

V. 14 n° 1 - 1999

Plexus ... Lo spazio del gruppo

a cura di Jaime Ondarza Linares

Dennis Brown, il gruppoanalista inglese di cui nel "primo giro" della Tribuna internazionale abbiamo presentato un articolo sulla gruppoanalisi e disturbi psicosomatici (vol. 8, n.2), compare di nuovo in Plexus essendo, nell'ambito della Group Analytic Society, uno studioso specializzato in questo argomento. Riproponiamo la revisione dell'autore sull'argomento, ritenendo di fare cosa gradita ai lettori particolarmente interessati al tema, anche per il modo personale con cui Dennis Brown lo tratta rivelandoci il suo vissuto personale al momento della morte del fondatore della gruppoanalisi: S. H. Foulkes.

DENNIS BROWN

Membro Associato della Società Psicoanalitica Britannica. Membro dell'Istituto di Gruppoanalisi. Past Presidente della Società Gruppoanalitica (Londra). Esperto in Psicoterapia al St. Mary's Hospital di Londra

PSICOSOMA E GRUPPO

Parole chiave:

Alessitimia, eczema.

Key words:

Alexithymia, eczema.

L'affermazione che la gruppoanalisi tenga in considerazione la natura bio-psico-sociale degli esseri umani potrebbe sembrare banale. In ogni modo la gruppoanalisi è radicata nell'integrazione avanzata da Foulkes di medicina e neurologia in Germania, con psichiatria e psicoanalisi a Vienna e quindi finalmente con l'influenza dei sociologi a Francoforte - vale a dire egli è passato dal corpo alla mente al contesto sociale e li ha integrati. Inoltre lo sviluppo professionale di Foulkes rispecchia lo sviluppo dell'individuo. Le esperienze fisiche del bambino, da cui emergono le sue funzioni mentali sono influenzate profonda-

mente non solo dalla relazione tra madre e bambino, ma anche da quella del padre, della famiglia e della cultura sociale in cui è immerso. Madre, padre, famiglia e cultura sociale precedono tutti la nascita del bambino, e le loro aspettative, speranze e paure influenzano inevitabilmente il suo corpo, il suo sviluppo e il suo emergere come sé individuale. Siamo coinvolti in una rete, o in una matrice secondo la terminologia di Foulkes, corporea, psicologica e sociale.

Questo fenomeno è illustrato insieme alla complessa rete di relazioni e comunicazioni nei diagrammi di Foulkes dei livelli di comu-

nicazione e dei livelli di funzionamento dei gruppi.

Nella sua teoria, Foulkes ha attribuito la priorità alla comunicazione a numerosi livelli, tanto non verbali quanto verbali. Egli ha interpretato ciò come la successione di "mimica, espressione emotiva diretta, manifestazioni colloquiali, organo della fonazione e l'attaccamento organico" (Foulkes & Anthony 1957: 245-8). (Fig. 1).

Foulkes inoltre ha distinto cinque livelli di funzionamento in un gruppo, che coesistono (Foulkes 1964:114-5).

Livelli

- 1 Livello delle relazioni quotidiane
- 2 Livello del transfert
- 3 Livelli dei sentimenti e delle fantasie proiettati e condivisi, spesso preverbali e corporei. (l'"intrapsichico" condiviso in una matrice)
- 4 Livello primordiale (inconscio collettivo)

L'analisi riguarda l'andare a fondo, tanto a fondo quanto è necessario per incontrare e risolvere i problemi del gruppo e dei suoi membri. Il livello corporeo è considerato un livello profondo, sia nel funzionamento dell'individuo che del gruppo. In quanto terapeuti di gruppo, noi abbiamo bisogno di mantenere tutti i nostri sensi attenti a ciò che accade ai corpi degli individui, al gruppo e a noi stessi.

Espongo qui il primo di due esempi di gruppi gruppoanalitici che illustra le basi psicosociali della somatizzazione.

Richard era un quarantenne dirigente informatico che giunse alla terapia a causa della sua incapacità di presentarsi verbalmente prima che si costituissero i gruppi di colleghi al lavoro, soffriva anche di un grave blocco emotivo che rendeva per sua moglie sterile il matrimonio in un modo che lui non era in grado di capire. Comunque lui poteva contrastare i suoi sentimenti per lei con il suo intenso attaccamento emotivo e preoccupazione per il suo piccolo bambino. Dall'avvio, il suo coinvolgimento nelle sedute bisettimanali

era precario e sconcertante. Si sentiva costantemente incapace di comprendere ciò 'di cui le persone si impicciano'. Comunque dopo un po' divenne chiaro che cercava l'attenzione, ma l'attendeva, e quando questa non arrivava, lui si infuriava interiormente.

