso assai difficoltosa e la ricerca della chirurgia estetica può essere di qualità maniacale. Il corpo diventa un oggetto a tutti gli effetti e può diventare sede di proiezioni persecutorie. Inoltre c'è una sottovalutazione assoluta di quelle che possono essere le conseguenze dannose sulla salute di plurimi interventi. Parti psicotiche della personalità possono prendere il sopravvento.

Ci sono poi alcune situazioni nelle quali la modificazione del corpo risponde ad un bisogno di differenziazione e distacco da una madre intrusiva che si appropria del corpo del figlio, occupandolo con le proprie proiezioni. Alcune madri possono mostrare comportamenti intrusivi nella privacy corporea dei figli in una forma di investimento narcisistico esasperato. Rivendicare il corpo, modificarlo, significa separarlo da chi lo occupa.

Anche nell'anoressia il corpo viene negato in un sussulto di ricerca di autonomia assoluta. Manipolare il corpo serve a mantenere integro il Sé. Il corpo fatica ad integrarsi nel proprio Sé perché esso porta invariabilmente la marca dell'altro. Viene più volte ripreso il tema della fantasia di autocreazione nella sua relazione con l'invidia verso la madre. In questi pazienti c'è la necessità di distaccarsi completamente dall'altro madre, trionfando su di lei. Il nucleo

dell'attacco invidioso è l'intolleranza verso ogni dipendenza. Il soggetto ricrea il proprio corpo modificandolo pesantemente con l'intento di scindere ogni legame con colei che gli ha dato quel corpo. In queste situazioni, spesso, la figura paterna è assente e non costituisce il terzo separante. Per spiegare l'invidia verso la madre, Lemma riconduce al concetto kleiniano di "invidia primaria" come "attacco alla dipendenza da un oggetto buono *a causa* della sua bontà" (pag 140). Il corpo implica la dipendenza da chi ce lo ha dato e dunque, inevitabilmente, la sua accettazione mette in gioco il rapporto con la madre. E' difficile accettare la dipendenza da un altro che sentiamo non ci ama.

Il caso di W. è paradigmatico. W. è l'unica figlia di una donna, descritta come molto bella, che ebbe importanti complicazioni al momento del parto tanto che sia la madre che la figlia dovettero restare ricoverate per un certo tempo. Questa situazione provò molto la madre che, nel primo anno di vita di W., la affidò spesso alle cure del padre (definito come persona assente e distaccata – e che era spesso assente per lavoro) o dei nonni paterni. Non l'allattò al seno. La madre diceva spesso in pubblico che aveva quasi rischiato di morire a causa del parto e questo era visto da W. come un modo per valorizzare se stessa e far sentire in colpa la figlia. W. aveva iniziato ad invidiare il seno della madre (più voluminoso del suo) e quindi aveva fatto un primo intervento a 20 anni, dopo essersi laureata ed aver trovato lavoro. Arrivò in terapia all'età di 30 anni, dopo aver partorito a sua volta, per un problema depressivo. Trovava difficile adattarsi alla dipendenza della sua bambina e non l'allattava al seno. Dubitava persino sull'interesse del marito per la sua salute, nonostante fosse stato proprio il marito ad aver insistito perché W. iniziasse una terapia. W. giungeva a pensare che le preoccupazioni del marito fossero strumentali rispetto all'ansia di doversi occupare personalmente della bambina nel caso lei dovesse essere ricoverata. W. aveva un enorme problema ad accettare la dipendenza dall'oggetto. Nonostante le tre sedute settimanali, Lemma avvertiva una grande difficoltà ad aiutarla. In una fantasia emersa in seduta, W. si era creata uno scenario in cui era l'analista ad avere bisogno di lei. La terapeuta aveva bisogno di denaro in quanto doveva pagare da sola un mutuo dopo essere stata lasciata dal marito. Era lei ad avere "i seni piccoli"! W. sentiva se stessa come colei che aveva preso alla madre qualcosa di prezioso, come se le avesse "tolto la vita". La madre non era stata in grado di gestire questa situazione, rafforzando nella figlia l'idea del danno arrecatole con tutti i sensi di colpa che ne erano scaturiti. Da bambina era stata molto ferita dall'allontanamento della madre che aveva ripreso i suoi studi universitari quando lei frequentava le scuole elementari. Un altro momento molto significativo fu quando, guardando nei cassetti della madre per cercare una collana che le serviva per un gioco, vide diverse boccette di farmaci. Le sue ansie rispetto al danno provocato al corpo della madre vennero rinfocolate perché nel guardare nei suoi cassetti (metaforicamente l'interno del corpo della madre) aveva scoperto il danno provocato. W. utilizzava una difesa di tipo maniacale nel volersi ingrandire il seno, per ricostruirlo in

quanto sentito come leso, negando la dipendenza dall'oggetto. Identificandosi con la madre danneggiata, l'intervento aveva il significato di riparazione del danno arrecato. Il seno che W. aveva interiorizzato era rancoroso, la biasimava per aver bisogno di lui. Si sentiva in debito, non poteva provare gratitudine per il fatto che la madre fosse tornata a svolgere appieno la sua funzione in famiglia. L'intervento di accrescimento del seno le aveva dato un sollievo temporaneo, liberandola dal senso di perdita, dall'odio e dalla colpa, facendole sentire di non dovere nulla alla madre. Ma la sua neomaternità l'aveva fatta ricadere nel vecchio modo di sentire.

Una parte del testo si occupa della *body art* e di alcuni suoi protagonisti più noti. Mi pare che in questo caso la fantasia di autocreazione raggiunga (e talvolta superi) i limiti del rispetto per il proprio corpo con eccessi in cui la ricerca del sensazionalismo ed il successo commerciale giocano, secondo me, la parte più rilevante. Nel Capitolo VII, dal titolo "Botulinizzare l'esperienza", viene affrontato il tema molto rilevante dei trattamenti anti-età. Il perseguimento della bellezza imperitura che sconfigge il passare degli anni e ci rende sempre piacevoli e performanti è un altro dei target dei trattamenti estetici. Avviene talora che una parte psicotica del Sé trionfi tentando di cancellare ogni debolezza e ogni fragilità (quale è il passare degli anni) e voglia creare un essere perfetto, completamente indipendente da tutto e da tutti. Il corpo che non invecchia diventa una modalità di ritiro, un rifugio dalla sofferenza psichica di ogni genere. Si chiede Lemma, in modo provocatorio, perché spendere tempo e denaro con la psicoterapia se il chirurgo plastico, in breve tempo e con minor sforzo, può dare un nuovo Sé, completamente nuovo ed indipendente? La chirurgia, agendo metaforicamente sul Sé, può svelare angosce paranoide. La nuova parte del corpo può essere sperimentata come estranea. Alcuni pazienti sviluppano l'angoscia di aver alterato qualcosa che appartiene ad un altro.

Nel Capitolo VIII, "Inchiostro, buchi e cicatrici", viene affrontato un altro snodo fondamentale, cioè quello dell'adolescenza, fase in cui il corpo viene spesso sentito come inadeguato, causa di grandi sofferenze. Esso può rappresentare un emblema attraverso cui presentificare il proprio disagio. Piercing e tatuaggi durante l'adolescenza hanno il significato di separarsi dal proprio Sé bambino in favore della creazione di un Sé adulto ed autonomo dai genitori. E' un modo per esprimere il vero Sé, far emergere elementi nascosti e importanti della propria autentica natura. Ha il significato di un "rito di passaggio" dove la scarificazione della cute ed il conseguente dolore segnano il passaggio all'età adulta. Ciò riconduce a pensare ad una riappropriazione di elementi rituali di altre culture. Segnando con un tatuaggio il proprio corpo se ne assume il controllo totale e ce ne si prende cura. Secondo quanto teorizzato da Anzieu, l'*Io pelle* viene visto dal bambino come il contenitore dell'apparato psichico nascente e parte del confine/contatto protettivo con la pelle materna. Secondo la sua esperienza, Lemma sostiene che il tatuaggio ha più spesso il significato di marcare il Sé come diverso da un altro interno/esterno. Il corpo è poi, costitutivamente, il luogo dell'incontro con l'altro (o

del rifiuto). Anche in adolescenza, il corpo può diventare luogo di “ritiro psichico” (Steiner 1993, pag. 11).

Vi sono poi alcune persone per le quali la modificazione estesa del corpo ha il significato di scioccare e trionfare sull’oggetto. Lemma racconta il caso di J., un uomo molto alterato nel fisico dall’uso passato di droghe e da pratiche anche violente di modifica del corpo (si infliggeva cicatrici sul volto, bruciature). In più, si presentava in seduta non lavato e producendo un cattivo odore che rimaneva a lungo nella stanza. Era un modo, assai scioccante, di testare la capacità di resistenza della terapeuta e la sua possibilità di domandarsi quale egli avrebbe potuto essere (cioè una persona gradevole ed intelligente), se non si fosse alterato così; proprio questo vissuto controtrasferale costituì la base della terapia.

Concludendo, Lemma riassume i vari significati che le modificazioni corporee possono assumere:

- negazione della separazione e della perdita: il desiderio è quello di fondersi con l’oggetto (rifiuto di elaborare il lutto della perdita);
- tentativo estremo di separazione (fantasia di autocreazione e rivendicazione);
- tentativo di ritiro nell’autosufficienza (rifugio psichico, in analogia con l’anoressia): il corpo, con la sua modificabilità, si presta bene a questo progetto;
- tentativo di distrarre l’altro da un corpo sentito come fonte di vergogna (dismorfofobia);
- tentativo di porre un freno ad un senso di frammentazione;
- tentativo di punire l’oggetto sottoponendolo a visioni sconvolgenti (caso di J.).

L’influenza dello sviluppo tecnologico e della realtà virtuale tende ad allontanarci dalla corporeità e dalle relazioni interpersonali in favore dell’immaterialità. Le relazioni umane diventano a-corporee, fondate sulla distanza. Specie tra i giovani, la dimensione fisica delle relazioni viene spesso sentita come pericolosa e spaventosa. Ma, afferma l’autrice, “Il corpo porta sempre le tracce dell’altro” (p. 205). E’ questa una realtà che, in una società che spinge verso l’individualismo competitivo e l’autosufficienza, è particolarmente difficile da accettare e da vivere nei suoi aspetti positivi di apertura, accettazione e scambio.

Bibliografia

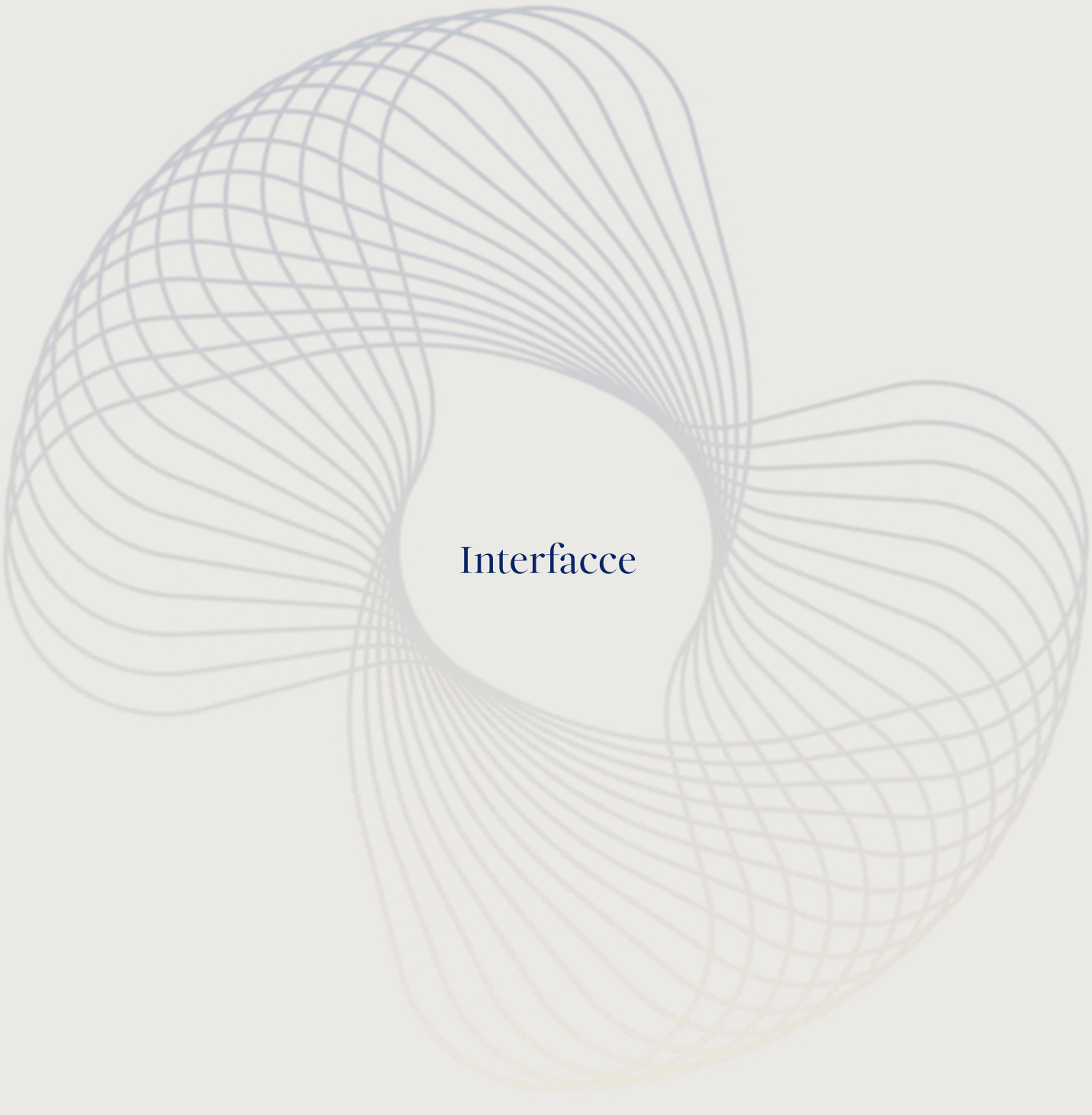
Brosio, C. (2025). “Transfert e corpo”. *Psicoanalisi Contemporanea*, V- (1) -2025, pp. 28-38.

Lemma, A. (2010). *Under the skin: A psychoanalytic study of body modification*. Taylor Francis & Routledge, London. Trad. it. *Sotto la pelle: psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.

Lemma, A., Target, M. & Fonagy, P. (2011). *Brief Dynamic Interpersonal Therapy: A Clinician's Guide*. Oxford University Press, London. Trad. it. *Terapia dinamica interpersonale breve*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012 (nuova edizione 2018).

Lemma, A. (2015). *Minding the Body. The body in psychoanalysis and beyond*. Routledge, London. Trad. it. *Pensare il corpo. L'esperienza corporea in psicoanalisi e oltre*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2018.

Steiner, J. (1993). *Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. Trad it. M.A. Schepisi, *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Milano, 1996.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, curved lines that intersect to form a central, irregularly shaped void. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some lines appearing to curve around the central space. The overall shape is somewhat circular but with elongated, flowing edges. The lines are a light, muted blue-grey color.

Interfacce

Siblings: dare fiato alle corde più profonde della disabilità

Catia Lucchetta, Andrea Zanusso

INTRODUZIONE

“Mio fratello...”, “mia sorella...” sono espressioni comuni nell’esistenza delle persone, sono termini che si affacciano nella nostra vita, ci accompagnano e sono preludio di un concetto ancora più fondamentale e fondante per l’esistenza umana: “la mia famiglia”.

La relazione tra fratelli e sorelle può essere considerata un vincolo, ovvero un legame di lunga durata, tra individui appartenenti allo stesso nucleo familiare (Scabini & Cigoli, 2000) in cui, nel ruolo di fratelli e di pari, condividono una storia comune con le generazioni precedenti. Non a caso il termine *sibling*, che in inglese significa genericamente “fratelli e sorelle”, venne scelto negli anni ‘90 dalle prime associazioni di persone con un fratello con disabilità per indicare il loro essere fratelli e sorelle speciali, ovvero in una modalità non comune, con caratteristiche specifiche.

A livello globale, il *World Report on Disability* ha stimato che oltre un miliardo di persone – circa il 15% della popolazione mondiale – conviva con forme di disabilità (World Health Organization, 2011), suggerendo una significativa diffusione del fenomeno *siblings*. Nel contesto italiano, i dati ISTAT indicano la presenza di circa 13 milioni di persone con disabilità, di cui oltre 3 milioni in condizione grave (ISTAT, 2022), implicando un numero considerevole di *siblings* tuttora poco riconosciuti nelle politiche sociali ed educative.

Storicamente, la ricerca ha privilegiato il ruolo genitoriale, sottovalutando la dimensione fraterna; tuttavia, nel corso del nuovo millennio, si è consolidata l’attenzione verso i *siblings* in quanto co-protagonisti del benessere familiare e portatori di specifiche traiettorie evolutive (Meadan, Stoner, & Angell, 2010).

Anche nella nostra attività professionale, sia sociale che clinica, abbiamo osservato che, di fronte a nuclei familiari in cui è presente una persona con disabilità media o grave, si tenda a sottovalutare le condizioni di salute dei fratelli: l’assenza di problematiche riferite dai genitori (andamento scolastico positivo, buona socializzazione, autonomia precoce, attenzione alle necessità del fratello o della sorella fragile) inibisce un’indagine più approfondita e attenta delle reali necessità dei *siblings*.

La letteratura internazionale documenta caratteristiche distintive dei *siblings*, quali una precoce maturità emotiva, un senso di responsabilità accentuato, oltre a competenze relazionali e di *problem solving* sviluppate in misura superiore rispetto alla media. Parallelamente, si evidenziano vissuti complessi quali gelosia, percezione di esclusione e preoccupazione per il futuro del fratello o della sorella con disabilità, riflettendo la natura ambivalente della loro

esperienza (Hastings, 2014).

Le ricerche a metà degli anni '80 hanno mostrato che il legame fraterno resta vivo con fasi alterne per tutta la vita, anche se si può parlare di un distanziamento maggiore nel periodo di vita adulta con i matrimoni, gli impegni lavorativi e le responsabilità genitoriali di ciascuno, mentre riprende l'intensità dell'infanzia (infatti si tratta di un distacco "revocabile") sia in caso di eventi particolarmente critici (malattie, lutti, problemi finanziari o affettivi), sia nell'età anziana (Valtolina, 2004).

Sul piano empirico, studi su dati rappresentativi hanno rilevato una maggiore incidenza di problematiche comportamentali ed emotive tra *siblings* di bambini con disabilità. Goudie, Havercamp, Jamieson e Sahr (2013), ad esempio, hanno osservato che i fratelli e le sorelle presentano probabilità significativamente più elevate di sviluppare sofferenze funzionali rispetto ai coetanei provenienti da famiglie senza disabilità. Risultati analoghi emergono anche da altre ricerche, che hanno evidenziato un rischio maggiore di diagnosi di disturbi mentali per i fratelli e le sorelle di bambini con disabilità dello sviluppo, indipendentemente dal livello socioeconomico (Meltzer, Gatward, Corbin, Goodman, & Ford, 2013). Parallelamente, una revisione sistematica ha evidenziato il ruolo di fattori protettivi come strategie di *coping* efficaci e supporto sociale nel favorire un adattamento positivo (Moyson & Roeyers, 2011).

Dondi (2018) mette a fuoco alcuni elementi caratterizzanti del legame tra fratelli che possono essere messi in discussione dalla presenza di una disabilità: rivalità, gelosia, invidia, conflitto, ma anche attaccamento e condivisione.

In conclusione, l'esperienza dei *siblings* è caratterizzata da una complessa coesistenza tra potenziali risorse, come maturità, empatia e abilità relazionali, e fragilità emotive o funzionali. Ci siamo resi conto, quindi, di quanto sia indispensabile avviare interventi mirati che valorizzino le potenzialità individuali e familiari, contribuendo a ridurre le difficoltà ad esse connesse.

LA NOSTRA ESPERIENZA

L'iniziativa "Dare voce ai *siblings*" della *Fondazione Paideia onlus* di Torino ha dato avvio al nostro lavoro con i *siblings*, grazie ai corsi di formazione condotti da Sara Barbera e Sabrina Gherzi in collaborazione con Andrea Dondi, che hanno lavorato sin dai primi anni del 2000 per diffondere ed adattare al contesto italiano la metodologia dei *Sibshop* e dei *Sibworks*¹.

Nel 2015 abbiamo avviato un progetto nel nostro contesto territoriale con un programma di sensibilizzazione per saggiare l'interesse e reclutare i primi facilitatori. Ispirate dal Coordinamento 'Dare voce ai *siblings*', in quegli anni sono sorte diverse iniziative simili nel contesto piemontese, culminate nel congresso internazionale "Hey brothers!" a Torino nel 2016 che ha visto tra i protagonisti proprio gli ideatori del nostro metodo di conduzione dei gruppi per *siblings*: Don Meyer e Kate Strohm.

Don Meyer e Patricia Vadasy, ideatori del Sibshop (risultato della fusione delle parole sibling e workshop) propongono ai siblings momenti di svago, opportunità di incontro con altri siblings, condivisione di esperienze, individuazione, attraverso il confronto, di strategie per la gestione di alcune difficoltà tipiche dei fratelli.

L'australiana Kate Strohm, altra autrice importante a livello internazionale, propone i Sibworks, ovvero un programma articolato in sei incontri cadenzati attraverso attività con obiettivi specifici con due conduttori più alcuni facilitatori a seconda del numero dei partecipanti (Strohm, Nesa, 2005). Alcuni tra gli scopi del programma sono:

- o Fornire un'esperienza divertente
- o Fornire ai fratelli l'opportunità di incontrare altri fratelli e di imparare che non sono soli nella loro esperienza
- o Aiutare i fratelli a sviluppare una migliore comprensione dei bisogni speciali dei loro fratelli/sorelle, così come di altri bisogni speciali
- o Rafforzare la comunicazione tra i fratelli e le loro famiglie e i loro amici
- o Aiutare i fratelli a sentire che sono speciali e valorizzati non solo nelle loro famiglie ma anche nella comunità
- o Assistere i fratelli nell'identificare i sentimenti positivi e quelli negativi di essere un fratello di qualcuno che ha una disabilità
- o Procurare un'opportunità per i fratelli di condividere i propri sentimenti con altri che possono capire, in un contesto protetto
- o Assistere i fratelli nello sviluppo di abilità attive di adattamento per gestire le sfide che possono dover affrontare come ad esempio la derisione, sentirsi ignorati o imbarazzati.

(Strohm, Nesa, 2005).

“L'utilità di questi programmi è ormai comprovata da una lunga esperienza sul campo, anche in situazioni molto diverse culturalmente. L'idea di fondo consiste nel ritenere possibile il ridimensionamento della traumatizzazione del sibling con una attività di prevenzione secondaria. La creazione di occasioni correttive in contesti protetti permette al sibling, in una condizione identitaria ancora fluida e malleabile, di sciogliere alcuni nodi irrisolti e/o di rafforzare alcune abilità sociali utili nel proseguo dello sviluppo” (Dondi, 2018).

Dopo anni di attività professionale sul campo con le famiglie di minori con disabilità, la partecipazione al convegno, sia come uditori che come portatori delle prime esperienze con

i *siblings*², ci ha consentito di aprire nuove chiavi di lettura, nuove opportunità di crescita e nuove possibilità di avvicinarsi alle persone con cui lavoravamo: **essere *siblings* è un'esperienza che dura tutta la vita**, e da questa affermazione, che aleggiava in tutto il convegno, abbiamo compreso quanto fosse importante riportare questo pensiero, riflettere con i nostri colleghi e collaboratori su un'iniziativa che indirizzasse le giuste attenzioni anche ai fratelli e alle sorelle dei nostri assistiti.

ESSERE *SIBLINGS*: IL PROGETTO

La promozione e la partecipazione ai gruppi *siblings* con i bambini ed i ragazzi è sicuramente un'esperienza impegnativa, ma altrettanto arricchente, e possiamo considerarla di tipo preventivo (WHO, 1986). Per questo motivo richiede capacità di lavoro al di fuori degli schemi convenzionali, delle prassi consolidate dove gli ideatori e i conduttori sono chiamati ad impegnarsi in attività che prevedono l'abbandono degli spazi conosciuti negli ambulatori e negli uffici, dei ruoli istituzionali e dei confini relazionali con le persone che si rivolgono ai servizi. I bambini chiedono al professionista di riuscire a ricollocarsi con nuovi ruoli, di vestire gli abiti di un operatore che sa stare a fianco, che può offrire altre prospettive di osservazione ed una maggiore conoscenza delle persone e del loro contesto di vita, in un'ottica di lavoro preventivo rivolto alla promozione del benessere. Dall'altra parte, anche i bambini e le loro famiglie possono sperimentare nuove modalità di relazione e di comunicazione con gli operatori dei servizi: giocare con l'assistente sociale o l'educatore di mio fratello è uno strumento potente che crea vicinanza.

La nostra condizione di operatori che già lavoravano nell'ambito della disabilità è stata fondamentale per diffondere la proposta di una attività di questo tipo sul territorio della prima cintura di Torino, nell'area Nord-Est. Così dall'iniziativa di Barbara Fantino, responsabile dell'area disabili dell'*UnioneNET*, che si è fatta promotrice dell'attivazione di un tavolo di collaborazione con l'*ASLTO4* Distretto di Settimo T.se, i Servizi Socio-assistenziali Area Disabili del *CISA*, *CISS* e *UnioneNET* e la *Fondazione Paideia*, abbiamo organizzato una prima giornata di sensibilizzazione finalizzata alla formazione di facilitatori e animatori di attività con fratelli e sorelle di disabili, con l'obiettivo di facilitare e favorire una maggiore collaborazione con i servizi sanitari e sociali in rete a cui hanno partecipato 45 persone.

LA NASCITA DEL GRUPPO DI LAVORO: I FACILITATORI

Il modello maturato all'interno del Coordinamento 'Dare voce ai *Siblings*', a cui facciamo riferimento, prevede la costituzione di un gruppo di 'facilitatori', ossia di persone che decidono di aderire al progetto di sostegno ai *siblings* su base motivazionale ed esperienziale. In particolare vengono valorizzate le caratteristiche dell'esperienza personale, dando importanza

alla capacità di far convergere conoscenze, professionalità, ruoli differenti, vissuti personali nella conduzione dei gruppi con il compito di:

- o **Creare uno spazio di ascolto e condivisione**

Organizzare incontri di gruppo (o individuali) in cui i *siblings* possano esprimere le proprie emozioni, condividere esperienze, sentirsi compresi da altri che vivono situazioni simili

- o **Promuovere il benessere emotivo**

Aiutare i *siblings* a riconoscere e gestire emozioni complesse (colpa, gelosia, rabbia, senso di invisibilità, preoccupazione per il fratello/sorella, ansia per il futuro, ecc.)

- o **Fornire informazioni e risorse**

Dare strumenti per comprendere meglio la disabilità, i bisogni del fratello o della sorella, le risorse disponibili sul territorio, come servizi, associazioni, supporti psicologici

- o **Favorire la crescita personale e di autonomia**

Stimolare nei *siblings* il riconoscimento della propria identità, dei propri bisogni, non solo del ruolo di fratello/sorella. Aiutarli a coltivare interessi, relazioni, progetti di vita personale

- o **Coordinare gruppi / facilitare attività**

Progettare e condurre incontri (laboratori, attività ludiche, momenti riflessivi) in forma appropriata all'età dei partecipanti; assicurarsi che tutti abbiano voce; gestire dinamiche di gruppo; supportare la coesione e la sicurezza emotiva

- o **Creare un collegamento con chi si occupa dei *siblings***

Interagire con genitori, operatori, insegnanti per sensibilizzare, dare consulenza o supporto anche a livello familiare, affinché i *siblings* siano riconosciuti e sostenuti anche dentro la famiglia.

Dopo la giornata di sensibilizzazione nel maggio 2017 realizzammo la formazione con sedici partecipanti, suddivisi tra otto educatori, cinque assistenti sociali e due operatrici socio-sanitarie. Questo aspetto diviene un *unicum* nel contesto dei progetti sul territorio piemontese: il nostro è l'unico gruppo, ancora oggi dopo un secondo ciclo di formazione nel 2024 con quindici partecipanti, composto interamente da persone che lavorano già con la disabilità e che conoscono le famiglie di provenienza dei *siblings*. Quest'ultimo aspetto, di cui inizialmente non ci rendemmo molto conto, in realtà diventerà fondamentale per creare un clima di circolarità tra servizi, famiglie e *siblings* che, siamo ora convinti, ha dato stabilità, linearità e compattezza al progetto, facilitando il dialogo, lo scambio di informazioni, consentendoci di avere *feedback* rapidi per modificare, ricalibrare le attività dei gruppi, ma anche di valutare,

nel corso del tempo, gli effetti di questa iniziativa.

L'elevato numero di adesioni ci ha anche consentito, a differenza di altre realtà, di avviare gruppi con i *siblings* con un alto numero di facilitatori per gruppo (fino a otto), favorendo una condivisione e suddivisione dei compiti nell'organizzare le attività che ha reso più piacevole e "leggera" la partecipazione. Se qualcuno non riesce in qualcosa qualcun altro del gruppo può aiutare e se si crea questo clima tra adulti, i bambini e i ragazzi lo percepiranno e lo faranno loro. Abbiamo anche constatato che la presenza di più facilitatori non rappresenta una fonte di disagio, in quanto tutti partecipano alla pari nelle attività. Giocare insieme è una caratteristica importante del gruppo *siblings*: i facilitatori propongono i giochi, ma soprattutto si mettono in gioco partecipando attivamente, permettendo la sperimentazione di uno spazio ludico protetto e sicuro, dove anche gli adulti si divertono, corrono e fanno il tifo.

Ma oltre il gioco, la presenza di più figure adulte consente il distacco dal gruppo per offrire uno spazio di ascolto o di consolazione individualizzato: al termine di un'attività di gioco, è accaduto in vari gruppi e in diverse occasioni che un bambino si distaccasse, magari rannicchiandosi sul divano, assumendo una posizione di chiusura e di mutismo ostinato, rifiutando di partecipare alle attività successive. Avere un facilitatore che affianca il bambino, che lo accompagna magari in bagno con la scusa di rinfrescarsi e poter guadagnare uno spazio più intimo, diviene fondamentale per il percorso di accoglienza e cura delle emozioni che possono emergere. Il facilitatore, con calma, apre alla manifestazione di sofferenza. Talvolta ad alcuni è sufficiente quel momento di vicinanza, altri chiedono di poterne parlare con il gruppo e quindi è compito dell'adulto aiutarli nel trovare le parole, la modalità per condividere quei sentimenti. Spesso il gruppo, di fronte alla difficoltà raccontata, si apre e molti intervengono a turno per raccontare i loro vissuti, le loro esperienze, fornendo un supporto unico e potente al compagno in difficoltà.

Un ulteriore arricchimento in questo ultimo giro di gruppi è stata la partecipazione come facilitatrice di una giovane ragazza che aveva partecipato al nostro primo gruppo della scuola media primaria. Carola, ora studentessa universitaria, nel corso degli anni ha sempre mantenuto la relazione con il proprio gruppo e con noi e alla proposta di affiancarci ha aderito con entusiasmo. Un'esperienza pertanto arricchente per i bambini che hanno potuto conoscere una *sibling* più grande, la quale si è presentata loro come facilitatrice, ma ha anche partecipato alle attività portando i suoi personali vissuti rispetto alla disabilità e alla relazione con la sorella.

Ad ogni incontro viene dedicato un momento di definizione e organizzazione, con la suddivisione dei compiti affidati ai facilitatori, per cui c'è chi introduce alle attività, chi spiega i giochi, chi si occupa del materiale o acquista le merende, chi monitora il tempo per gestire al meglio la giornata. I compiti sono a rotazione, ma è anche possibile candidarsi ad una attività o a un gioco in base anche alle preferenze personali. Al termine dell'incontro viene dedicato uno spazio di *debriefing* per analizzare l'incontro, evidenziando ciò che ha funzionato e ciò

che sarebbe opportuno migliorare. In questo modo si cerca di rielaborare insieme l'accaduto in una prospettiva di crescita sia personale che del gruppo di lavoro e si possono attenuare eventuali tensioni che possono essersi create.

I GRUPPI CON I BAMBINI E I RAGAZZI

La cosiddetta fase di reclutamento diviene il momento cruciale per l'avvio dell'attività e prevede vari momenti: la sensibilizzazione degli operatori sanitari e sociali per suggerire le situazioni a cui poter proporre l'iniziativa, la comunicazione alle famiglie, la costituzione dei gruppi in base all'età e la provenienza territoriale. Un aspetto fondamentale, data la caratteristica intrinseca di questa tipologia di gruppi che potremmo definire di tipo socializzante, è che non è consigliabile la partecipazione di *sibling* in cui si sia palesata una sofferenza conclamata o un disturbo strutturato. Il bambino o il ragazzo sofferente possono, involontariamente, alimentare tensioni, aprire a vissuti poco piacevoli per gli altri partecipanti, creando condizioni irrisolvibili nel corso dei soli sei incontri programmati, per cui queste situazioni si preferisce indirizzarle ai servizi preposti. Quindi la raccolta di informazioni sul *sibling* deve essere approfondita e trasparente per consentire di evitare spiacevoli intoppi.

L'arrivo delle prime adesioni concretizza l'opportunità di partire con il nostro gruppo, abbiamo l'elenco dei nomi dei bambini, la loro età, dove vivono, com'è composta la loro famiglia, che tipo di disabilità caratterizza il fratello o la sorella, che informazioni ha il bambino, cosa sa, cosa gli è stato raccontato della disabilità. Di fatto, sino a quando le informazioni sono sulla carta sappiano davvero poco di loro, le notizie non sono mai abbastanza per poter immaginare davvero chi siano i bambini che parteciperanno, come arriveranno e come vivranno l'esperienza del gruppo e quali saranno le loro possibili fragilità o le loro risorse. La programmazione meticolosa dell'incontro con le attività, i tempi da rispettare, quanti e quali giochi proporre, come curare il momento dell'accoglienza per far sentire i bambini sin da subito in un luogo protetto, non è sufficiente a contenere i dubbi su possibili difficoltà che si dovranno affrontare; l'entusiasmo dell'avvio e la curiosità di conoscere chi arriverà al primo incontro, convivono con il timore di come andrà.

In questi anni la nostra attività si è concentrata in due fasce di età 8-10 e 11-13 anni con 20 partecipanti nel 2018 e con gruppi di proseguimento (fino a un massimo di tre all'anno) che continuano tutt'ora con circa sette partecipanti a incontro. Alla riproposta di un nuovo percorso nel 2024 hanno aderito diciassette minori. Ma abbiamo ricevuto richieste e interesse anche da fasce più grandi e speriamo, in futuro, di poter accogliere anche la fascia di età che va dai 15 ai 18 anni.

L'ATTIVITÀ CON I *SIBLINGS*

Gli incontri durano tre ore nella fase di fondazione del gruppo e sono cadenzati con un intervallo massimo di tre settimane, in un periodo non troppo affollato da festività e vacanze da scuola. Vengono affrontate tematiche specifiche, prendendo spunto dai *Sibworks* di Kate Strohm (2005):

Primo:	Cominciare a conoscersi
Secondo:	Esplorare le differenze
Terzo:	Sentimenti amichevoli e sentimenti non molto amichevoli
Quarto:	Come “eliminare” i problemi
Quinto:	Alleviare le preoccupazioni
Sesto:	Ripartire più forti e più supportati

Successivamente l'attività prosegue con i gruppi di mantenimento che possono tenersi dalle due alle quattro volte in un anno con durata dalle due alle tre ore, in base alle esigenze e alle disponibilità.

Negli anni abbiamo costruito dei veri e propri quaderni di lavoro, in cui per ogni tema affrontato ci sono proposte di attività e giochi specifici per argomento e per età. Questo ci ha permesso di tenere memoria del lavoro svolto e di avere del materiale pronto per un successivo gruppo, o da condividere con il gruppo di Coordinamento ‘Dare voce ai *siblings*’ per offrire nuovi spunti e varianti.

L'esperienza con i gruppi di bambini e di preadolescenti ci ha insegnato come sia importante rimodulare la programmazione del gruppo nel corso dell'incontro, con un buon grado di flessibilità e soprattutto con un buon livello di sintonia e velocità di comunicazione fra i facilitatori del gruppo. Non è semplice entrare nella stanza che abbiamo preparato per accoglierli: si guardano intimoriti, qualcuno manifesta apertamente la propria reticenza nascondendosi dietro il genitore, abbraccia la vita della mamma, altri cercano volti noti, si avvicinano a chi magari frequenta la stessa scuola. Emblematico è l'esempio di Marco che entra con il cappellino di lana calato sino agli occhi, si guarda intorno a capo chino e scruta appena la punta delle sue scarpe. Il grado in cui il cappellino salirà liberando alla vista i suoi occhi ci darà in qualche modo la misura del buon andamento del nostro primo incontro.

Alcune attività più specifiche, ovvero quelle che prevedono la riflessione, il racconto e la condivisione dell'esperienza con i fratelli o le sorelle disabili, sono più faticose da pensare, da raccontare e condividere con tutto il gruppo; è necessario pertanto alternarle a momenti di gioco, attività di movimento o con la merenda che rappresenta sempre un momento atteso e, anche in questa occasione, l'attenzione per chi ha intolleranze o allergie rinforza il senso di inclusione. Tra i vari episodi, è anche accaduto che il momento della merenda fosse es-

senziale per una bambina, la più chiusa e solitaria, sino a quando abbiamo compreso che la svogliatezza che la caratterizzava durante le attività si presentava sempre quando arrivava con il padre, il quale probabilmente l'accompagnava frettolosamente priva della colazione al risveglio.

Il tema della flessibilità nel proporre le attività e dell'intesa fra facilitatori è un aspetto importante in quanto presuppone la creazione di un clima di fiducia verso gli altri adulti presenti: se un facilitatore ha avuto un'intuizione, un'idea o ha percepito un malessere, è bene fidarsi, anche al volo. Il nostro gruppo di lavoro nel clima di fiducia e serenità instaurato, dove non erano presenti conduttori esperti che dirigevano e dettavano i tempi, ma tutti egualmente potevano proporre ed intervenire nell'attività, è riuscito a trasmettere un clima di serenità anche ai più piccoli, i quali già al secondo incontro riuscivano a dichiarare "questo è un posto sicuro!".

Il rimodulare le attività nel corso degli incontri rispetto a quanto programmato permette di cogliere le esigenze e le richieste dei bambini: in base alle caratteristiche individuali e all'età si cerca un equilibrio tra le attività, i giochi, lo scambio di pensieri attraverso la parola e le attività di movimento. La dinamica passa da più giochi e possibilità di movimento nei primi incontri, a più attività di riflessione e scambio verso la fine del percorso. Questa modalità di gestire il gruppo rappresenta uno spazio prezioso privo di aspetti competitivi, prese in giro ed è rafforzato dall'opportunità di libertà di movimento. Da quanto espresso dai nostri piccoli, per molti di loro, nella quotidianità sono davvero poco presenti occasioni di gioco protetto, poche le occasioni di socializzazione senza la paura di essere esclusi, per questo il gruppo diventa sin dall'inizio un momento molto atteso.

Per fare un esempio, nel primo incontro con i più piccoli, dopo l'ultimo gioco (palla avvelenata con le paure) e le ultime corse nel salone, abbiamo constatato che si era creata un'atmosfera che si potrebbe definire magica tra i bambini che, in realtà, si erano incontrati per la prima volta: invitati a sedersi al tavolone per continuare ad abbellire le loro cartelline (attività di accoglienza e di cristallizzazione delle esperienze per la capsula del tempo che viene consegnata a fine percorso), i bambini si sono velocemente accomodati iniziando a colorare, scambiandosi i colori e chiedendo di poter scegliere una musica di sottofondo. I genitori, che avevano accompagnato tre ore prima dei bambini spaventati e in lacrime, li hanno ritrovati seduti ad un tavolo a colorare e ritagliare insieme, con tre bambine che cantavano la canzone che avevano scelto. Un momento di particolare serenità e pace che ha regalato benessere a tutto il gruppo: nessuno voleva più tornare a casa.

Con i più grandi capita che non parlino inizialmente della disabilità del fratello o della sorella, pur presente nelle loro vite in modo importante nella quotidianità. Il riconoscersi accomunati da una condizione speciale, la sensazione di uno scambio empatico positivo, il comprendere e riconoscere le fatiche e le rinunce ha aperto ad un dialogo profondo, inusuale per loro, con espressioni quasi criptate, decifrabili da pochi. Questo aspetto ha consentito la fondazione

del gruppo, il riconoscersi uguali nelle differenze e poter, finalmente, aprirsi al confronto, al disvelamento di un segreto spesso molto ben custodito.

Le attività che prevedono l'espressione delle emozioni aprono alla spontaneità e sono sempre gradite, sia dai più piccoli che dai più grandi. I momenti di pensiero e riflessione vedono la ricerca di luoghi più appartati, di situazioni comode che favoriscono la riflessione, lo scambio a due per poi riportare al gruppo. Sedersi in cerchio segna l'avvio dell'incontro, il rito che ricrea il clima di fiducia con il quale ci siamo lasciati tre settimane prima e rinsalda le regole date per partecipare serenamente al gruppo e consolidare l'obiettivo del posto sicuro. Queste vengono concordate sin dal primo incontro e ricordate a tutti gli incontri successivi, ma non è il facilitatore adulto che le presenta, anche con cartelloni colorati ed accattivanti da appendere al muro, bensì è tutto il gruppo a pensarle e proporle, ognuno può dire cosa può servire per stare bene tutti insieme, ed ognuno può scriverlo sul cartellone da appendere e da abbellire ad ogni incontro. Nei nostri gruppi i partecipanti includono sempre tra le regole di partecipare agli incontri, ascoltare gli altri, non prendere in giro e rispettare tutti, mantenere la confidenza di ciò che viene detto dagli altri.

Questo clima consente ai bambini di poter esprimere ciò che sono, di misurarsi in una dimensione di esplorazione del sé, per cui ci sono bambini molto propositivi, a volte anche super attivi, che intervengono liberamente nei momenti di dialogo, che propongono un gioco che li ha divertiti a scuola da condividere con i nuovi amici. Ma ci sono anche bambini più timidi e riservati, che faticano ad esprimersi in gruppo e a verbalizzare i loro pensieri, forse inibiti da una sofferenza che faticano ad elaborare. Questi bambini tornano al gruppo, comunque, sempre puntuali e, seppure silenziosi, ascoltano e sono sempre molto attenti. L'esperienza dell'ascolto dei racconti e dei vissuti altrui è sempre un valore che il bambino potrà portare con sé. Le attività proposte attraverso il gioco o i lavori in piccolo gruppo, offrono anche la possibilità di misurare subito lo stato d'animo dei bambini e capire se sono intervenuti eventi significativi nelle loro vite: qualcuno racconterà della preoccupazione per il fratello ricoverato per un'improvvisa crisi epilettica, dello spavento dei genitori e della vita scombussolata di tutta la famiglia. Qualcun altro della delusione per un brutto voto a scuola o per non aver vinto una gara.

Anche nella presentazione delle attività è richiesto estro, intuito ed elasticità: è capitato che in un gruppo i cartelloni appesi al muro dove potevano scrivere o disegnare non erano mai molto graditi, era palese la svogliatezza nell'eseguire il compito proposto e la fatica nel trovare parole da scrivere o figure da incollare, come se l'attività venisse percepita al pari di un compito scolastico. I cartelloni posti per terra, dove tutti loro potevano scrivere restando seduti o sdraiati sul pavimento, al contrario, catturavano subito la loro attenzione: il cartellone bianco ed i pennarelli sparpagliati in terra diventavano subito un'attrazione per i *siblings* che, scegliendo la posizione preferita, si raggruppavano attorno al foglio per lavorare in un clima di particolare cooperazione.

La merenda rappresenta un *jolly* speciale, in quanto può essere il momento in cui ci si rilassa, ci si muove liberamente negli spazi, si sceglie con chi condividere le patatine ed anche per i facilitatori è un momento in cui condividere aspetti più personali per rendere più caloroso il contesto. Ma attenzione ai più piccoli: è anche capitato che un bambino si abbuffasse di dolci e succhi di frutta e poi corresse in bagno per il mal di pancia. L'attenzione dei facilitatori non può prendersi pause!

IL RIMANDO DEI GENITORI

È importante, dicevamo, il dialogo con i genitori, e tra gli argomenti su cui i genitori si aprono più volentieri è quello sul rimando: spesso ci dicono che i figli, inizialmente riluttanti e sospettosi, non vedono l'ora di tornare al gruppo e alcuni già pensano con dispiacere al termine degli incontri predefiniti. Una coppia di genitori racconta che persino le insegnanti avevano chiesto loro se avessero “cambiato figlia”, poiché la ragazzina era diventata molto più partecipativa all'interno del gruppo classe, superando inaspettatamente ed in un breve arco di tempo la timidezza che la caratterizzava. I genitori avevano concluso che il cambiamento fosse avvenuto grazie alla partecipazione al gruppo *siblings* che rappresentava in quel periodo l'unica novità nel contesto familiare.

In generale, in tutti i gruppi i genitori riferiscono di cambiamenti in positivo nei figli: li vedono più sicuri di sé e più sereni, contenti di aver avuto uno spazio tutto per loro. Tra i più grandi, ormai quasi ventenni, alcuni conservano ancora la scatola dei ricordi, segno di una esperienza toccante e miliare nel percorso di crescita.

L'organizzazione della festa con le famiglie, che prevede la partecipazione anche dei genitori e dei fratelli o sorelle con disabilità, è un momento importante per la conclusione del percorso del gruppo. Uno spazio pensato per incontrarci tutti assieme, per condividere l'esperienza vissuta con tutte le famiglie, in un momento dove offrire anche un po' di leggerezza e piacevolezza dello stare semplicemente insieme e conoscersi fra genitori davanti ad una ciotola di patatine o una fetta di torta. È il momento di ritorno alla quotidianità, in famiglia, arricchiti da nuove amicizie in un clima di comprensione e rispetto. Anche per i facilitatori, osservare come i *siblings* si rapportano con i fratelli e le sorelle speciali, offre spunti per tematiche, attività negli incontri successivi, oppure, più semplicemente, conferma la positività del percorso effettuato. Naturalmente la buona riuscita di questo momento dipende anche dalle caratteristiche personali dei *siblings* e dalle costellazioni gruppali createsi, perché la fusione di due gruppi dopo un primo percorso così intenso va studiata e valutata con le debite attenzioni: la prevalenza di bimbi di 7-9 anni in un gruppo con ragazzini di 11-13 anni nell'altro sulla carta presenta uno scarto di anni non da poco a questa età. Tuttavia questa possibilità non è da escludersi a priori: abbiamo constatato che intervallando momenti di attività in comune, con spazi più di gioco per i piccoli e di dialogo per i grandi, ci ha consentito di proseguire con il

gruppo di mantenimento (anche *online*, perché eravamo nella fase di *lockdown* da COVID19) che sussiste tuttora.

LA COLLOCAZIONE ALL'OPPOSTO DEL SIBLING

L'ascolto e l'osservazione di questi gruppi di bambini e adolescenti ha fatto emergere come all'interno della dinamica familiare sia frequente una condizione che potremmo definire di collocazione 'all'opposto': il *sibling* si colloca in una dimensione speculare a quella fraterna, se da una parte i genitori e i servizi si concentrano prevalentemente sulla malattia, dall'altra gli altri bisogni vengono sfocati (il *sibling* è sano, non si ammala mai, non patisce, va sempre tutto bene, cosa vuoi che sia...), se la quotidianità ruota da una parte sulle visite, sulle terapie, sui trasporti, sulle notti insonni, dall'altra il *sibling* che deve adattarsi in spazi che possono essere messi in secondo piano o traslati in un tempo successivo, rivestendo l'ideale di bambino forte, buono, capace. Sono numerosi i racconti di feste a cui si è dovuto rinunciare, a serate in pizzeria disastrose, a settimane in cui la mamma era lontana in un reparto di ospedale. Che conseguenze può avere tutto ciò? Quale traccia lascia nella psiche di questi bambini o adolescenti?

Il modello utilizzato in questa esperienza dà ampio spazio al gioco strutturato, orientato e adattato alle caratteristiche dei componenti dei gruppi. Fordham (1969) ricorda che in tutti i giochi c'è un conflitto tra le parti, tra due contendenti o tra due gruppi ciascuno con una propria "colorazione emotiva propria: una è positiva, 'la nostra'; l'altra negativa, 'la loro', ed è tra queste due parti in opposizione che si origina la dinamica del gioco" (Fordham, 2000, trad. it., p. 58). Di nuovo ecco che entra in campo il gioco degli opposti, ma, in questo frangente, con obiettivi evolutivi se non anche terapeutici.

Il gioco consente di accedere a quelle dimensioni più profonde dell'Io che permettono al bambino di crescere e maturare nel suo percorso di vita e di acquisire gli strumenti per l'inserimento nella società. Nei nostri gruppi abbiamo osservato come il gioco funga da stimolo e faciliti il dialogo, il confronto e lo sviluppo della relazione tra pari e con adulti (che giocano con loro). Il gioco in gruppo stempera l'onnipotenza solipsistica del gioco infantile del lattante che esplora il mondo per definire se stesso e per maturare quel processo conoscitivo che possiamo immaginare come "un confronto tra parti in un gioco dinamico di tre entità differenziate: il simbolo (il pensiero), il simbolizzato (quello che si sta pensando) e il soggetto che interpreta (il pensatore che genera i suoi propri pensieri e che interpreta i propri simboli). [...] Questo spazio tra simbolo e simbolizzato, mediato da un sé interpretante, è lo spazio dove siamo vivi come essere umani, come opposto all'essere semplicemente esseri che agiscono per riflesso. Questo è lo spazio potenziale di Winnicott" (Ogden, 1985, p. 133).

Nel gioco e nel confronto in gruppo abbiamo osservato che si può aprire uno spazio di confronto più ampio che, in contrasto con le dimensioni del conflitto fraterno e genitoriale, ali-

menta le potenzialità resilienti: una ragazza del gruppo dei tredicenni, in un incontro racconta della difficoltà di stare al telefono con una nuova amica, poiché il fratello disabile spesso si abbandonava a vocalizzi, grida e strilli che interferivano. Un'altra ragazza risponde spontaneamente: “ma tu dille che sono i tossici sotto casa tua ad urlare!”. Il conflitto interno, alimentato da rabbia e delusione verso i genitori, a suo dire poco attenti ai suoi bisogni perché non la lasciavano allontanare per telefonare, dal fastidio per le interferenze fraterne, dalla paura di svelare la propria condizione familiare alla nuova amica per il timore che si defilasse, trova un campo più aperto con il suggerimento a spostare all'esterno il conflitto. La nostra giovane *sibling* suggerisce che gli aspetti difficili da sopportare e da integrare possono trovare la loro connotazione ‘tossica’ al di fuori di sé, spostando il conflitto dal mondo interno, ancora intrecciato con le figure genitoriali e la presenza di un fratello o una sorella con gravi menomazioni, al mondo esterno rappresentato da figure anonime archetipiche. Questo spostamento di campo può consentire di evitare al bambino e all'adolescente “l'accettazione di tutto senza fare distinzioni, per cui viene ricacciato nel conflitto degli opposti, nel quale non può che agitarsi e dal quale deve invece liberarsi. Ciò spiega la ricerca da parte dei bambini di figure ideali, come l'eroe che combatte contro il suo opposto” (Fordham, 2000, trad. it., p. 31).

Di nuovo, proprio in fase di chiusura di questo articolo, abbiamo organizzato un aperitivo con alcuni *siblings* del primo gruppo, ormai maggiorenni e anche in questa occasione la chiacchierata tra noi facilitatori e loro ha sfiorato temi come l'occupazione attuale, i loro progetti di vita ma anche il loro rapporto con i fratelli. E nella piacevolezza del momento, otto anni dopo l'avvio dei primi gruppi, accanto ai sogni, l'entusiasmo per l'avvio del percorso universitario o lavorativo, spuntano racconti di quotidianità con i propri fratelli e sorelle, con Carola che imita la sorella quattordicenne con disturbo dello spettro dell'autismo che fa tardi alla ricerca della maglietta giusta da indossare, o del fratello affetto da paralisi cerebrale infantile in video collegamento con la fidanzatina che inquadra Andrea in indumenti intimi mentre esce dal bagno o ancora Irene colpita dai baffetti che spuntano nel fratellino ormai tredicenne. Nell'ilarità del momento, poi, raccontano che la conquista della patente di guida, tanto sognata, si traduce nell'accompagnare il fratello o la sorella con disabilità a scuola o al centro diurno. Ci si chiede, infine, se questi racconti narrano di movimenti interni di ricomposizione degli opposti, e accanto alle emozioni forti, la rabbia, il fastidio, l'ansia di certi momenti, il tutto non possa sublimare in una nuova fase d'individuazione in cui il viaggio diviene espressione dell'integrazione degli opposti. E tra questi viaggi, magari, ci piace sperare che la partecipazione al programma ‘Essere *sibling*’ abbia contribuito a trovare un po' più di benessere.

CONCLUSIONI

Prima di scrivere questo articolo ci siamo seduti al tavolo, abbiamo scorso le fotografie di

dieci anni di attività: piedini che ora presentano misure importanti, bambini e bambine ormai adulti, facilitatori con qualche ruga in più, ma gli occhi sono gli stessi, assetati di nuovo, di bello. Questa è un'esperienza speciale, con bambini e adulti speciali, perché non c'è ordinario, non è la solita routine, la trafila standard, ma è un'esperienza che cerca dove di solito non si va, che ci permette di stare in situazioni altrimenti non viste, che ci apre a energie particolari, speciali, appunto, di coloro che sono accanto al dolore, alla sofferenza, ai timori e che potrebbero non essere visti mai. Un'esperienza impegnativa per noi facilitatori (anche il sabato mattina), ma sempre stimolante ed arricchente, con dubbi e difficoltà, ma anche gratificazioni importanti, bei sorrisi e carezze. Una modalità di lavoro caratterizzata dalla vicinanza con i bambini, i ragazzi e le loro famiglie che continuerà ad accompagnarci tutti.

Dare voce ai *siblings*, dare fiato alle corde più profonde della psiche riparatrice è il nostro contributo per un'esistenza migliore di questa nostra società.

Note

1. <https://fondazionepaideia.it/storia/lincontro-con-i-siblings-ha-cambiato-lapproccio-a-tutto-il-nostro-lavoro/>
2. Barbieri, P., Cavallera, S., Fantino, B., Grossi, F., Olivieri, A.L., Zanusso, A. (2016) *La progettazione di un intervento di supporto: l'importanza del lavoro di rete*. “Hey, Brother!” Convegno internazionale sul tema dei siblings, fratelli e sorelle di persone con disabilità, Torino, 2016.

Bibliografia

- Dondi, A. (2018). *Siblings*. Crescere fratelli e sorelle di bambini con disabilità. San Paolo, Milano, 2018.
- Fordham, M. (1969). *Il bambino come individuo*. Vivarium, Milano, 2000
- Goudie, A., Havercamp, S., Jamieson, B., & Sahr, T. (2013). Assessing functional impairment in *siblings* living with children with disabilities. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(6), 643–652. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst021>
- Hastings, R. P. (2014). Children and adolescents who are the *siblings* of children with intellectual and developmental disabilities: Psychological adjustment and support needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(5), 349–354. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000089>
- ISTAT. (2022). *Conoscere il mondo della disabilità: Persone, relazioni e istituzioni*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica.
- Meadan, H., Stoner, J. B., & Angell, M. E. (2010). Review of literature on *siblings* of individuals with disabilities. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 7(3), 93–108. <https://doi.org/10.1037/h0100407>
- Meltzer, H., Gatward, R., Corbin, T., Goodman, R., & Ford, T. (2013). The mental health of children with and without *siblings* with disabilities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(9), 1062–1070. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12093>
- Meyer, D. J., & Vadasy, P. F. (2008). *Sibshops: Workshops for Siblings of Children with Special Needs*. Paul H. Brookes Publishing Co.
- Moyson, T., & Roeyers, H. (2011). “The overall quality of my life as a *sibling* is all right, but of course, it could always be better.” Quality of life of *siblings* of children with intellectual disability: The *siblings*’ perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(1), 33–43. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01396.x>
- Ogden, T.H. (1985). On Potential Space. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 129–141.
- K., Nesa M. (2005). *Facilitator Manual. Groups for siblings of children with special needs*. *Siblings* Australia, Australia, 2005.
- Scabini E. & Cigoli V. (2000), *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

Strohm K., Nesa M., (2005). *Facilitator Manual. Groups for siblings of children with special needs. Siblings* Australia.

World Health Organization. (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ginevra, 1986.

World Health Organization. (2011). World report on disability. Ginevra, 2011.

Valtolina G. (2004), *Famiglia e disabilità*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Da vecchi si torna bambini?

Elena Buday, Lucia Carli

In questo lavoro intendiamo affrontare alcuni degli stereotipi più diffusi che permeano a tutt'oggi l'immagine della vecchiaia.

Dopo una premessa, che tende a inquadrare il tema, sono analizzati due stereotipi: la vecchiaia come esclusiva condizione di malattia e l'irrilevanza attribuita in questa età alla dimensione affettivo-emotivo-sessuale. Trasversalmente a questi due stereotipi verrà analizzata la tendenza all'infantilizzazione della persona anziana.

PREMESSA

L'idea di vecchiaia sta gradualmente cambiando, sotto la pressione dei mutamenti significativi che l'hanno attraversata in questi anni e del dibattito – culturale, scientifico, sociale – che ne è scaturito.

Sotto queste pressioni, sta componendosi una immagine nuova di età anziana, non più circoscritta solo all'ineluttabile percorso di declino e malattia, immagine che tende a disancorare l'anziano dal suo contesto esistenziale, ma comprensiva della intera realtà della persona stessa.

1.1 Una nuova chiave di lettura della vecchiaia: il modello evolutivo

Se la cultura imperante individua ancora nell'età anziana una fase unicamente involutiva, contrassegnata dalla conclusione dell'attività lavorativa e dal declino del corpo, nella prospettiva emergente si tende a visualizzare questa età in chiave evolutiva. Come tale, è collegata alle fasi precedenti del ciclo di vita ed interessata da una specificità di cambiamenti e, quindi, di crisi evolutive che richiedono profonde riorganizzazioni a diversi livelli (McGlodrick & Carter, 1982; McGoldrick, Garcia Preto & Carter, 2015).

Tale riassetto, come per le età precedenti, avviene in interazione con i differenti compiti evolutivi assolti dalle altre generazioni presenti nella famiglia, fornendo nel contempo potenzialità di crescita e di nuove scoperte a tutti i suoi membri.

Eventi che contraddistinguono questa età, come la *crescente fragilità, le ripetute perdite, la presa di contatto ravvicinata con la morte*, mettono alla prova le risorse dell'individuo, cogliendolo in un certo senso di sorpresa e trovandolo spesso impreparato¹. Proprio tali *eventi critici* però, divenuti indifferibili, sono occasioni di riprogettazione, rivalutazione e ripensamento delle molteplici dimensioni dell'esistenza. Sono processi che, se portati a termine, si

traducono in nuovi assetti del Sé, funzionali al confronto dell'anziano con la realtà che muta in lui e attorno a lui.

Come accennavamo, tali riassetti identitari si costruiscono e si radicano in una dimensione non solo intrapsichica e individuale, ma fortemente ancorata al contesto affettivo-relazionale, sociale e culturale, che ne condiziona l'esito. A sua volta la risoluzione più o meno positiva delle peculiari crisi evolutive impatta non solo sull'individuo, ma sul sistema familiare e sociale, con esiti che potenzialmente si estendono anche alle generazioni successive (McGoldrick & Carter, 1982; McGoldrick, Garcia Preto & Carter, 2015).

1.2 I compiti evolutivi peculiari dell'età anziana

Proprio tali potenzialità dell'età anziana, spesso disconosciute, sono state oggetto di un precedente articolo (Carli, Buday, 2023) volto a individuare i compiti evolutivi specifici di tale fase.

In questa sede, ci ricollegiamo agli eventi critici sopra citati (crescenti fragilità, ripetute perdite, presa di contatto ravvicinata con la morte), ne approfondiremo le ripercussioni sulla vita dell'anziano e le potenziali risorse che possono attivare.

A partire dal primo, le crescenti fragilità, vediamo come il fisiologico invecchiamento, le vulnerabilità che vi si associano e il possibile sopraggiungere di problemi di salute, segnano la fine della stagione dell'adulthood. Prenderne atto è una condizione imprescindibile per accogliere le modificazioni fisiche via via emergenti e per integrarle in una nuova immagine corporea di sé che, pur includendo quello che si era, ne integri gli aspetti nuovi ².

E' anche il primo passo per arrivare ad acquisire ed accettare l'idea di un Sé corporeo intrinsecamente mutevole fino alla fine della vita e la cui evoluzione, spesso dolorosa, sfugge al nostro completo controllo.

Diversamente, se non si viene a patti con il cambiamento, il rischio è di avviare una lotta impari contro il tempo, che, a partire da un rifiuto della nuova fisicità, vede ad un estremo un tenace ancoramento a una anacronistica immagine fisica di sé, di cui si tende a fatica a mantenere la parvenza; all'altro uno smarrimento e una difficoltà a riconoscersi nella nuova immagine corporea.

Il secondo fattore di crisi citato riguarda l'uscita dal sistema produttivo che catapultava nella nuova identità di pensionato e la molteplicità di perdite e lutti in parte associati a questa nuova condizione. Nella nostra cultura, segnata dallo sgretolarsi di valori etici, politici o religiosi universali, il prevalere della produttività economica, al vertice della scala gerarchica dei valori, ha contribuito a far coincidere la conclusione della vita lavorativa con l'inizio di una fase esistenziale deprivata di ogni valore, che rende più problematici la ricerca di senso della propria nuova esistenza e l'adattamento alla recente condizione (Vecchio & Origgio, 1980).

In altri termini, la perdita del ruolo lavorativo e sociale, il conseguente rischio di smarrire il

senso della propria presenza e della propria importanza nella famiglia e nella comunità, così come la perdita di persone significative che costituivano parte integrante della propria storia personale, richiedono profonde e spesso dolorose riorganizzazioni della propria vita a più livelli.

E' una transizione molto delicata, le cui problematiche identitarie, non semplici da risolvere, richiedono una considerazione e un riconoscimento attenti, non solo da parte dell'anziano, ma anche da parte di coloro che si prendono cura di lui e che tendono talvolta a derubricare tale disagio come una caratteristica caratteriale, disconoscendolo.

Infine, un terzo fattore di crisi, l'avvicinarsi della fine della vita, richiede di entrare in una nuova dimensione del futuro, più breve, che impone progetti di più corto respiro, ma non necessariamente meno significativi.

A fronte di un doloroso disorientamento iniziale, l'anziano deve scoprire le potenzialità di questo tempo. Disporre di un arco temporale ridotto di fronte a sé può infatti indurre a sanare annosi conflitti familiari, facendo così ripartire il tempo della famiglia, spesso rimasto bloccato al momento dell'insorgere del conflitto e consentendo ad ogni membro, anziano compreso, di riavviare il proprio tempo della vita affrontando i compiti specifici della sua età.

Ancora, un tempo breve a disposizione potrebbe predisporre la persona a dare spazio a quelle parti più autentiche di sé, fino a quel momento sacrificate o lasciate in secondo piano, contenendo il timore di riservare a se stesso quella benevolenza e cura, forse, fino a quel momento dedicate ad altri.

Questo è, infine, un tempo che si presta, per gli accadimenti che lo attraversano, ad una riflessione profonda sul senso della vita. Proprio lo spessore umano e l'esperienza così acquisiti si possono tradurre in una eredità generativa, non biologica, da trasmettere e lasciare alle generazioni più giovani, travalicando così il confine del proprio tempo personale per confluire in una dimensione temporale più ampia.

In definitiva, in questa prospettiva evolutiva, l'individuo, invecchiando, entra in una fase nuova della vita per molti aspetti da reinventare, che per questo promuove nuovamente il ricorso alla sua potenziale creatività, forse lasciata in *stand by* ma non ancora esaurita.

1.3 L'impatto del nuovo modello evolutivo con quello tradizionale

La tendenza innovativa e quella tradizionale, sopra citate, entrambe presenti nella realtà di oggi, rischiano di scontrarsi e di immobilizzare il dinamismo e il processo di adattamento dell'anziano.

Ricordiamo che, specie nei periodi di cambiamento culturali e di trasformazioni sociali, le diverse rappresentazioni della vecchiaia non subentrano, sostituendosi le une alle altre; ma, senza scomparire, si stratificano, nell'immaginario sociale e nel singolo individuo, interagendo e interferendo le une con le altre (Telfener, 2011).

Così, se la prospettiva più recente riconosce il bisogno dell'anziano di ricercare e creare un modo nuovo di stare in una realtà personale, familiare e sociale radicalmente mutata, quella più tradizionale frena questa spinta innovativa.

La narrazione ancorata ad una visione datata dell'età senile confina l'anziano entro il *cliché* di persona malata, vulnerabile, che non ha più nulla da dare e che quindi viene socialmente emarginata ed esclusa oppure lo sollecita a mantenere una giovinezza fuori tempo nel vano tentativo di preservare almeno la parvenza di una condizione giovanile, l'unica socialmente legittimata alla visibilità. Nell'uno e nell'altro caso si tende a negare e nascondere la presenza della vecchiaia, demotivando o comunque non sostenendo il confronto costruttivo dell'anziano e delle altre generazioni con la realtà dell'invecchiamento.

In altri termini, il percorso evolutivo della persona anziana che il modello dei compiti di sviluppo preconizza viene così, in una certa misura, ostacolato da una cultura di base che marginalizza l'anziano rispetto alla società, avendolo privato di molte delle sue funzioni, oppure lo sollecita a rimanere ancorato a quello che è stato piuttosto che a trovare un costruttivo e creativo adattamento alla propria nuova realtà.

Per finire, potremmo chiederci cosa, oltre all'ipotesi economicista, induca a procrastinare a oltranza l'incontro con la vecchiaia.

Non è da escludere l'influenza, a livello affettivo profondo, anche di angosce suscitate dalla realtà della morte ³, che connotano il nostro modo di intendere la vita, deprivandola di una sua intrinseca dimensione e che quindi agiscono in ciascuno di noi, compresi gli operatori e gli specialisti più aggiornati e formati che si occupano degli anziani.

2. LE RAPPRESENTAZIONI STEREOTIPATE CHE INCIDONO SULLA REALIZZAZIONE DEI COMPITI EVOLUTIVI DEGLI ANZIANI

Allora, diventa importante riflettere sui più diffusi stereotipi presenti nel discorso sociale sulla vecchiaia, per comprenderne le possibili influenze su chi si trova oggi in questa età o si relaziona a vario titolo con l'anziano o, anche, si prepara a vivere la vecchiaia domani (cioè tutti).

È sorprendente come tali rappresentazioni siano così diffuse, implicite, date per scontate da condizionare i modi in cui le persone anziane stesse si autodefiniscono e costruiscono la propria identità.

Come anticipato, le rappresentazioni su cui intendiamo riflettere sono le seguenti:

- A. La vecchiaia come esclusiva condizione di malattia, comprendendo sia la medicalizzazione della vecchiaia (2.A₁) sia il suo contraltare, vale a dire la più recente negazione estetizzante della vecchiaia stessa (2.A₂).
- B. L'irrilevanza attribuita alla dimensione affettivo-emotivo-sessuale nell'età anziana.

Come vedremo, entrambi gli aspetti, in misura di volta in volta variabile, veicolano un altro diffuso trasversale stereotipo: l'infantilizzazione dell'anziano.

2.A, La medicalizzazione della vecchiaia come sua condizione esclusiva

Vista attraverso la lente della medicina, la vecchiaia è l'età delle diagnosi, dei controlli, dei farmaci, delle possibili disabilità da gestire. A questa immagine contribuisce il fatto che, al prolungarsi dell'aspettativa di vita, non sempre corrispondono, purtroppo, permanenti condizioni di autonomia e di buona salute.

Quindi, se è vero che la vecchiaia rappresenta una fase più di altre esposta a possibili problemi fisici di cui occuparsi, tuttavia una narrazione che la identifichi esclusivamente con questi aspetti rischia di mettere in ombra il fatto che ogni essere umano, in ogni età e in ogni condizione fisica, resta comunque innanzitutto portatore di competenze, memorie, relazioni, desideri che costituiscono il cuore vivo e pulsante della sua soggettività. Anche il mondo del cinema ha recepito tale svolta; ne ha dato conto Sarah Friedland nel suo lungometraggio *Familiar Touch* presentato il 25 settembre 2024 a Venezia.

Queste considerazioni smentirebbero già il diffuso pregiudizio che "da vecchi si torna bambini", come se la riduzione delle competenze motorie e/o sensoriali e/o cognitive, eccetera, riportasse l'individuo *tout court* ad un piano infantile, livellando al contempo tutte le altre competenze costruite ed affinate negli anni.

Pertanto, l'identità esclusiva di "malato per definizione" rischia di costituire una grave perdita per la persona anziana. Cancella completamente le sue specificità e individualità, condizioni di base per vivere appieno un tempo della vita che richiede di essere scoperto e inventato.

Proprio in tal modo, invece, si rischia di rendere la persona invisibile, esponendola a divenire agli occhi dei curanti esclusivamente un organismo in via di declino e consunzione, oggetto di cura anziché individuo a tutto tondo, spesso ancora capace di affetti e relazioni, esperto nel gestire scelte, conflitti e cambiamenti; competenze che potrebbero essere fattori determinanti e coadiuvanti l'esito delle cure.

Al contrario, l'anziano che necessita accudimento, in casa o in una istituzione, subisce troppo spesso movimenti di infantilizzazione o atteggiamenti paternalistici agiti dal personale o da alcuni familiari, che rischiano di svilirne la dignità. Ricorrono, ad esempio, linguaggi e nomignoli puerili che, per quanto spesso motivati da buone intenzioni, possono conciliarsi molto male con le competenze e il ruolo sociale dell'anziano. Dice a questo proposito Marc Augé (2014): "Alcune persone ben intenzionate si prendono delle libertà rivolgendosi alle persone di cui si occupano con un "nonnino" o "nonnina" (...) In una sorta di inversione del ruolo linguistico, tendono paradossalmente a infantilizzare quelle persone di cui appaiono come i nipoti. Lo sdruciolamento dei termini in questo termine generico (...) può avere effetti avvilenti su chi ne è l'oggetto. Invita e incita a penetrare in una categoria esclusiva e che esclude,

una sorta di casa di riposo semantica all'interno della quale [gli anziani, ndr] si sentiranno passivi, tranquilli e comodi, ma in ogni caso alienati agli occhi degli altri" (p. 12).

Troviamo anche anziani che, ancora del tutto lucidi e capaci di svolgere funzioni sociali importanti, vengono trattati come "capricciosi" se cercano di esprimere preferenze o di opporsi a decisioni prese senza consultarli. Interferenze, controlli eccessivi da parte dei parenti, aiuti non richiesti, motivati da affetto e "sicurezza", possono arrivare fino al divieto di compiere attività che l'anziano sarebbe ancora in grado di fare, per prevenire ed evitare rischi.

E' quanto accaduto alla signora Lidia, vitalissima 88enne, caparbia nel difendere il suo diritto ad autodeterminarsi e a compiere scelte autonome rispetto alla sua vita: a fronte di una caduta, è stata considerata prima inaccettabilmente egoista perché continuava a rivendicare, pur consapevole dei possibili rischi, il suo desiderio a mantenere le abitudini consuete e rimanere nel luogo in cui abitava da una vita. Poi, costretta dai figli che vivevano lontano a rinunciare alla sua abitazione e a trasferirsi in un'altra città, è stata qualificata depressa nel momento in cui l'inevitabile senso di rabbia e perdita l'ha portata alla chiusura, al rifiuto, al "lasciarsi andare", probabilmente accelerando e aggravando il suo declino.

Troviamo un altro esempio di queste dinamiche anche nel film *Ella & John* di Paolo Virzì: è il racconto delle avventure di una coppia di anziani che, sentendosi soffocata dalle limitazioni connesse al controllo tanto affettuoso quanto invadente dei familiari, decide di godersi un ultimo viaggio, pieno di emozioni, desideri e ricordi, che la condurrà a concludere la propria vita, seppur drammaticamente, comunque insieme e a modo proprio.

Accanto all'infantilizzazione, prende posto in effetti la convinzione che l'anziano non sia in grado di leggere la realtà presente, così che si ritiene legittimo correggerlo pubblicamente, non confrontarsi con lui o non informarlo di ciò che lo riguarda, trattare le sue affermazioni come "sciocchezze da vecchi", ridere di ciò che dice o fa, dipingendolo come buffo o ingenuo. A volte si arriva al punto di parlare di lui, di fronte a lui, come se non fosse presente, tanto è trasparente la sua figura.

Raramente si empatizza con l'effetto che questi atteggiamenti possono avere su di lui, né ci si identifica con le possibili umiliazione, rabbia, tristezza, non sempre verbalizzate, che possono provocare, e che possono produrre addirittura il ritiro relazionale, se il contesto è pervasivamente e ostinatamente attestato su questi atteggiamenti.

Ricordiamo, ad esempio, la signora Michela, che durante una visita di controllo ha sentito il medico rivolgersi alla figlia che la accompagnava, come se lei non fosse presente, per comunicarle l'ipotesi diagnostica di una patologia degenerativa, molto grave ed infausta, che l'avrebbe rapidamente resa completamente priva di memoria e capacità di comprendere. La signora si era così tanto spaventata da non riuscire a fare domande né interagire successivamente con la figlia, chiudendosi in un silenzio cupo e preoccupato, che i curanti non hanno saputo spiegare se non come un segnale della patologia degenerativa appena diagnosticata.

Contribuisce a questo stallo comunicativo anche l'idea, diffusa nel discorso pubblico e nella mente dei *caregiver*, che di fronte ai problemi di salute degli anziani sia “meglio non far sapere loro troppo, per non farli preoccupare”. Questa idea però, se presa in termini generali e assoluti, rischia di privare anche persone, che in alcuni casi ne sarebbero del tutto capaci, della possibilità di confrontarsi con la realtà delle loro condizioni e trovare anche in sé risorse per affrontarla.

Le dinamiche illustrate raggiungono i livelli più estremi quando l'eventuale perdita di autonomia e autosufficienza rende necessario il ricovero in strutture residenziali assistite. Se da un lato questo fornisce una risposta efficace ai problemi obiettivi e pratici di indifferibile urgenza, dall'altro lato osserviamo quanto possa acuire quella **spersonalizzazione** che deriva dal privare gli anziani delle abitudini, dei riti e dei ritmi, delle connessioni e delle relazioni che sono elementi costitutivi e vitali della loro identità.

La necessità di rispondere a parametri di efficienza pratica-economica condiziona molto l'organizzazione di queste strutture, nelle quali si vive di fatto isolati dal resto della comunità, sancendo la fuoriuscita della persona dal contesto sociale.

Se alla perdita di autonomia si aggiungono le componenti relazionali che abbiamo illustrato e che privano l'anziano della centralità come protagonista della propria vita, diventa facile comprendere quanto intense possano divenire le spinte ad una regressione forzata, non soltanto indotta dall'invecchiamento organico quanto accelerata dalle condizioni contestuali.

2.A₂ Negazione estetizzante dell'età anziana: la scoperta del potenziale economico della vecchiaia.

L'incontrovertibile aumento della popolazione anziana ha richiamato l'interesse del mondo imprenditoriale, decretando la scoperta del potenziale economico dell'anziano. In questo ambito, è stata proposta una immagine ancora relativamente inedita della vecchiaia, presentata come età della "longevità" ⁴, termine che, nel linguaggio corrente, tende ad affiancarsi con sempre maggiore frequenza e forza al primo, fino a sostituirlo.

Tale nuova proposta cerca di dilazionare e celare il più possibile il cambiamento prodotto dallo scorrere del tempo.

Si pone in linea con il mito dell'eterna giovinezza che ha contribuito a complicare, nella nostra società, le transizioni da una fase del ciclo di vita all'altra, specie quando tale transizione richiede il confronto con il limite; ad esempio, nel passaggio dalla giovinezza all'età adulta, dove si è verificato un prolungamento *ad interim* di un periodo-limbo, quello del giovane adulto o nel passaggio dall'infanzia onnipotente all'adolescenza che richiede il primo vero confronto con la realtà.

Sempre in tale ottica, la nuova proposta veicolata dall'idea della longevità collude anche con la paura degli anziani di non piacere più, di non essere più attrattivi o desiderati e quindi di

essere motivatamente scartati, abbandonati e in definitiva lasciati soli (Paglia, 2002).

È così che, in opposizione alla vecchiaia ⁵, il mercato vende la *longevity*: una filosofia che auspica una durata della vita superiore alla media, per salute fisica, mentale, emotiva.

Essa moltiplica le proposte di cura estetizzata del corpo attraverso l'acquisto di prodotti e procedure che promettono di rallentare il tempo, cui si accompagna talvolta l'invito a mantenere uno stile di vita giovanilistico, se non quasi adolescenziale.

Non intendiamo qui criticare il ricorso alle più recenti tecnologie e agli strumenti che possono favorire un prolungato benessere psico-fisico in età senile. Intendiamo sottolineare che questa soluzione, se selettiva, rischia di diventare un modo per evitare il confronto, anche positivo, con la realtà dell'invecchiamento.

A livello socio-culturale, si consolida l'evitamento della presenza della morte e la delegittimazione della vulnerabilità e della ricerca di soluzioni vivibili. A livello personale si rimanda la ricerca di un nuovo modo di essere al mondo "con" la propria vecchiaia (Stern, 2004).

In altri termini, questa ultima frontiera, spesso presentata come alternativa esclusiva, appare come un ulteriore diniego onnipotente dei cambiamenti del corpo e un invito a inseguire modelli di bellezza giovanilistici, che ostacolano l'accesso alla ricerca di un più realistico equilibrio e adattamento, come risposta all'avanzare del tempo. La longevità diventa quindi un fine ultimo, non uno dei mezzi da scegliere e modulare per sostenere il processo di adattamento alla vecchiaia.

2.3 Conclusioni

In conclusione, l'età anziana, in un ciclo che la ricongiunge ai ritmi della natura, va riscoperta nei suoi peculiari aspetti (comprensivi anche del venire a contatto ravvicinato con la morte), senza negarli o mascherarli, in un confronto continuo con il progressivo cambiamento esistenziale e socio-culturale. Tale cambiamento impone un riassetto necessario e funzionale che non esclude la cura estetica e di rallentamento del declino, ma senza che costituiscano un modo per posporre a tempo indeterminato l'inevitabile confronto con l'angoscia della perdita, del cambiamento, della morte.

2.B. Le credenze sulla vita affettiva-emotiva-sessuale dell'anziano

La componente della vita affettiva-emotiva-sessuale dell'anziano è stata spesso sottovalutata o misconosciuta in forme e per ragioni legate alla cultura della vecchiaia di volta in volta preminente. La rappresentazione più radicata e temuta della vecchiaia, come noto, la identifica con l'età del declino e della malattia. È il periodo della vita in cui si viene emarginati dalla scena sociale, ignorati come membri attivi della comunità, perché in controtendenza rispetto al modello pervasivo dell'uomo performante, culturalmente dominante, con cui l'anziano non

può più stare al passo ⁶.

Ormai esaurita o in declino la funzione riproduttiva in questa età, in tale prospettiva si tendeva a considerare la dimensione affettiva, emotiva, sessuale come uno dei tanti aspetti in smobilitazione e disinvestimento ⁷.

In definitiva, l'idea – in parte ancora radicata – era che l'anziano avesse ormai risolto e superato (o dovesse risolverlo) il problema delle passioni, che la sua esistenza ne fosse depurata, secondo un modello di saggezza intesa come superamento dei bisogni istintuali.

La realtà era diversa, molto più variegata e sfaccettata.

2.B, I devianti

Il comportamento dell'anziano, che tradiva le aspettative sociali in questo ambito, tendeva, pur con evidenti differenze di genere, a venir etichettato come anomalo e/o commentato con una sorta di bonaria ironia o con sfumature di scherno.

Molte sono le categorie in cui si cercava di incasellarlo, forti anche di una certa disinibizione che tende a accentuarsi in questa età.

Pensiamo alla figura del *voyeur*, così bene resa dai vecchi uomini "malvissuti" di manzoniana memoria (cap. XIII de *I promessi sposi*) del quadro "Susanna e i due vecchioni", tema ricorrente dell'iconografia nella storia dell'arte.

In genere, però, al di là dei casi più eclatanti, l'uomo che, mosso principalmente dal timore del tempo che passava, esibiva una sua esuberante ricerca di compagne molto più giovani di lui ⁸, era oggetto di maggiore benevola condiscendenza rispetto alla donna. Anche in caso di autentici incontri e innamoramenti tra persone di età diverse non mancavano sospetto o derisione.

Altre volte, invece, l'atteggiamento sociale risultava meno indulgente e accondiscendente, specie quando si profilava un seppur remoto rischio di intaccare l'equilibrio familiare di figli ormai adulti.

Pensiamo, ad esempio, all'uomo anziano che intendeva vivere una relazione alla luce del giorno e che rischiava di essere etichettato a priori come fragile, debole, compiacente verso chi lo lusingava e manipolabile, facile preda di donne interessate ai suoi beni, su cui pronta si riattivava la vigile attenzione dei legittimi eredi.

Il signor Luciano, vedovo ultraottantenne, ha incontrato una signora di poco più giovane con la quale ha stretto una relazione intensa ed affettuosa, non priva di un vitale trasporto passionale: entrambi mostrano gioiosamente tutte le intenzioni di vivere pienamente il loro rapporto, senza escludere la possibilità di sposarsi. La vicenda non è stata accolta con altrettanta gioia dai suoi familiari, immediatamente orientati a temere possibili ripercussioni di un eventuale matrimonio tardivo sulle sorti del patrimonio da ereditare: sono arrivati addirittura a considerare di comminare, ad un signore da sempre autonomo, colto e volitivo, una possibile interdizione, mettendo improvvisamente in dubbio la sua capacità di intendere e volere. In

questo gioca anche il timore suscitato da tristi episodi di plagio e circonvenzioni volte all'appropriazione di patrimoni da parte di personaggi senza scrupoli di cui hanno sentito parlare. Il signor Luciano, tuttavia, è molto ferito e offeso dall'atteggiamento dei suoi familiari, dai quali si sente svilito e abbandonato, come se l'interesse economico divenisse improvvisamente prevalente rispetto alla condivisione di un incontro per lui importante e felice.

Pensiamo all'anziana signora ospite di una RSA che, una mattina in cui indossa insolitamente una collana, si sente apostrofare con tono sarcastico da un operatore, cui non sfugge il particolare, e chiedere se intendeva sedurre qualcuno. È come se il pur minimo accenno al desiderio di uscir fuori dal proprio bozzolo, di connessione e contatto con l'altro attraverso la propria dimensione femminile, venisse mortificato sul nascere.

Anche in questo contesto è da considerare la difficoltà degli operatori a legittimare negli anziani questa dimensione, che passa anche per la cura della propria femminilità e mascolinità, senza squalificarla e ridicolizzarla.

Persino l'operatore, più preparato e disponibile, non può esimersi dal confrontarsi con la propria idea di anziano, di femminilità e seduzione, legata alla propria storia e cultura ⁹.

Un film, *Le nostre anime di notte* (2017), tratto dal romanzo di Kent Haruf, dà conto del peso della solitudine, della necessità vitale di preservare legami affettivi, della pressione delle convenzioni sociali nella vecchiaia. Due anziani vedovi, vicini di casa in una cittadina americana decidono di dormire insieme per combattere la solitudine. La loro relazione, nata per compagnia e non per sesso, cambia le loro vite, facendo trovare ad entrambi un nuovo equilibrio, ma alimenta i pettegolezzi dei vicini e suscita la dura disapprovazione dei figli. Saranno costretti, per non perdere i rapporti con le proprie famiglie, ad interrompere la loro relazione, trovando però nel tempo un modo "clandestino" di riprendere e proseguire il loro rapporto seppure a distanza.

In conclusione, l'amore anche in tarda età può offrire l'occasione di una nuova normalità; tuttavia, l'anziano stesso viene intimidito in una certa misura dalle convenzioni sociali. Si riduce a condividere questa mentalità, che ne condiziona l'idea di Sé e il modo di avvicinare i nuovi compiti evolutivi, fino ai casi estremi in cui si ribella ed esibisce una sessualità provocatoria secondo *cliché* stereotipati.

2.B₂. Una eccezione che conferma la regola: la dimensione affettiva circoscritta al rapporto con i nipoti

In questo ambito, nell'immaginario collettivo fa a tutt'oggi eccezione il rapporto speciale tra nonni e nipoti ¹⁰, peraltro socialmente necessario al *welfare* sociale per tamponare la carenza dei servizi pubblici per le famiglie giovani.

I nonni vengono rappresentati come una fonte di supporto emotivo, di consigli saggi e di nuove esperienze per i nipoti, che a loro volta ricambiano facendo sentire i nonni di nuovo utili,

apprezzati e amati, colmando così il vuoto della loro solitudine.

Inoltre, in questa fase di instabilità coniugale e familiare, i nonni sono un punto fermo per i nipoti e, attraverso la trasmissione delle origini, della storia e delle tradizioni della famiglia, ne favoriscono l'identificazione e il senso di appartenenza al gruppo familiare (Marzotto, 2018).

Certamente può essere uno scambio transgenerazionale molto significativo.

Per i nonni è un rifornimento inesauribile di affetti ed una seconda possibilità di cura, offerta loro proprio quando potrebbero trovarsi a rimpiangere di avere perso l'infanzia dei propri figli.

Tuttavia, tale rapporto rischia di venire talvolta edulcorato e costituire per i nonni un'arma a doppio taglio.

Rischia di diventare un impegno a tempo pieno, una sorta di riempitivo, così totalizzante ¹¹ da costituire un alibi per evitare di affrontare quella profonda ristrutturazione dell'organizzazione della vita quotidiana connessa all'uscita dal sistema produttivo, quando le ore libere smettono di essere una risorsa e ci si trova con un tempo e una vita da reinventare.

Dunque, nella vita dell'anziano, che spesso si trova solo dopo la scomparsa del partner, la dimensione affettiva viene spesso circoscritta al rapporto con i nipoti, che in una certa misura dovrebbe tamponare ed esaurire il bisogno di un più ampio scambio emotivo, affettivo e fisico dentro una rete di relazioni adulte.

Come abbiamo avuto modo di sottolineare, è una posizione in cui gli adulti tendono a collocare l'anziano e a cui l'anziano si adegua. Spesso, infatti, come abbiamo già visto, non si autorizza ad allontanarsi dalle aspettative dei familiari per timore di perderne la vicinanza. Tende a non far conoscere le proprie esigenze, non avendo talvolta neppure la consuetudine di mettere in parole le difficoltà che incontra ¹².

2.B, Una realtà diversa

Al di là di culture che hanno favorito o meno l'esternazione di questa dimensione, il desiderio di uno scambio affettivo profondo che può includere o meno una intimità fisica e sessuale resta dunque potenzialmente presente nella vita degli anziani, pur con un'ampia variabilità in base alla storia, alle occasioni, alle condizioni di salute, al genere delle persone.

Un recente romanzo di Emanuele Trevi, *Mia nonna e il Conte*, parla di un amore nato nella terza età tra la propria nonna ed un suo coetaneo, un legame intimo profondo, privo di sesso, ma autentico. La misura è data dal fatto che “quando uno non c'è, all'altro non manca solo qualcosa, ma la *qualità* (corsivo del curatore) che la presenza dell'altro sapeva donare alle loro giornate” (Carpani, 2025, p.VII). E' questa qualità di cui la persona anziana continua ad avere bisogno, anche se non sempre è in grado di dichiararlo a sé e agli altri.

Raccontano tale realtà anche le scene finali del film *La notte di San Lorenzo* dei fratelli Ta-

viani (1982), con poesia e tratto lieve.

Il film è ambientato nella notte di San Lorenzo del 1944. Un paesino toscano viene occupato da truppe tedesche in ritirata. I militari ordinano alla popolazione di raccogliersi in chiesa il mattino dopo. Solo un gruppo di abitanti, guidati dal vecchio fattore Galvano, sospettando una trappola, decide di contravvenire all'ordine. Con il favore della sera, clandestinamente, lasciano il paese per cercare rifugio sulle colline vicine.

Trascorrono lì la notte e alla luce del giorno assistono dall'alto alla distruzione del paese e al massacro degli abitanti. Passano la giornata sempre nascosti, nel tentativo di congiungersi agli alleati che stanno arrivando. Si fa notte di nuovo e il gruppo trova rifugio in una cascina isolata; c'è chi si sistema nel fienile, chi nella stalla... Le donne della cascina offrono l'unica stanza da letto libera alle due persone anziane del gruppo: Galvano, che aveva guidato i fuggiaschi e Concetta, una sua lontana cugina che aveva amato da giovane senza mai dichiararsi a causa della differenza sociale che li separava.

Sulla soglia della camera, le donne della cascina si sincerano che siano marito e moglie; Concetta finge di essere la moglie. In camera da letto tra i due si dispiega una scena d'amore tutta giocata sul riserbo e sul pudore, molto delicata e intensa. In questa scena assistiamo al progressivo ridursi della distanza che li aveva tenuti separati per anni e al crescendo di una tensione erotica che sfocia in un rapporto sessuale. Galvano e Concetta si risvegliano la mattina dopo e scoprono che nella notte sono arrivati gli Alleati.

Perché citare questo passaggio del film?

In questo episodio vediamo come, di fronte al rischio della morte, si attivi a qualunque età, il bisogno di sentirsi vivi¹³. Cadono, allora, le antiche barriere, si dà diritto al proprio desiderio di manifestarsi, ci si abbandona alla vitalità dei propri corpi sopravvissuti al pericolo che si cercano: non è più il caso di portarsi dietro rimpianti o di rimandare.

Al di là di questo episodio di guerra, anche in tempi di pace è proprio la condizione stessa della persona anziana che, a differenza dei giovani e degli adulti, convive con il pensiero della sua morte, a sollecitare il bisogno di tener in vita le molte dimensioni del vivere, tra cui la sfera sessuale. Anche nell'esempio riportato sopra, la sessualità e l'amore costituiscono uno dei modi più concreti e potenti di rimanere legati alla vita. Costituiscono una forma di attaccamento alla vita.

Come noto, il contesto sociale non è sempre pronto ad accogliere gli amori in tarda età, quindi non è sempre facile preservare la propria sfera sessuale. L'argomento è a tutt'oggi relativamente affrontato, avvolto ancora da imbarazzi e pregiudizi, ma anche da ostacoli materiali. Nelle RSA, potenzialmente luogo di incontro per tanti anziani, il desiderio di costruire una nuova relazione, o di mantenere quella che si aveva, è presente, ma ostacolato dai protocolli di cura e sorveglianza che spesso non prevedono lo spazio necessario per l'intimità e la privacy. Nel documentario citato (v. nota 13) Rosaria, ospite della RSA, ha una relazione con un altro ospite. Insieme chiedono alla direzione di condividere la camera. L'operatrice esprime dei

dubbi sulla tenuta di Rosaria e sulla sua competenza relazionale nello stare in coppia. Rosaria deve ricordarle di essere stata sposata due volte e di essere rimasta vedova entrambe le volte, cosa che suscita commenti ironici. Più che uno scambio di informazioni per valutare la fattibilità della richiesta, sembra prevalere un veto pregiudiziale che, sotto le presunte incompetenze relazionali dell'ospite, maschera una situazione non gradita e non favorita dall'istituzione. E' difficile, allora, mantenere per la persona anziana la propria dignità e il senso di sé e della propria storia se è la prima cosa che viene sminuita davanti alla richiesta di vivere una dimensione affettiva intima e privata.

Un altro, non recente, episodio osservato e riportato da una di noi (prof.ssa Carli), sottolinea come la ricerca dell'intimità fisica ed emotiva non solo non sia prerogativa dell'anziano di oggi, ma anzi, in certe comunità assumesse una dimensione normalizzata, integrata nella vita sociale.

Anni '80, provincia di Pavia, San Giacomo della Cerreta, vicino a Belgioioso: subito fuori dalla zona golenale, nella campagna sulla riva sinistra del Po, c'è un antico oratorio lungo il percorso della via Francigena. Vicino alla chiesetta c'è un bar trattoria, poco altro. Una domenica di inizio estate, terminato il pranzo seduti ai tavolini in un ampio cortile interno della trattoria che si affaccia sui campi, arrivati al caffè, si vedono arrivare alla spicciolata delle persone con degli strumenti musicali, poi via via uomini e donne anziani vestiti a festa, si dirigono verso il fondo del cortile; si sentono i primi accordi, si formano le prime coppie e si materializza una piattaforma, parte un ballo liscio che andrà avanti per tutto il pomeriggio. Gli avventori più giovani e non locali sono ai tavoli rapiti dalla tensione che anima i ballerini e dal loro percepibile piacere di sentire il proprio corpo in sintonia con quello dell'altro. Rimangono sorpresi, forse perché fino a questo momento avevano pensato che questo piacere, questo gioco di coppia appartenesse solo a loro, alla generazione dei giovani.

Tutto procede fino alle ore 18, poi a margine, fuori campo, compare il parroco; avverte con la sua sola presenza che è l'ora della funzione in chiesa. Si ripongono gli strumenti, le coppie lasciano la pista che si svuota e torna non più percettibile.

Questi episodi, alcuni ambientati nei decenni scorsi, sottolineano come la sessualità e l'erotismo, il desiderio di intimità fisica ed emotiva, negli anziani siano sempre esistiti.

Come al giorno d'oggi, venivano espressi - quando la danza non ne sdoganava l'espressione - in forma pudica, riservata, celata: era cosa che non si diceva né si faceva trapelare, specie ai figli adulti, che forse erano gli unici, però, a rimanere sorpresi quando lo intuivano.

2.B₄ In conclusione

La dimensione affettiva-emotiva-sessuale perdura malgrado l'età. Tuttavia, viene misconosciuta e l'anziano pone, spesso, una ben fragile diga all'avanzare di questo pregiudizio. Purtroppo, il conseguente indebolirsi della presenza e delle identità sociali negli anziani rischia

di farne persone fuori dalla scena comunitaria, presenze relegate nell'ambito del privato, cosa che facilita rinunce e scelte radicali.

La frequenza di lutti e perdite di persone significative accelera, proprio nell'ambito degli affetti, lo smantellamento e l'impoverimento della rete delle relazioni e dei legami, che va invece ricostituita e legittimata.

Per questo motivo è necessario che l'anziano non diventi e resti solo una presenza relegata nell'ambito del privato, al servizio delle emergenze quotidiane della famiglia, ripiegato su ruoli unicamente intra-familiari e su scelte palliative, come una totale dedizione ai nipoti, senza arrivare a ricostruire nuovi assetti di sé e a configurare un progetto alternativo di vita, più in sintonia con i suoi desideri, che rimangono spesso inespressi a lui stesso.

Rischiano di essere scelte senza alternative, che, prima o poi, nel momento in cui il nipote cresce e non richiede più una presenza continuativa, pongono di nuovo l'anziano a confronto – e questa volta con minori opzioni e risorse – con il vuoto di senso della propria vita che non ha provveduto a elaborare.

Va quindi aiutato a preservare le molteplici dimensioni del vivere e a costruire nuovi affetti ed emozioni, che costituiscono pure per lui la parte inalienabile della vita anche – e proprio – quando è fragile e/o malato.

Va introdotta nell'opinione pubblica e negli operatori l'idea che uno dei bisogni prioritari dell'anziano è di rifornirsi di affetti, di fare rifornimento di emozioni dentro una rete di relazioni significative.

Talvolta, infatti, il desiderio di un legame profondo con la famiglia resta insoddisfatto, come anche quello di rimanere un interlocutore interessante anche per le restanti generazioni malgrado la malattia, le fragilità, il declino.

Così, spesso, vengono a mancare all'anziano le occasioni che potrebbero suscitare nuove emozioni e nuovi legami per rispondere ai suoi bisogni vitali.

Non vengono previste e pensate proposte adeguate da parte di coloro che si prendono cura di lui, ignari il più delle volte del perdurare di queste necessità.

In conclusione, l'età anziana richiede la rinuncia all'eterna giovinezza, *non la rinuncia alla vita*.

Va fatto quindi uno sforzo di comprensione, specie da parte di coloro che anagraficamente sono lontani da questa età, della necessità anche della generazione anziana di continuare a nutrirsi di stimoli che attivino sentimenti e passioni, in un contesto di relazioni all'interno delle quali possa essere ancora co-protagonista di questi scambi.

La scena iniziale e indimenticabile di un film di De Sica, *Umberto D* (1952) chiude il nostro lavoro. La scena inizia “con la protesta in strada dei pensionati che chiedono di essere presi sul serio come individui ma anche come detentori di un potere politico, sembra parli di questo momento e di come vanno riconsiderati ruolo e dignità degli anziani nelle nostre società” (Friedland, 2025).

CONCLUSIONI

Questo lavoro analizza alcuni stereotipi consolidati sulla vecchiaia che continuano a veicolare nell'opinione pubblica un'immagine parziale e riduttiva di tale età. Abbiamo visto come tali stereotipi scotomizzano l'età anziana come fase da vivere, alimentando, tra l'altro, la credenza che il desiderio e l'aspettativa di intimità fisica ed affettiva non siano più prerogativa e appannaggio di questa età, ridotta ad una serie di problematiche mediche o estetiche da gestire. In tale quadro, abbiamo visto affiorare, trasversalmente rispetto ai primi stereotipi trattati, un terzo stereotipo: il riduttivo e semplificante *clickè* che da vecchi si torni bambini. Per contro, seguendo il modello del ciclo di vita della famiglia (McGlodrick & Carter, 1982; McGoldrick, Garcia Preto & Carter, 2015; Carli & Buday, 2023), la vecchiaia è stata concettualizzata come una fase caratterizzata, al pari delle precedenti, da significati esistenziali – sia positivi sia negativi – e compiti evolutivi peculiari, in connessione con quelli delle età precedenti.

Adottando la metafora del romanzo di formazione che, in campo letterario, ha attirato l'attenzione sul percorso che dall'infanzia, attraverso la giovinezza, approda alla maturità adulta, è stato individuato un secondo, cruciale momento di formazione, crescita e scoperta del sé nell'impervio passaggio dall'età adulta alla consapevolezza anziana di una nuova stagione della vita, sempre più longeva e da reinventare in tutte le sue varie dimensioni (Zanuttini, 2025).

In questa nuova prospettiva evolutiva, che tutela i vari aspetti dell'esistenza anche nell'età anziana, non è sufficiente vivere solo a lungo. Occorre vivere calati in un contesto predisposto ad accogliere e a includere le persone anziane, contrastando la tendenza della nostra cultura performativa ad emarginarle ed isolarle dalla società.

Contrastare tale tendenza comporta un radicale cambio di paradigma culturale rispetto al tema della fragilità in generale e alla presa in carico dell'anziano in particolare.

A livello generale, si tratta di reintegrare e rilegittimare la condizione di fragilità e vulnerabilità come costitutiva della condizione umana e non come fattore di esclusione, non solo dell'anziano ma di tutti coloro che ne condividono la condizione.

A livello più particolare, la gestione delle problematiche dell'anziano mette in causa sia l'area di intervento e cura sia la formazione degli operatori sanitari.

Rispetto all'area di intervento e cura, la nuova immagine di vecchiaia che è stata proposta comporta una presa in carico dell'anziano più ampia rispetto a quella abitualmente prevista. Si tratta non solo di far fronte a patologie degenerative ed organiche e alle psicopatologie correlate, (preesistenti o subentrate a causa di tali malattie), ma anche di riconoscere quei significati connessi alla fase evolutiva che la persona sta attraversando.

Inoltre, sono da considerare le problematiche sollevate dal necessario riassetto identitario indotto dal cambiamento del suo ruolo sociale (dal pensionamento in poi), dall'impoverimento

della rete di affetti e relazioni (connesso al crescente numero di perdite e lutti), dal progressivo mutare dell'immagine corporea (sia a causa dell'invecchiamento sia per eventuali patologie subentranti), dalle conseguenze di questi cambiamenti sul suo legittimo desiderio di mantenere o costruire legami intimi affettivi e/o sessuali così oggetto di svalutazione da parte della società e dal contestuale avvicinarsi del fine vita. In altri termini, si tratta di sostenere la persona nella ricerca di una risposta alla sua domanda di senso da attribuire all'esistenza che gli resta da vivere, aiutandola a formulare la domanda stessa in modo esplicito e restandogli vicino senza sfuggire all'ansia che tale domanda procura, svalutandola e minimizzandola.

Tuttavia, il passaggio dal modello di intervento e dalle linee programmatiche alla buona prassi non è così scontato. Se l'idea di promuovere la dignità, l'autonomia, l'inclusione sociale delle persone anziane, di prevenirne la fragilità e di stimolarne l'invecchiamento attivo è entrata nel linguaggio del sistema di *welfare*¹⁴, in pratica, però, gli stereotipi di cui abbiamo parlato sono così sedimentati nella nostra cultura da presentarsi e attivarsi in modo automatico e inconsapevole nel discorso sociale, negli anziani stessi e negli operatori che li avvicinano.

Sono ormai schemi mentali e pregiudizi che si ripetono senza riflessione.

Queste considerazioni introducono il tema della formazione degli operatori sanitari. A tutti i livelli operativi, si rende necessaria una riflessione personale e profonda dell'operatore sulla propria implicita idea di vecchiaia e sulle reazioni ed emozioni che i cambiamenti delle politiche sociali e sanitarie, preventivate o già in corso, riattivano in lui, con i prevedibili effetti di ricaduta.

L'anziano, in questa fase di riassetto di sé, è particolarmente esposto al rispecchiamento degli interlocutori significativi presenti all'interno del suo contesto.

Pertanto, sarebbe importante che gli operatori sanitari, anche i più preparati professionalmente, così come i parenti e i familiari, siano consapevoli di essere comunque portatori di rappresentazioni culturalmente stereotipate e difensive della vecchiaia.

La diffusione pervasiva di questi stereotipi culturali non solo può agire come schema cognitivo inconsapevole, ma può anche saldarsi con movimenti difensivi personali di natura affettiva, legati alla tendenza a negare e allontanare la vecchiaia dall'immagine di noi stessi e dei nostri percorsi di vita. Tali movimenti interferiscono con la predisposizione ad un ascolto profondo dell'anziano e a una relazione con l'altro in quanto persona e non solo in quanto insieme di problemi da gestire in modo scisso.

Ad esempio, l'aspettativa di una persona anziana, vedova e/o sola, di incontrare un partner o comunque di stringere una amicizia più intima, potrebbe divergere dall'inconsapevole convinzione di un operatore che considera tale aspettativa fuori luogo. Quest'ultimo potrebbe ritenere che un anziano debba accettare che il proprio tempo è ormai finito, che tali sogni non appartengano più alla sua età e che quanto vissuto dovrebbe essere già un rifornimento affettivo sufficiente¹⁵.

Potrebbe in tutta buona fede, con atteggiamento protettivo, ricordare che è una eventualità

con scarse possibilità di avverarsi, sarebbe quindi prudente non contarci troppo, per non rimanere delusi e soffrire, celando quindi anche a se stesso il disagio che tale eventualità si verifichi.

Questo impedisce all'operatore di cogliere che, per la persona anziana, la cosa importante *in primis* non è che questa aspirazione possa o meno realizzarsi quanto di venir “*pensato*” come una persona a tutto tondo, per la quale questa aspirazione è legittima. E' tale pensiero olistico sull'anziano che ne consente un ascolto profondo.

Si tratta, dunque, di acquisire consapevolezza che l'incontro con la popolazione anziana richiede un supplementare lavoro su se stessi, per riconoscere le proprie credenze stereotipate e inconsapevoli, la propria tendenza a distanziarsi dalle problematiche anziane attraverso una comprensione più razionale che emotiva senza fare lo sforzo di entrare nel suo tempo per rispecchiare più convintamente i diversi risvolti del profondo cambiamento che l'anziano deve affrontare preservando le dimensioni, relazionale, sociale, affettiva, della sua vita.

Note

1. Come sostiene Bayda, di fronte alla vecchiaia siamo tutti dei principianti (Bayda & Hamilton, 2019).
2. In altri termini si tratta di mantenere un senso di stabilità nel cambiamento che si acquisisce attraverso un continuo adattamento (Carli, 2008).
3. È una realtà già emersa negli anni del Covid e che tuttavia, già allora, non era stata oggetto di rielaborazione.
4. La longevità è intesa come capacità fisiologica di un organismo di sopravvivere per un determinato periodo di tempo, oltre il suo limite medio.
5. Come noto, ormai comunemente intesa come ultima fase del ciclo biologico con fenomeni di decadimento e indebolimento dell'organismo.
6. La persona anziana diventa così, come abbiamo avuto modo di sottolineare, una presenza invisibile. A questo proposito, Paglia (2021) rileva questa tendenza anche in contesto religioso dove, a fronte di pastorali per i bambini, giovani, coppie etc., spesso non è prevista una pastorale per gli anziani. Non si riferisce ai laici settantenni spesso pilastro della parrocchia, ma a quella fascia meno autonoma, non "utile", che continua a non essere vista, al massimo fruitrice di visite di volontari, abbandonata all'incontro ravvicinato con la morte.
7. Anche in campo scientifico l'interesse è volto ad indagare l'impatto fisiologico dell'invecchiamento e l'incremento delle disfunzioni sulla sessualità con l'avanzare dell'età. Lentamente si fa strada un approccio integrato biopsicosociale ed interpersonale. Molti studi dimostrano che gli anziani continuano ad essere attivi sessualmente e annoverano tra i modulatori della pratica sessuale il genere, la disponibilità di partner, i precedenti livelli di attività sessuale e, soprattutto, la salute fisica e mentale. <https://www.istitutobeck.com/>
8. Non entriamo in merito a quegli autentici incontri e innamoramenti tra persone di età diverse anche questi spesso visti con un certo sospetto quando non oggetto di derisione.
9. Potremmo chiederci ad esempio perché tra le tante iniziative che stanno sorgendo per persone anziane sia meno frequente trovare un corso di maquillage per la terza-quarta età.
10. Giovanni Pascoli (1903), come molti altri poeti, esplora il rapporto tra vecchiaia e in

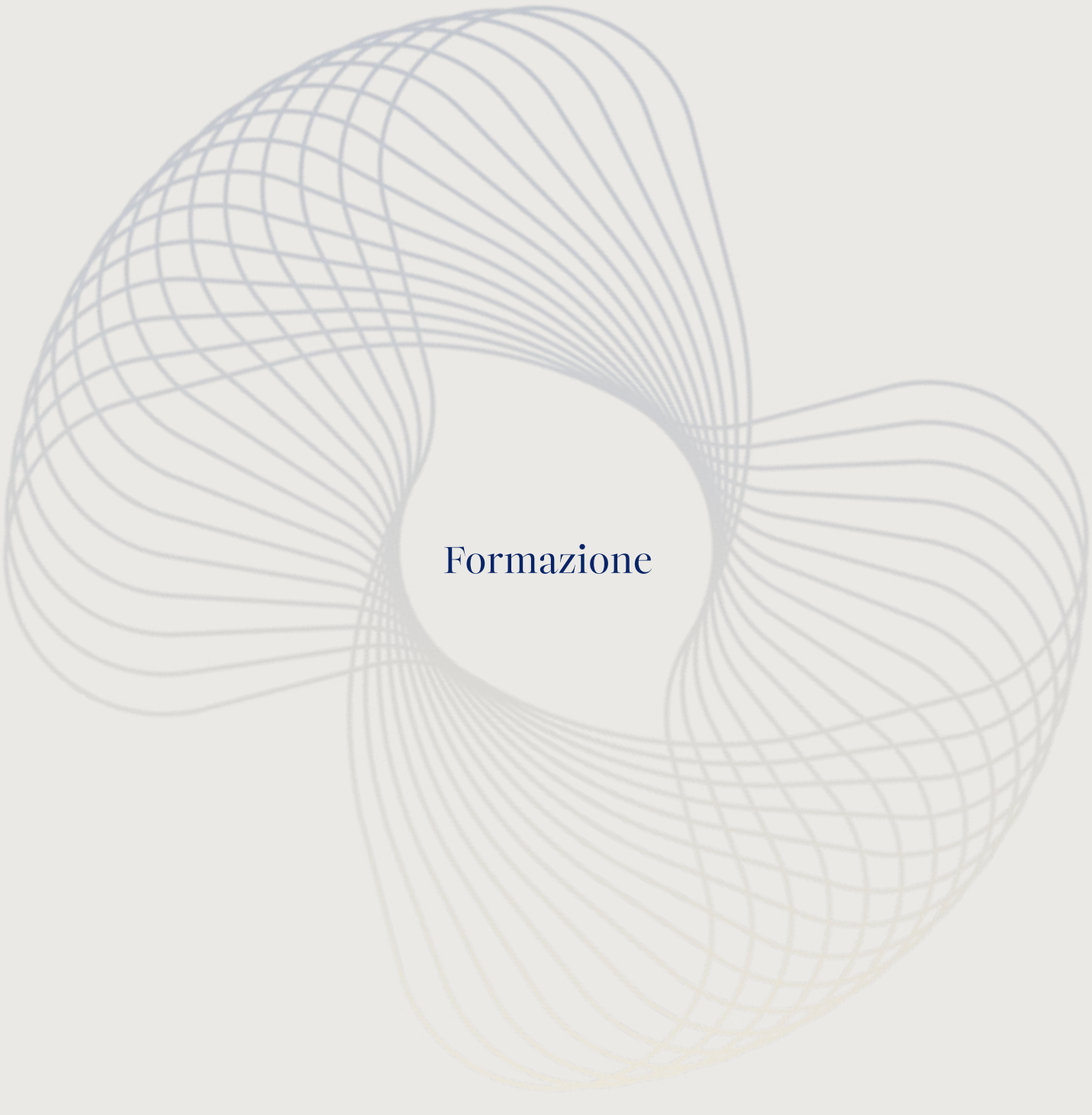
fanzia. La sua poesia *La nonna* è un inno al valore e al coraggio dei nonni, simbolo di amore, sacrificio e memoria.

11. Ci sono figli che, consapevolmente o meno, richiedono ai nonni un aiuto che comporta un carico di lavoro eccessivo, approfittando o non rendendosi conto della loro debolezza. Spetta ai nonni decidere i confini da porre alle richieste dei figli, difendendo i propri necessari spazi di autonomia e indipendenza. Senza voler ignorare la grande carenza di servizi pubblici per le famiglie, tuttavia esiste uno stigma sociale che ricade sui nonni che osano sottrarsi alle eccessive richieste dei figli. (Costanza Marzotto in Lucia Carli, *Porto sicuro nella tempesta*, Il Ponte, 20.11.22, pag. 8).
12. L'anziano, proprio per questo pudore, per questa abitudine a non dar voce ai propri bisogni e alle proprie difficoltà, fatica a trovare, all'interno del sistema familiare, una posizione soddisfacente sia per lui sia per i figli, ormai adulti e a loro volta genitori. Forse questa difficoltà a dirsi le cose non aiuta a risolvere i momenti critici, a elaborare a tempo debito una separazione, che non è rottura, dai figli e aiutarli a farlo. Così facendo, quanto – e con che aspettative – cercherà e ritroverà di sé nel nuovo, più giovane sistema familiare? “Cosa troverà del proprio credo nei sistemi educativi che i figli adottano? Con chi e su che cosa potrà comunicare veramente” (Vecchio, 1980, pag 70), nel rispetto delle individualità ormai formate?
13. Nel documentario *Lust chance* (2022), realizzato in una casa di riposo dalla regista Elisabetta Calamela e prodotto dalla Start (www.lustchancefilm.it), una ospite, Rosaria, dice: “I sentimenti del cuore non invecchiano... anzi l'amore fa bene, aiuta a mantenerti” perché “è la naturalezza”, vale a dire la componente naturale dell'uomo, da manifestare e non da nascondere. Nel film, infatti, questa reazione vitale alla morte imminente non appartiene solo ai due anziani, ma anche a più giovani membri del gruppo.
14. Sulla scia della legge 33/2023 che prevede il passaggio da un'assistenza frammentata a una cura della persona anziana nella sua globalità.
15. La difficoltà ad entrare nel tempo della persona anziana si mostra talvolta anche nella tendenza opposta, di leggere le domande e di proporre soluzioni in chiave giovanilistica, più vicina all'età cui l'operatore appartiene, senza modularne le possibili soluzioni sulla realistica condizione della persona stessa.

Bibliografia

- Augé, M. (2014). *Il tempo senza età. La vecchiaia non esiste*. Trad. it. D. Damiani. Cortina, Milano.
- Bayda E., & Hamilton, E. (2019). *Invecchiare: guida per principianti*. Trad. it. B. Baisi. Ubaldini, Roma.
- Carli, L. & Buday, E. (2023). La crescita non finisce mai. Aspetti psicologici evolutivi della nuova età anziana. *Psicoanalisi contemporanea*, 2 www.apsic.it/rivista-psicoanalisi-contemporanea/, pp 35-50
- Carpani, S. (2025). Una coppia esiste solo se si supporta e si sopporta. *La Stampa. Tutto libri*, 4 ottobre, p. VII.
- Friedland, S. (2025). Intervista in Zanuttini, P. (2025). Incontri ravvicinati con la vecchiaia, *Il Venerdì di Repubblica*, 12 settembre, p. 101.
- Le Gouès, G. (1995). *La psicoanalisi e la vecchiaia*. Trad. it. E. Cimino, Borla, Roma.
- Marzotto, C. (2018). *Separazione. Sempre al tuo fianco. Guida pratica per nuovi nonni*, San Paolo, Milano.
- Marzotto, C. (2022). Intervista. In L. Carli, *Porto sicuro nella tempesta, Il Ponte*, 20 novembre, p. 8.
- McGoldrick M., & Carter E. A. (1982), The family life cycle. In F. Walsh (Ed.), *Normal Family Processes*, Guilford Press, New York.
- McGoldrick M., Garcia Preto N., & Carter B. (2015). The life cycle in its changing context: individual, family, and social perspectives. In M. McGoldrick, N. Garcia Preto & B. Carter (Eds.), *The expanding family life cycle: individual, family and social perspectives* (5th ed), Pearson Education, New York, USA., pp. 1-62.
- Paglia, V. (2002). *La forza della fragilità*, Laterza, Bari-Roma.
- Paglia, V. (2021). *L'età da inventare*, Piemme, Milano.
- Pascoli, G. (1903). *I canti di Castelvecchio*, Zanichelli, Bologna.
- Pontalti, N. (2005). *Il tempo dell'adolescenza. Per una clinica del soggetto in divenire*, Borla, Roma.

- Ravera, L. (2023). *Age Pride. Per liberarci dai pregiudizi sull'età*, Einaudi, Torino.
- Rigotti, F. (2018). *De senectute*, Einaudi, Torino.
- Stern, D. (2004). *Il momento presente*. Cortina, Milano.
- Telfener, U. (2011). *Apprendere i contesti*, Cortina, Milano.
- Vecchio S., & Origlia D. (1980). Per una nuova identità dell'anziano. Analisi di alcuni aspetti. *Difesa sociale*, 1.
- Zanuttini, P. (2025). Incontri ravvicinati con la vecchiaia, *Il Venerdì di Repubblica*, 12 settembre, pp. 100-103.

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping circles. The circles are arranged in a way that they create a central, irregularly shaped void. The lines are light gray, and the overall effect is a complex, woven texture. The pattern is centered on the page.

Formazione

P. Fonagy: *La realtà psichica negli stati borderline*.
Una lettura alla luce della clinica contemporanea.

Giulia Brolato

“Al cuore del Sé maturo
c’è la figura di rispecchiamento”
P. Fonagy (2005)

A Laura

INTRODUZIONE: IL CONCETTO DI MENTALIZZAZIONE

I bambini ci guardano è il titolo di un film del 1944 di Vittorio De Sica. Tale detto è divenuto diffuso nel linguaggio comune e potremmo dire che assume, nell’ottica del paradigma della mentalizzazione, una valenza profonda e complessa. Attraverso il *rispecchiamento*, in cui vi è una reciproca sintonizzazione emotiva tra madre e bambino che permette di riconoscersi reciprocamente proprio tramite lo sguardo, i bambini osservano i loro *caregiver* fin dalla primissima infanzia, percepiscono i loro affetti e provano a loro volta affetti.

Nel pensiero di Freud, gli affetti sono la qualità psichica della pulsione che può essere sia qualitativa, ovvero di tipo piacevole o spiacevole, che quantitativa, forte o debole. La pulsione si esprime soggettivamente attraverso le sensazioni e può legarsi a un oggetto sia interno che esterno sotto forma di energia psichica. A questo proposito, Fonagy scrive “dall’esperienza dell’affetto con la figura di attaccamento può infine sbocciare la mentalizzazione, ma solo nel contesto di almeno una relazione sicura d’attaccamento continuativa” (Fonagy, P. e Georgely G. 2005, p. 280).

Il *caregiver* diventa per il bambino un modello da seguire: lo osserva nella regolazione delle sue emozioni e lo prende come esempio per una sua stessa autoregolazione. E’ bene che i genitori siano consapevoli del fatto che i bambini provano per loro degli affetti e che, fidandosi di loro in quanto figure di riferimento, li osservano per capire come comprendere il mondo. Quest’attitudine è alla base del concetto di *fiducia epistemica*, vale a dire la disponibilità da parte del bambino ad accettare, in seguito a questo primario rapporto positivo con le figure di attaccamento, il fatto che la conoscenza sociale, che necessariamente proviene dagli altri, sia valida e adatta per la sua comprensione del mondo in generale. Nello sviluppo della mente infantile lo stabilirsi di una fiducia epistemica di base favorirà, via via, la possibilità di relazioni contrassegnate da fiducia verso un’insegnante, un adulto portatore di sapere, l’altro da sé, uno psicoterapeuta. I concetti di fiducia epistemica e di rispecchiamento gettano, quindi,

le basi evolutive di un sano sviluppo psichico.

Il concetto di mentalizzazione consente di esplorare la radice del rapporto tra il bambino e la figura di attaccamento. Fin da quando siamo bambini, infatti, le emozioni e gli affetti, con il loro impatto sul nostro sistema psichico in erba, ci sottopongono alla necessità di dar senso ai nostri vissuti e al vissuto dell'altro e, per tutta la vita, possiamo sentire la necessità di comprendere e di autoregolarci al cospetto dell'altro e di noi stessi, per *stare con*.

Personalmente ritengo che, in presenza di adeguate condizioni evolutive, noi proviamo piacere nel mentalizzare perché ci accorgiamo che questo processo ha un vantaggio relazionale, ci autorizza a sentirci e a percepirci come portatori di sentimenti e percezioni e come *agenti intenzionali*, in altri termini ci consente di comprendere meglio l'altro, i suoi bisogni e desideri. Una madre capace di mentalizzare il bambino, senza distorsioni nella sua funzione di rispecchiamento, è *sintonizzata emotivamente*. Il bambino, così contenuto, non avrà necessità di trovare strade alternative per rispondere al suo eventuale malessere o disagio.

Essere capaci di mentalizzazione significa essere in grado di comprendere noi stessi e gli altri basandoci su quello che accade in noi, considerando anche la mente dell'altro in un processo relazionale. Se siamo dotati di intelligenza emotiva, possiamo prendere in considerazione le emozioni nostre e degli altri e dare delle spiegazioni sul nostro modo di relazionarci e sul loro. Inoltre, sappiamo che tutto questo ha un limite che è dato dalla stessa natura umana, lasciando all'altro e a noi una parte di soggettività non esplorabile.

Questo gioco di esplorazione avviene naturalmente a partire dalla nostra prima infanzia. Chiariamo questo concetto con un esempio. Se sono una bambina della scuola materna e vedo un altro bambino piangere perché è caduto, questo può attivare in me un atteggiamento empatico rispetto al suo vissuto di dolore; questa modalità empatica può farmi pensare come mi sentirei se fossi io al suo posto e, magari, può attivare la tendenza ad avvicinarmi per chiedergli come sta e se gli fa tanto male il ginocchio perché, se io fossi al suo posto, starei meglio se facessero così con me.

In situazioni analoghe, possiamo osservare che non tutti i bambini agiscono in questo modo: alcuni di loro possono continuare a giocare mostrando noncuranza verso ciò che accade, altri possono invece 'sentire' ciò che sente l'altro e decidere poi cosa fare di ciò che hanno percepito 'nell'andare verso'.

SVILUPPI DEL CONCETTO DI MENTALIZZAZIONE

Wilfred Bion può essere considerato il precursore del concetto di mentalizzazione. Com'è noto, la sua teorizzazione della mente è caratterizzata dall'importanza attribuita alla cosiddetta funzione alfa. La mente del bambino può essere popolata da impressioni di origine sensoriale, grezze, protomentali, gli elementi beta. Egli non è in grado di processare tali elementi, ma questi possono essere raccolti dalla madre, processati in sua vece e restituiti. In questo

modo la madre ‘presta’ la propria funzione alfa al bambino, il quale a sua volta svilupperà il proprio ‘apparato per pensare i pensieri’, cioè la sua mente. Questo percorso è necessario affinché si possa avviare la capacità di creazione di simboli e la formazione del linguaggio e del pensiero. Nella visione di Bion, questo è possibile se, nella relazione, la figura di attaccamento, ‘rispecchiante’, è una mente pensante e capace di contenimento.

Nell’approccio teorico di Fonagy il bambino diviene solo gradualmente consapevole di essere *soggetto agente*, dotato di intenzionalità, sentimenti e pensieri e di capacità di gestire l’ambiente tramite questi. Sono le espressioni del genitore nel suo relazionarsi con il bambino che conducono via via quest’ultimo a spostare l’attenzione sulla propria esperienza interna. Tali rappresentazioni primarie dell’esperienza vengono poi organizzate in rappresentazioni secondarie sia della mente che del corpo. Se il genitore non riesce a mentalizzare, a pensare all’esperienza emozionale del suo bambino, lo priva di una struttura centrale del Sé, una caratteristica funzionale all’adattamento, che rende l’esperienza vitale e vitalizzata.

Grazie alla facoltà di mentalizzazione, inoltre, siamo in grado di regolarci affettivamente da adulti: per esempio, impariamo a gestire la giusta dose di rabbia quando riceviamo un torto, riconoscendo come lecita l’emozione negativa e riuscendo, a livello comportamentale, a non recare danni a noi e alla relazione.

Fonagy sostiene che le persone capaci di mentalizzazione hanno avuto genitori ‘mentalizzanti’, come se mentalizzare fosse un’abitudine originaria, un modo di stare al mondo, di stare in relazione con l’altro. Nel saggio che stiamo analizzando, l’autore afferma “l’enfasi è sulle conseguenze che l’assenza di una rappresentazione secondaria (metacognitiva) dell’affetto, ha sullo sviluppo della realtà psichica del bambino” (Ibidem, p. 283). Il presupposto di questa conseguenza è l’integrazione di due modalità dell’esperienza della mente, l’*equivalenza psichica* e il *far finta*. Queste due modalità di funzionamento sono i precursori della mentalizzazione in senso evolutivo. L’*equivalenza psichica* è una modalità di funzionamento molto precoce in cui il mondo interno, inteso come il mondo della mente, e il mondo esterno (il mondo degli oggetti) sono per il bambino non scindibili e non distinguibili tra loro. A due anni di età la realtà, secondo la modalità dell’equivalenza psichica, viene vissuta dal bambino *così com’è*: se egli vede un suo amico con il costume di Spiderman, l’amico *sarà* Spiderman a tutti gli effetti. Questa esperienza, ci spiega Fonagy, può provocare *terrore* in quanto la fantasia è vissuta come se fosse reale. Fonagy ipotizza che per questo motivo si possa sviluppare, evolutivamente, la modalità del *far finta*, che protettivamente separa l’attività fisica da quella psichica in modo che le due realtà non siano così coincidenti. Nel *far finta* è possibile introdurre maggiore distanziamento e non vi è collegamento necessario tra finzione e realtà: la finzione è intesa come tale ed è ben separata dalla realtà. Pensiamo al gioco simbolico: il mio amico ha il costume da Spiderman, ma so che è sempre lui e non il personaggio, so che fa finta, che gioca.

Un atteggiamento genitoriale *giocosco* è il fattore centrale per permettere l’integrazione di

queste due modalità. Avere a che fare con una mente genitoriale mentalizzante, permette di coniugare le prospettive di finzione e di verità e una crescente consapevolezza simbolica e riflessiva, il cui risultato è percepirsi anche capace di riflessione su di sé e sull'altro, con il ragionevole dubbio che permette di accettare il fatto che la realtà non sia necessariamente come appare agli occhi della nostra soggettività.

I DEFICIT DI MENTALIZZAZIONE

Se un bambino, divenuto adulto, continua a funzionare rigidamente nella modalità dell'equivalenza psichica o del far finta possiamo parlare di *deficit di mentalizzazione*, un deficit considerato un aspetto centrale nella patologia borderline.

I fallimenti nella sintonizzazione possono derivare da tre fattori: dalla patologia del genitore, da fattori costituzionali del bambino, dal trauma.

Nella *patologia del genitore* il sé costituzionale del bambino, in presenza di un *caregiving* genitoriale insensibile e mal sintonizzato, può sviluppare delle lacune nella sua strutturazione iniziale. Il bambino, quindi, può non riuscire a trovare sé stesso nella mente della madre e nel suo sguardo e, per contro, incontrare solo la madre stessa con il suo mondo autocentrato. Si pensi, ad esempio, all'attaccamento disorganizzato: se mi trovo di fronte a una madre teatrale, che è emotivamente inglobante e autocentrata sulle sue emozioni dirompenti, io interiorizzerò un'immagine di me che spaventa, che crea reattività nell'altro e che rimarrà però *estranea* e priva di connessione con il mio sé costituzionale originario. Questo sé alieno, una volta introiettato, viene successivamente esternalizzato per mezzo di un meccanismo difensivo di proiezione. In questo modo il bambino può evacuare all'esterno le sue parti mentali che non riconosce come appartenenti a sé, proiettandole nell'oggetto. L'oggetto può essere il corpo stesso del bambino o l'altro. Proviamo a fare l'esempio dell'angoscia: un genitore abitato dall'angoscia determinerà nel bambino l'interiorizzazione dell'esperienza e delle difese che il genitore stesso attiva rispetto a questo sentimento, e l'angoscia non metabolizzata da una mente genitoriale non mentalizzante, sarà rispecchiata o evitata dal bambino. Il bambino può quindi sviluppare una predisposizione a sperimentare le emozioni attraverso gli altri, proprio come accade nelle strutture borderline di personalità.

Rispetto ai *fattori costituzionali* del bambino Fonagy, con la teoria della mentalizzazione ha anche fornito contributi interessanti per comprendere i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo, in particolare quelli che si manifestano nella difficoltà di comunicazione sociale e di interazione. Fonagy si sofferma in particolare sui *bambini disorganizzati*, una categoria particolare che manifesta caratteristiche di ipervigilanza rispetto al comportamento del *caregiver*. Questi bambini tendono ad utilizzare tutti gli indizi disponibili per poter formulare predizioni difensive. Il bambino disorganizzato non esplora la mente dell'altro alla ricerca sana di una rappresentazione dei propri stati mentali, ma è alla ricerca degli stati mentali dell'altro che

percepisce minacciosi per il suo sé. Questi bambini possono diventare molto bravi nel cogliere segnali e anticipare la mente del *caregiver*, ma in alcune circostanze possono essere meno capaci di riconoscere i loro stessi stati mentali. Di fronte a un adulto non mentalizzante e sopraffatto dai suoi stati emotivi, il bambino può sviluppare delle difese molto disadattive quali l'inibizione della mentalizzazione e successive distorsioni dello sviluppo di personalità. Il *trauma* sostiene un ruolo significativo nella patologia borderline perché interferisce con i processi evolutivi e con la capacità di mentalizzazione. Esplorare i sentimenti del genitore maltrattante può causare ripercussioni ulteriormente traumatiche sul bambino e, di conseguenza, in questo naturale evitamento, il bambino maltrattato che vive in un ambiente minaccioso orienterà la sua attenzione quasi esclusivamente a controllare il mondo esterno, con la conseguenza che rimarrà poco spazio per esplorare un mondo interno separato in cui evolversi. Il bambino maltrattato sviluppa un'insicurezza di fondo basata sul fatto che qualsiasi comunicazione potenzialmente rassicurante da parte del genitore gli potrà sembrare falsa, accrescendo una rischiosa sfiducia epistemica primaria “[...] il mondo interno dell’oggetto è incomprensibile, terrificante o ingannevole” (Ibidem, p. 285). In questi bambini si può osservare la persistenza di una modalità di *equivalenza psichica* nella realtà interna che comporta una difficoltà di distinzione tra reale e non reale, nonché l’uso della dissociazione attraverso la modalità del *far finta*, con conseguente deficit di mentalizzazione nel riflettere sui propri stati mentali e su quelli dell’oggetto. È il caso di Sandra descritto da Fonagy: la paziente proponeva narrazioni teatrali tramite la modalità del *far finta* in cui gli eventi psicologici e le sue relazioni interpersonali erano idealizzati e svuotati di emozione.

Ci possono essere genitori che non riescono ad avere una modalità mentalizzante con i propri figli, ma non necessariamente traumatica, ci spiega Fonagy. In questo caso si parla di insicurezza nell’attaccamento. “Noi riteniamo che la capacità da parte del genitore di adottare un atteggiamento empatico di gioco sia essenziale affinché il bambino sperimenti il contenimento delle sue proiezioni” (Ibidem, p. 286). Un genitore emozionalmente non accessibile può impedire che il bambino si crei un’immagine del proprio mondo interno.

Fonagy parla di *brutalizzazione* come disumanizzazione dei legami di attaccamento: “Riteniamo che la brutalizzazione dei legami affettivi, finisca per deattivare parzialmente il sistema di attaccamento in contesti specifici, indica che la natura maligna delle esperienze di brutalizzazione è radicata nell’intensità dell’umiliazione ad essa associate. L’assenza della capacità di mentalizzazione e la ricomparsa dell’equivalenza psichica rendono gli individui con una storia di trascuratezza psicologica eccezionalmente vulnerabile alla brutalizzazione [...]” (Ibidem, p. 327). Da ciò deriva un senso di vergogna distruttiva che nasce dall’essere trattato come un *oggetto fisico* proprio in una relazione in cui ci si aspetterebbe un riconoscimento soggettivo. Saper mentalizzare, in questo caso, permetterebbe per contro questo riconoscimento soggettivo da parte di sé stessi, distinguendo l’altro, con il suo modo di percepire, da sé.

Nella patologia borderline spesso il cambiamento è difficile proprio perché il paziente non ha fiducia a causa delle sue esperienze traumatiche e per il suo modo di utilizzare la modalità di equivalenza psichica. Egli non si fida dell'altro perché immagina che abbia intenzionalità differenti da quelle dichiarate, e si basa sulla sua esperienza pregressa inevitabilmente traumatica. Il rischio è lo stabilirsi di un senso di isolamento e di vergogna. Inoltre, i traumi possono indebolire la volontà del bambino di giocare con idee e sentimenti che vengono avvertiti come troppo reali, relativi agli eventi esterni; al tempo stesso il deficit di mentalizzazione interna creerà la propensione alla continua reiterazione ripetitiva del trauma.

Nelle patologie borderline, l'altro è oggetto di proiezioni massicce di natura difensiva e deve essere tenuto vicino a dispetto di una relazione disfunzionale. L'altro sorregge l'idea di sé, pena il vuoto depressivo e identitario. Le relazioni sono turbolente e instabili con tratti di dipendenza e talvolta ambivalenza tra dominio e masochismo. Non vi è una comprensione reale e realistica dell'altro, per via del deficit di mentalizzazione che viene svuotato e oggettivizzato in senso funzionale al sé. Vi è una forte rigidità funzionale che non permette di abbandonare il funzionamento disadattivo per il timore del vuoto e della confusione spesso provata e, quindi, anche la terapia è caratterizzata dalla tendenza del paziente a funzionare nella modalità dell'equivalenza psichica, in base alla convinzione che la realtà soggettiva sia reale e non passibile di dubbio. L'esperienza mentale non può essere concepita a livello simbolico e i pensieri e i sentimenti hanno un impatto diretto. Tale impatto può essere evitato solo da movimenti difensivi arcaici e primitivi.

L'agito evoca nell'altro sia ansia che paura e lo 'lega' tramite un meccanismo strumentale di ipercontrollo e un uso strumentale dell'affetto "Non essendo in grado di sentirsi sé stessi dall'interno, essi sono costretti a sperimentare il sé dall'esterno" (Ibidem, p. 290). Lo stile di attaccamento con la figura primaria è di solito di tipo disorganizzato.

Nel descrivere il *Sé alieno* teorizzato da Fonagy, la mia riflessione va al concetto di Madre Morta introdotto da André Green e a un parallelo tra le due teorizzazioni. Scrive Green "Il bambino ha fatto la crudele esperienza della sua dipendenza dalle variazioni d'umore della madre: d'ora in poi dedicherà le sue forze a indovinare o ad anticipare [...]. Il paziente ha il sentimento di una maledizione che pesa su di lui, quello della madre morta che non finisce mai di morire e che lo trattiene prigioniero. Gli oggetti del soggetto restano sempre al limite dell'Io, né totalmente dentro né totalmente fuori e con ragione perché il loro ipotetico posto è occupato al centro dalla madre morta" (Green, 2022, pp. 232-3). Mentre la madre morta per Green è una madre che propone al bambino un attaccamento inizialmente vitalizzante, ma che a un certo punto cambia e si devitalizza, privando il bambino dell'affetto in un suo processo di devitalizzazione depressivo, Fonagy sembra descrivere un trauma più precoce, in cui la figura di attaccamento non è stata capace di sintonizzazione emotiva con il bambino fin dall'inizio, dall'esordio della diade madre bambino; quindi, parla di un trauma più arcaico e strutturale. Il *Sé alieno* in Fonagy è una struttura infantile che è stata interiorizzata all'inter-

no e al posto di parti del sé arcaico, nell'ottica del trauma precoce. Egli parla di "un'esperienza aliena all'interno del sé", (Fonagy, P. e Georgely G. 2005, p. 321)

LA REINTEGRAZIONE DELLA REALTÀ ESTERNA NEL LAVORO TERAPEUTICO

Rispetto alla terapia e alla tecnica, il lavoro è volto a reintegrare nella rappresentazione di sé del paziente le immagini sia interne che esterne che derivano dalla realtà esterna. Il corpo o l'altro possono diventare oggetto di proiezioni, sia nel dolore del proprio corpo, tramite il sintomo, che nel rapporto disfunzionale interpersonale. È importante considerare la disponibilità costante e l'offerta attiva della propria mente che l'analista deve fornire in modo che il paziente possa scoprire il suo sé. Scrive Fonagy "Riteniamo che l'appropriata priorità tecnica sia la sopravvivenza di una certa coerenza dell'identità dell'analista, più specificatamente con la conservazione nella propria mente di un'immagine chiara dello stato mentale del paziente" (Ibidem, p. 311).

L'esperienza della continuità dell'analista, che diviene inevitabilmente all'inizio transferalmente la riedizione della figura di attaccamento folle o evitante, permette ai pazienti di esplorare l'oggetto alieno interno, di riconoscerlo come tale e di conseguenza di distanziarsene, in un rapporto che vede il paziente come agente intenzionale. L'altro fisico, l'analista che svolge questa funzione, deve rimanere presente e sopravvivere affinché tale processo possa avvenire o anche solo avviarsi. Ovviamente si tratta di un processo molto complesso e lungo che affonda le sue radici nel possibile recupero della fiducia epistemica, o nelle radici di una fiducia epistemica che non è andata completamente perduta, e nel fatto che l'analista deve in qualche modo rinunciare all'idea di non avere a sua volta delle parti scisse, accettando su di sé proiezioni massicce e lontane dal suo sé costituzionale. L'analista deve essere in grado di adottare un atteggiamento analogo a quello del *genitore giocoso* che nel gioco di finzione con il bambino, è in grado di percepire le due realtà, quella concreta e quella della finzione. Il trattamento è differente da quello della nevrosi che si concentra più sul rendere conscio ciò che era stato inconscio, in quanto il paziente borderline è un paziente impegnato ancor prima a *sopravvivere sul piano psichico*. Se tutto procede in senso riparativo, l'introiezione nel paziente dell'interesse dell'analista per i suoi stati mentali incrementa la capacità del paziente stesso di sviluppare un medesimo interesse per la propria esperienza. Per Fonagy occorre lavorare in senso terapeutico in modo che il paziente possa divenire in grado di trovare sé stesso nella mente dell'analista, e di percepirsi in quanto essere pensante e senziente. Questa è la partenza del vero e proprio lavoro terapeutico, che fonda le basi nel recupero della fiducia. "Si viene così a creare quella rappresentazione che non si è mai pienamente sviluppata nella prima infanzia che è stata probabilmente ulteriormente indebolita dalle successive esperienze interpersonali dolorose. In questo modo viene rafforzata la struttura nucleare del sé del paziente e può essere acquisito un sufficiente controllo sulle rappresentazioni mentali

degli stati interni in modo tale che il lavoro terapeutico vero e proprio possa iniziare” (Ibidem, p. 335).

CONCLUSIONI

Concludo con un pensiero e un ringraziamento alla mia tutor di specialità e collega Laura Marino, ricordata nell'esergo di questo articolo. Laura è stata una psicoterapeuta capace di mentalizzazione e a lei devo molto, quotidianamente. Ho avuto la fortuna di incontrare Laura agli inizi del duemila, durante il mio percorso di formazione, sia personale che professionale. Il suo insegnamento ha contribuito a orientare le riflessioni cliniche mie e degli altri specializzandi sul tema della mentalizzazione e della fiducia epistemica a partire dalla pratica clinica. Psicoterapeuta dell'età evolutiva, Laura ci esortava a pensare sempre all'Altro e ai suoi vissuti, sentimenti e pensieri, cercando di dar loro valore e riconoscimento. Quando conduceva le supervisioni dei nostri piccoli pazienti diceva spesso: 'Se a un bambino fai una promessa, la dovrai mantenere' e aggiungeva: 'Dire la verità a un bambino gli fa sentire che potrà fidarsi'. Laura, inoltre ci ricordava sempre che bisogna 'avere pensiero per l'altro', e credo sia questo il senso profondo della mentalizzazione. A Lei sempre il mio grazie, che so essere di tanti.

Bibliografia

- Allen, J. Fonagy, P., Bateman, A. (2008). *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2010.
- Bateman, A. e P. Fonagy (2005). *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
- Brolato, G. (2024). “Vitalità e annichilimento. Il narcisismo e l’oggetto dietro lo specchio. Una lettura di “Narcisismo di vita, narcisismo di morte”. *Psicoanalisi Contemporanea*. IV-1-2024. [pag 6– 14]
- Cassano, D. (2024). “Il conosciuto non pensato. Una lettura di “L’ombra dell’oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato”. *Psicoanalisi Contemporanea*. IV-2-2024. [pag. 9-18].
- Charmet P.G. (2000). *I nuovi adolescenti*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Danieli, M. (2023). “Riflessioni intorno a *Note su alcuni meccanismi schizoidi* (1946–1952)”, *Psicoanalisi Contemporanea*. III-2-2023. [pag 65-74].
- Danieli, M. (2025). “Su Eugenio Gaddini (1974), *Formazione del padre e scena primaria*”. *Psicoanalisi Contemporanea*. IV-1-2025. [pag. 47-58].
- Fattori. L. (2025) “L’inconscio come centrale simbolica. Una lettura di Il sogno di Irma e il destino della psicoanalisi di Franco Fornari”. *Psicoanalisi Contemporanea*. IV-1-2025. [pag.60–70].
- Fonagy, P e Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Fonagy, P. e Georgely G. E.L Jourist, M. Target (2005). *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del sé*. Raffaello Cortina Editore.
- Gergely, Z. e Unoka (2008). “Attaccamento e mentalizzazione negli esseri umani”. In E. L. Jurist, – A. Slade, S. Bergner, A cura di (2008). *Da mente a mente. Infant research, neuroscienze e psicoanalisi*. Trad. it. Milano, Raffaello Cortina, 2010.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*. Editions de Minuit, Paris. Trad. it. *Narcisismo di vita, Narcisismo di Morte*. Raffaello Cortina Editore, Milano (ristampa 2022).
- Muller, N., e Midgley, N. (2015). “Approaches to assessment in time-limited Mentalization-Based Therapy for Children (MBT-C)”. *Frontiers in psychology*, 6, 1063. [//doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01063](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01063).

Oasi, O., De Salve, F. e Bateman., A. (2021). “La mentalizzazione: genesi e sviluppo del costruito attraverso il pensiero dei suoi fondatori”. In Oasi, O. *L'eredità di Freud*. EDRA, Milano <http://hdl.handle.net/10807/203996>

Pugnetti, C. (2024). “L'inconscio come funzione simbolica. Una lettura di *Apprendere dall'esperienza*”. *Psicoanalisi Contemporanea*, IV-1-2024. [pag 26-34]

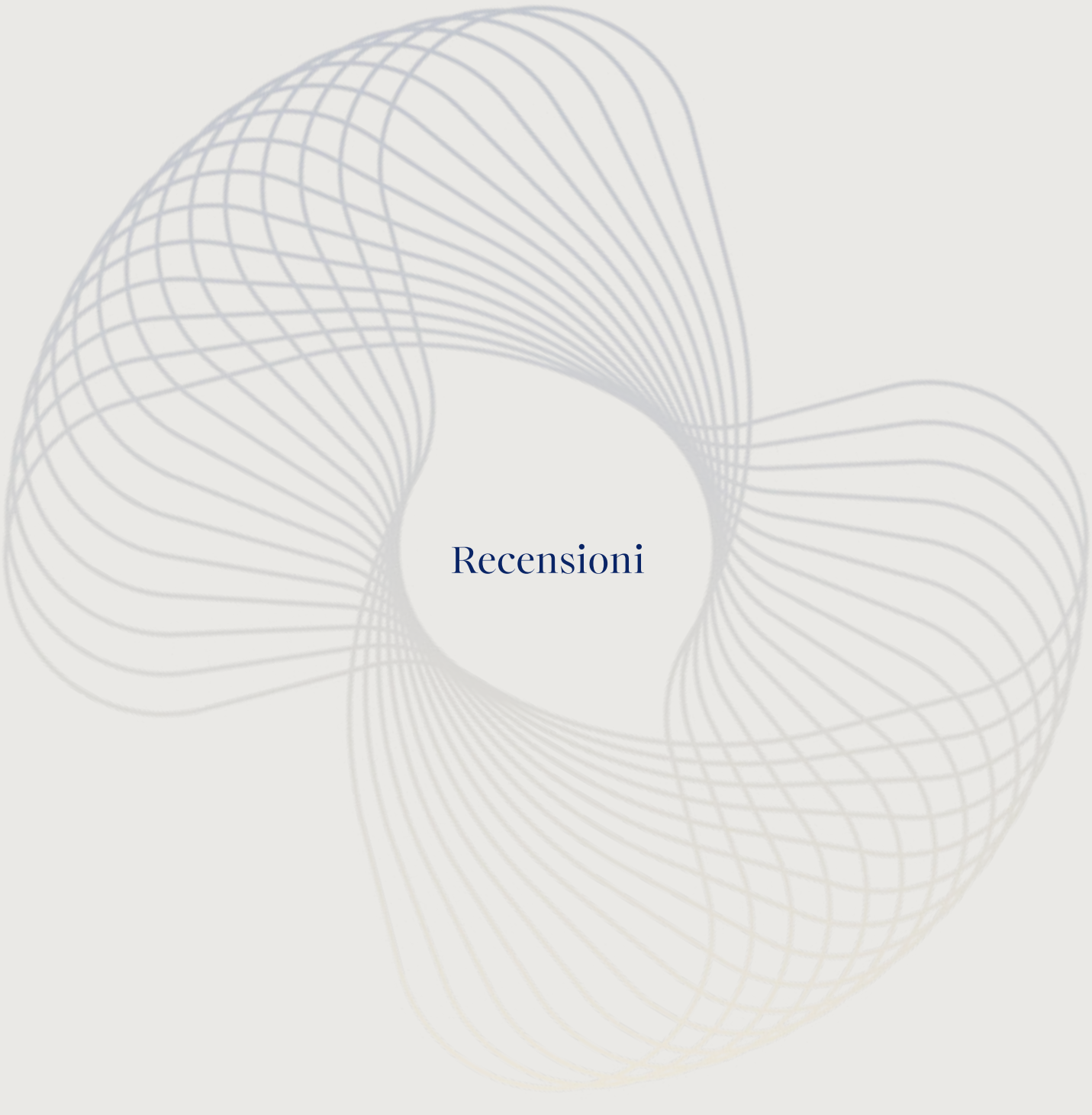
Rostagno, M. (2024). “Giocare per crescere. Una lettura di *Gioco e realtà*”, *Psicoanalisi Contemporanea*, IV-1-2024 [pag 15 - 24]

Settembrini, D. (2023). “Riflessioni intorno ad *Analisi terminabile e interminabile*”. *Psicoanalisi Contemporanea*. III-2-2023. [pag. 51-64].

Target, M. e Fonagy, P. (1996). “Giocare con la realtà II. Lo sviluppo della realtà psichica da un punto di vista teorico”. In *Attaccamento e funzione riflessiva*. Raffaello Cortina, Milano 2001.

Sitografia

Equivalenza psichica e modalità del far finta, tra tossicomania e disturbo borderline. <https://rpreziosi.blogspot.com/2018/02/equivalenza-psichica-e-modalita-del-far.html> (Febbraio 2018)

An abstract geometric pattern composed of numerous thin, overlapping lines that form a complex, three-lobed shape. The lines are arranged in a way that creates a sense of depth and movement, with some areas appearing more densely packed than others. The overall effect is reminiscent of a stylized, three-lobed flower or a complex knot.

Recensioni

Cinque studi sull'interpretazione a cura di Giuseppe D'Agostino e Massimo Vigna-Taglianti

Collana Psicoanalisi Contemporanea – Rosenberg & Sellier Editore, Torino, 2025
ISBN: 979-12-599-3326-3

Recensione a cura di Morena Danieli

Negli ultimi trent'anni la riflessione teorica in psicoanalisi è stata caratterizzata da numerosi approfondimenti relativi ai concetti che fondano la disciplina, fino a configurare una vera e propria svolta all'interno del paradigma scientifico psicoanalitico. Ne è stato chiaro testimone, per esempio, Richard Ogden, che qualche anno fa, in *Prendere vita nella stanza d'analisi* (Ogden, 2022), individuava tale svolta nell'affermazione di un approccio ontologico in psicoanalisi, laddove al centro della cura analitica si colloca l'esperienza del paziente che diviene soggetto della propria trasformazione. Ogden poneva in dialogo la svolta ontologica con il paradigma teorico "epistemologico", maggiormente volto a conoscere e comprendere il funzionamento psichico del paziente. Com'è facile intuire, non si tratta di un cambiamento di poco conto, e soprattutto non si tratta di un cambiamento che coinvolga solo il versante teorico. Infatti, oltre a richiedere un ripensamento di concetti cardine della teoria psicoanalitica, soprattutto di quelli ancora privi di uno statuto esaustivo, la "svolta" è avvenuta a partire da una visione della clinica in cui paziente e analista sono entrambi coinvolti in un gioco relazionale volto a generare una nuova narrazione e ad arricchire di significati l'esperienza trasformativa. Per esempio, se nel paradigma epistemologico grande spazio veniva lasciato all'interpretazione, strumento conoscitivo per eccellenza nell'offrire al paziente conoscenza circa il suo funzionamento, in quello ontologico viene posta attenzione principalmente alla peculiarità del discorso analitico e della comunicazione, verbale e non verbale, tra analista e paziente.

Che ne è dunque dell'interpretazione? Come configurare questo concetto in relazione a un lavoro analitico di co-costruzione esperienziale? Il lettore può trovare tracce significative del cambiamento in atto nel volume curato da Giuseppe D'Agostino e Massimo Vigna-Taglianti, *Cinque studi sull'interpretazione*. Il libro raccoglie i lavori di cinque psicoanalisti italiani (Michele Bezoari, Franco Borgogno, Anna Ferruta, Alberto Luchetti e Malde Vigneri), i quali, a partire dalla loro partecipazione ad un ciclo di seminari tenuti presso il Centro Torinese di Psicoanalisi, esplorano il concetto di interpretazione proprio alla luce delle declinazioni contemporanee. Come acutamente scrivono i due curatori nell'Introduzione, "la psicoanalisi post-freudiana si è strutturata attorno alla riflessione sul fatto che l'azione dell'interpretare, a prescindere dalle sue molte forme, prima di essere un'esperienza comunicativa di un *quid* di comprensione e significazione costituisce, al contempo, un *quid* di esperienza relazionale nuova, che potremmo chiamare meta-interpretativa" (p. 9).

In queste pagine D'Agostino e Vigna-Taglianti riassumono gli sviluppi principali del processo, ancora in divenire, che ha generato una ridefinizione del concetto di interpretazione centrata sull'attenzione rivolta all'esperienza relazionale ed emotiva che coinvolge analista e paziente. A monte di questo processo si collocano le teorizzazioni degli anni Novanta proposte da alcuni psicoanalisti italiani relative alla metafora del campo analitico (Baranger, 1993) intesa, alla luce del pensiero di Bion, come spazio di comunicazione inconscia tra paziente e analista (Borgogno, 1994; Gaburri, 1997). In questa prospettiva l'azione dell'interpretare assume una valenza comunicativa che, prima di essere un elemento di conoscenza per il paziente, impegna in un gioco bidirezionale anche le persone e le emozioni di entrambi i componenti della coppia analitica. Nell'attuale teoria post-bioniana del campo analitico il paziente e l'analista sono coinvolti in uno scambio relazionale nel quale può emergere il "senso del noi" della relazione (Civitarese, 2025). Nelle dense pagine iniziali del volume, D'Agostino e Vigna-Taglianti ripercorrono le tappe di questa trasformazione, non trascurando però di indicarci come già nel corpus freudiano sia possibile cogliere la valenza relazionale dell'interpretare (Freud, 1912; Freud, 1937).

Se dunque il campo relazionale analitico è intessuto da una comunicazione inconscia bidirezionale tra le "due persone che parlano in una stanza" (Nissim, 1984), come si costituisce l'intreccio di scambi verbali e non verbali nel divenire del dialogo analitico? Michele Bezoari si pone questa domanda nel suo articolo ("Di che cosa stiamo parlando? Esperienza emotiva e linguaggio nella situazione analitica", pp. 23-43), sottolineando come nel pensiero freudiano non esista una teoria del linguaggio applicabile *tout court* alla conversazione analitica, teoria che d'altro canto è difficile trovare anche nelle teorie linguistiche strutturaliste dei primi anni Cinquanta del Novecento, anni in cui almeno una parte dei teorici della psicoanalisi considerava con interesse le teorizzazioni linguistiche. In quel panorama vi era però l'eccezione, che l'Autore ricorda, dei lavori del filosofo analitico John L. Austin sugli atti linguistici performativi. Secondo la teoria degli atti linguistici di Austin la maggior parte degli enunciati del linguaggio ordinario compie vere e proprie azioni comunicative che influenzano non solo il contesto dell'enunciazione ma anche il mondo circostante. A partire da un *excursus* linguistico e psicoanalitico sul tema del linguaggio come azione, Bezoari richiama l'attenzione del lettore sulla necessità per l'analista di "riconoscersi come co-attore delle dinamiche che prendono vita in seduta [...] grazie alla fiducia di trovare nel paziente un co-autore del lavoro interpretativo necessario a rendere queste dinamiche rappresentabili" (p. 31). Perché questo sia possibile l'ascolto e la parola dell'analista è conveniente sia orientato nell'attualità della seduta da un criterio di pertinenza *à la Austin* rivolto a cogliere i precursori delle emozioni, cioè gli elementi sensoriali congelati ad uno stadio pre-simbolico. In questa prospettiva l'interpretazione emerge mediante il dialogo analitico tra due co-autori che, sintonizzati tra loro e ai fini della cura, fanno leva sulla multidimensionalità della parola e delle interpretazioni. Nel suo contributo ("L'interpretazione in una personale prospettiva di campo", pp. 45 – 61).

Franco Borgogno sottolinea che per essere significative le interpretazioni che hanno luogo nel campo analitico devono essere precedute da “un’incubazione pre-riflessiva e pre-concettuale che inconsciamente le prepara” (p. 46). Questo avviene quando si stabilisce “una continuità dell’interazione libidico-affettiva inconscia fra paziente e analista” (ibidem). Tale campo di risonanza inconscia può essere a lungo indistinto perché in esso si muovono sensazioni ed emozioni veicolate da entrambi i membri della coppia analitica ma provenienti da spazi psichici ignoti a entrambi. Spesso, scrive Borgogno, “l’uscita da questa condizione arriva da metafore iconografiche e visive che [...] sono già di fatto il risultato dell’essersi generosamente messi in campo senza paura di perdersi [...] e dei processi di *rêverie* e di lavoro del sogno” (ibidem). Nelle pagine che seguono l’Autore mostra l’applicazione di questa concezione di campo analitico in tre periodi della lunga, commovente analisi di un paziente, Mirko, la cui vita è stata dolorosamente segnata da un trauma generazionale. Il materiale clinico generosamente offerto al lettore consente di vedere in atto i passi di analista e paziente verso una risonanza emotiva che ha consentito al paziente di giungere ad una trasformazione autentica attraverso gli anni e anche dopo la fine dell’analisi.

Nel terzo capitolo del volume Anna Ferruta (“L’esperienza dell’interpretazione. Contatto, penetrazione, evitamento”, pp. 63 – 77) affronta il tema dell’interpretazione in relazione alla clinica con pazienti con patologie identitario-narcisistiche. Nel suo articolo indica due posizioni condivise dalla comunità psicoanalitica sul tema dell’interpretazione: da un lato il fatto che l’interpretazione costituisce lo strumento principale per far emergere esperienze emotive non ancora simbolizzate, dall’altro che l’interpretazione possa essere vista come un evento bipersonale nato dalla comunicazione di analista e paziente. Ferruta richiama alla nostra attenzione le raccomandazioni di Winnicott affinché l’interpretazione sia un evento psicologico reale, in grado di lasciar emergere parti inesprese del sé del paziente dando loro una possibilità di raffigurazione. In particolare Winnicott raccomandava all’analista la capacità di sostare in una posizione di attesa anche se sospinto dalla pressione controtransferale del paziente (Winnicott, 1968). L’interpretazione, secondo Ferruta, si configura così come un evento drammatico in cui si manifesta una dialettica complessa alla ricerca di un equilibrio che eviti sia l’arbitrarietà che si poggia sul solo “sentire dei due soggetti in gioco” (p. 67), sia un atteggiamento dell’analista che opera deduzioni a partire da una teoria astratta. In questo lavoro è, a mio parere, particolarmente interessante quanto l’Autrice scrive ed argomenta circa la qualità poetica dell’interpretazione, grazie alla quale è possibile si stabilisca un processo in cui il lavoro associativo del paziente e dell’analista stabilisce nuove connessioni e in cui il paziente sente riconosciuta la propria “qualità di mente soggettiva e costruttiva al lavoro, il suo carattere di alterità rispetto all’oggetto analista che è lì per ascoltarlo e incontrarlo e prendersi cura di lui” (p. 72). Tutto questo viene mostrato nel materiale clinico illustrato nell’articolo.

Alberto Luchetti (“Per una metapsicologia dell’interpretazione, fra costruire e indovinare”,

pp. 79 – 103) introduce il tema dell'indovinare in relazione all'interpretazione a partire dalla discussione della distinzione freudiana tra interpretazione e costruzione in analisi (Freud 1912, 1937). Mentre Bezoari, come abbiamo visto, lamenta la mancanza di una teoria del linguaggio che renda conto del dialogo analitico, Luchetti si rifà a Didier Anzieu (Anzieu, 1970) rimarcando la mancanza di una teoria metapsicologica dell'interpretazione che indichi le sue condizioni di possibilità e tenga conto della peculiare posizione dell'analista in quanto *partecipe*, e non unico autore, del processo interpretativo. Lo studio di Anzieu riconosceva tre concezioni freudiane dell'interpretazione. Secondo una prima concezione l'interpretazione scaturirebbe a valle di un processo inverso rispetto a quello della nevrosi, ovvero dal sintomo alla rappresentazione rimossa, in altri termini un'*interpretazione-costruzione*. Una seconda concezione tiene invece conto del processo analitico che avviene nel transfert e che richiede un lavoro di elaborazione preconsce da parte dell'analista. In questo secondo caso l'interpretazione emergerebbe come un elemento sorprendente e inatteso (*interpretazione-sorpresa*). Infine, la terza posizione teorica introduce l'automatismo di ripetizione e identificazione e vede le condizioni di possibilità dell'interpretazione legate alla capacità dell'analista di entrare in risonanza con la vita fantasmatica del paziente distinguendola dalla propria. Altri autori, per esempio de M'Uzan, hanno riconosciuto un ruolo al processo di identificazione senza tuttavia 'raccomendarlo'. Luchetti si chiede come questo sia possibile e, in un dialogo serrato con la tesi di de M'Uzan, giunge a considerare un'ulteriore caratteristica dell'attività interpretativa, l'*indovinare*. L'indovinare si basa sulla "captazione in una figurazione di tracce percettive non rappresentazionali (non ancora o non più rappresentazionali) affiorate allucinatoriamente mediante un preliminare stato regressivo [...] del pensiero" (p. 99).

Il contributo di Malde Vigneri è dedicato al sogno ("A proposito del sogno: ascoltando il narratore interno", pp. 105 – 121). Nel suo saggio l'attenzione è rivolta ad analizzare il cambiamento che negli ultimi anni ha toccato anche le riflessioni teoriche sul sogno nel colloquio analitico. Nella psicoanalisi classica il sogno era interpretato in base a regole specifiche che, accantonando il contenuto manifesto e individuato quello latente, miravano a decostruire il lavoro del sogno in termini di condensazione, spostamento, simbolizzazione, e così via. Nella psicoanalisi contemporanea il sogno "sembra aver perduto il diritto a una specifica ermeneutica, almeno nel suo valore originario, essendo intesa oggi l'attività onirica per lo più come esperienza comunicazionale pari ad altri livelli dinamici della seduta piuttosto che nella sua oggettività inconscia" (p. 108). Inoltre, la raccomandazione freudiana di non lasciarsi attrarre troppo dal contenuto manifesto sembra essere perlopiù disattesa dagli psicoanalisti contemporanei. Rispetto a questo grande cambiamento, lo scopo del saggio di Vigneri è l'individuazione di una descrizione che concili la "riabilitazione del testo manifesto con la constatazione dell'impossibilità di ignorare [...] la potenza del sogno nella sua stesura narrativa" (p. 110). Ma *chi narra a chi* in una seduta psicoanalitica? Il tema della narrazione è da tempo ricorrente nella letteratura; prendendo spunto dal concetto di *narratore in psicoanalisi* introdotto da

Giuseppe Di Chiara, l'Autrice si interroga sulla natura del narratore onirico. Com'è noto, per Di Chiara il narratore psicoanalitico è un'istanza intrapsichica che, governando le esigenze dell'Io, dell'Es e del Super Io, si costituisce nella relazione con l'altro da sé. Nella clinica l'analista e il paziente contribuiscono entrambi a co-creare il narratore interno e questa co-creazione è il fine dell'analisi (Di Chiara, 2024). Vigneri ipotizza che il Narratore Onirico Interno sia "un'entità *super partes*, una sorta di potente Io-Totale che tiene le fila dei nostri più intimi discorsi" (p. 112). In quest'ottica, avendo sempre come riferimento il testo freudiano, Vigneri attribuisce al Narratore Onirico Interno il ruolo di una funzione psichica che guida la costituzione del sogno creando narrazioni per immagini e operando al confine tra inconscio e preconscious. Vigneri lo paragona al Narratore Onnisciente della letteratura, che conosce pensieri, eventi e sentimenti dei personaggi; in analisi il Narratore Interno offre al paziente e all'analista una via per co-costruire un nuovo testo in cui affiorano emozioni e desideri fino ad allora inespressi.

La breve rassegna dei lavori contenuti in questo volume spero sia riuscita a indicare al lettore uno spaccato della creatività e vivacità sul piano teorico e clinico che caratterizza il dibattito psicoanalitico contemporaneo. L'adozione della prospettiva di campo e il riconoscimento delle dinamiche intersichiche e intrapsichiche che coinvolgono entrambe le persone di paziente e analista, richiedono di ripensare i costrutti teorici a diversi livelli. Nel caso dell'interpretazione questo significa ripensare al costituirsi degli scambi verbali e non verbali, ad attendere il dipanarsi di un discorso nello spazio interpersonale e affettivo che via via si costituisce nella relazione analitica, a interrogarsi sulle caratteristiche dell'interpretazione che favoriscono l'emergere di nuovi punti di vista, consentendo al paziente di sentirsi soggetto del lavoro su sé stesso.

Bibliografia

- Austin, J. L. (1955-1962). *How to do things with words*. Prima edizione italiana (1987), a cura di M. Sbisà, C. Penco e C. Villata. *Come fare cose con le parole*. Marietti 1820, Bologna, 2019.
- Baranger, M. (1993). The Mind of the Analyst: From Listening to Interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, pp. 15-24.
- Borgogno, F. (1994). Parla il campo: immagini e pensieri. In Gaburri, E. (a cura di), *Emozione e interpretazione*. Torino, Bollati Boringhieri, 1997.
- Civitaresse, G. (2025). *I limiti dell'interpretazione: Saggi su Bion e il campo analitico*. Franco Angeli, Milano.
- Di Chiara, G. (2024). *Il dono dell'altro. Verso il narratore psicoanalitico*. Jaka Book, Milano.
- Freud, S. (1912). Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico. O.S.F., 6.
- Freud, S. (1937). Costruzioni nell'analisi. O.S.F., 11.
- Gaburri, E. (1997) (a cura di). *Emozione e interpretazione. Psicoanalisi del campo emotivo*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Nissim Momigliano, L. (1984). Due persone che parlano in una stanza. *Rivista di Psicoanalisi*, vol. 30, n. 1, Edizioni Borla, 1984, pp. 1-17.
- Ogden, T. H. (2022). *Prendere vita nella stanza di analisi*. Raffaello Cortina, Milano.
- Winnicott, D. W. (1968). L'interpretazione in psicoanalisi. In Winnicott, D.W. (1989). *Esplorazioni psicoanalitiche*. Cortina, Milano.

La conclusione della psicoterapia psicoanalitica.
Una prospettiva attuale tra intersoggettività e attaccamento
Paolo Mandolillo

Psicoterapie, Franco Angeli, Milano, 2025, pp. 118
ISBN: 978-88-351-7414-1

Recensione a cura di Daniela Settembrini

Mandolillo, con *La conclusione della psicoterapia psicoanalitica*, affronta un tema nodale della pratica clinica quanto l'inizio della psicoterapia psicoanalitica e la sua impostazione, ma non così frequentato in letteratura.

Sappiamo che la teorizzazione su questo tema ha inizio con *Analisi terminabile e interminabile* (1937) di Freud che, tuttavia, è un testo che tende a sollecitare dubbi piuttosto che fornire risposte. In effetti, l'argomento è complesso, anche agli occhi degli stessi pazienti che si interrogano intorno alla conclusione che spesso chiamano "interruzione", a dimostrazione che la chiusura dei rapporti è sempre una questione complicata e spinosa. E infatti, l'autore, introdotto da un'affettuosa prefazione di Rossana Mandalari, esordisce proprio con una serie di ricordi e riflessioni personali sul tema del concludere, del separarsi, del terminare, della fine.

Nel primo capitolo introduce temi che costituiscono le basi per qualsiasi argomentazione in questo campo, ossia qual è la teoria di riferimento, il rapporto tra teoria e tecnica, l'apporto degli autori contemporanei, ed è assolutamente condivisibile la sua posizione quando afferma: "*La mia proposta è studiare rigorosamente la psicoanalisi tradizionale che rappresenta la struttura portante su cui si articolano le nostre traiettorie di pensiero, senza temere l'integrazione dei postulati successivi e dei recenti accorgimenti sulla tecnica*" (p. 17). I riferimenti partono da Freud per snodarsi attraverso il "trauma relazionale" di Ferenczi, l'elaborazione della perdita nella posizione depressiva di Klein, il concetto di "presenza che svanisce gradualmente" di Winnicott, fino ad arrivare ai contemporanei: Bollas, Gabbard, Renik, Ogden ecc...

Qui affronta anche il tema dell'identità del terapeuta attuale così come del paziente contemporaneo.

Successivamente, nel secondo capitolo, troviamo un'utile revisione della letteratura sull'argomento, fino a giungere agli studi recenti sull'efficacia.

Nel terzo e nel quarto capitolo elenca tipologie di conclusioni che chiama così anche quando illustra le interruzioni: la conclusione unilaterale da parte del terapeuta o del paziente, la conclusione condivisa attraverso il "processo" e il "vissuto". Qui troviamo alcuni esempi e vignette cliniche che introducono alla conclusione del libro.

Nel quinto e ultimo capitolo, infatti, emerge chiaramente la sintesi operata dall'autore, a

partire dall'eredità della psicoanalisi freudiana, della teoria pulsionale attraverso gli sviluppi relazionali: si tratta di individuare gli “... *aspetti relazionali inconsci che emergono durante il processo di conclusione, che derivano dalla slatentizzazione e dalla trasformazione dei pattern di attaccamento*” (p. 14). Quindi, viene ripresa la teoria dell'attaccamento in chiave psicoanalitica fino a chiarire che elementi fondamentali per valutare la conclusione sono l'intersoggettività e i *pattern* di attaccamento del paziente e del terapeuta.

Emerge chiaramente in questo testo che la tecnica, in tutti i suoi aspetti e quindi anche rispetto alla conclusione, non può essere standardizzata, ma pensata in relazione alla singolarità del soggetto e all'incontro unico tra paziente e terapeuta: come afferma Franco Fornari, ripreso nella bella postfazione di Vincenzo Maria Romeo, “*Il tempo in analisi è un tempo affettivo, mai cronologico*” (p. 103).

Il testo, ricco e rigoroso, affronta il tema attraverso un linguaggio chiaro e fruibile e ha sicuramente il merito di illustrare, anche per le nuove generazioni di studenti, cosa si intenda per “psicoterapia” ad indirizzo psicoanalitico rispetto alla psicoanalisi tradizionale.

Un altro merito di Mandolillo è sicuramente di aver ripreso gli autori della psicoanalisi classica e contemporanea interrogandoli sempre in modo personale e mai dogmatico, anche criticando la rigidità di certi approcci istituzionali alla formazione del terapeuta. L'autore, di contro, propone come ricorda Romeo nella postfazione “*una postura analitica 'laica', aperta, riflessiva, fondata sull'esperienza e sulla responsabilità relazionale del terapeuta*” (p. 105).

E forse l'elemento sostanziale della conclusione di una terapia psicoanalitica, che non ne fa una semplice separazione, è che entrambi i protagonisti della coppia analitica possono uscirne arricchiti: il paziente con l'aver sviluppato e incrementato la funzione analitica della mente che è “interminabile” e il terapeuta con l'aver appreso qualcosa in più su sé e sulla sua tecnica.



A.Psi.C. ETS
Associazione Psicoanalisi Contemporanea ETS

Direttrice Responsabile
Daniela Cassano

Direttrice Editoriale
Morena Danieli

Redattrice Capo
Laura Fattori

Psicoanalisi Contemporanea

Registrazione presso Tribunale di Torino n. 13 del 28/03/2022

ISSN 2785-5376

Sede della Redazione

via G. Verdi 45, Torino

Email:

redazione@psicoanalisicontemporanea.it

Sito web:

www.apsic.it

Rivista semestrale

V - (2) - Luglio - Dicembre 2025