Dopo una di queste occasioni, non fece più ritorno. In una lettera affermò che aveva perso la speranza di utilizzare il gruppo. Gli offrii una sessione individuale in cui esplorammo le sue impressioni di essere dimenticato e combattuto nel gruppo. Sebbene inizialmente egli negasse i ricordi iniziali, gradualmente scoprì qualcosa nel gruppo, e questa volta parlò dell'essere stato scansato dalla madre quando nacque la sorella (a due anni e mezzo) e quando suo padre tornò dall'esercito quando aveva tre anni; parlò anche della soppressione da parte della madre dei suoi sentimenti dicendo che 'i ragazzi non nutrono sentimenti' mentre alla sorella era consentita la collera. In una sessione riconobbe con piacere il mio comunicargli la commozione proiettata che sentivo. Dopo aver riconosciuto che viveva nel gruppo la sua esperienza familiare, in cui non poteva trovare una collocazione e non poteva permettersi di essere spontaneo (si potrebbe parlare di transfert verso il gruppo), decise di ritornarvi.

Quando fece ciò, disse di aver capito di avere un bisogno quotidiano del gruppo e che era spaventato che si potesse accasciare se non venisse sollevato. Si potrebbe dire che una parte importante del suo carattere di difesa fosse rivolto contro la dipendenza e l'abbandono. Nella sessione successiva, mostrò furia nei miei confronti perché non 'lo portavo fuori' nonostante la mia consapevolezza dichiarata del suo bisogno, ma questo avvenne solo dopo che qualcun altro parlò di lasciare e sperare di essere speciale. Richard sedeva impassibilmente, ma tolse una macchiolina dalla sua cravatta e diede una rapida occhiata all'orologio. Io mi soffermai indicando che avevo osservato questi segni e l'uomo che stava parlando mi chiese come fosse. Richard replicò, 'Furioso, non c'è dub-

bio. Quasi me ne stavo andando'. Egli avrebbe potuto non 'capire' ciò di cui si stava parlando, (sebbene per lui fosse ovviamente assai rilevante). Egli non vedeva alcuna ragione per venire se io ero consapevole dei suoi bisogni e non facevo nulla per essi. Un altro membro espresse rabbia verso Richard, ma spiegò anche che si identificava in lui, comprendendo che soddisfaceva i suoi bisogni parlando piuttosto che restando in silenzio.

Ancora, questa volta nel gruppo, ho sottolineato le mie stesse lacrime, riconoscendole così come la rabbia, come le sue e di altri nel gruppo. A questo punto lui era mosso profondamente e drammaticamente, e provava una profonda sofferenza alle spalle e alla schiena 'come se stesse soffocando'. Io intervenni commentando apparentemente in modo banale che stava soffocando i suoi sentimenti, che istantaneamente gli fece sgorgare le lacrime. Un membro gli passò i fazzoletti e un altro gli pose la mano sulla spalla, ma lui non poté parlarne finché l'intensità non fosse diminuita. Lui era spaventato dall'essere in imbarazzo, ma venne rassicurato dagli altri.

Alla fine, chiese come si mettessero in relazione ai sentimenti nella famiglia, che poteva constatare con chiarezza, specialmente essendo ignorato e trascurato. Disse che solo una volta era diventato furioso con sua madre (che, da quando aveva circa otto anni, divenne disturbata emotivamente, costantemente furiosa, finché sviluppò un disturbo paranoide). In questa occasione lei lo rimproverava insistentemente così a lungo che lui le disse di chiudere 'la sua fottuta bocca' e andò via. Più tardi il padre lo rimproverò e lo mandò a letto dove pianse e singhiozzò da solo.

Dopo la sua apertura, e la scoperta che la sua rabbia e le sue lacrime potevano essere accettate e capite, per il resto della sessione fu in grado di contribuire molto bene con il riflusso e il flusso della conversazione e della comprensione nel gruppo.

In una sessione successiva, Richard ci rivelò come la sua sofferenza fosse somatica in qualunque situazione collegata attraverso

ciò ai suoi genitori. Per esempio, ci disse come una sera, dopo aver parlato con sua moglie in uno dei suoi periodici tentativi di riavvicinamento, andò a letto sperando nella vicinanza fisica. Comunque, lei tornò da lui, e lui, senza parole ma con un forte dolore allo stomaco, andò al piano inferiore per camminare da solo.

Emergenza e separazione

Ricorderete che Freud (1923:26) descrisse l'io come "prima e principalmente un io corporeo". Le funzioni mentali emergono gradualmente dalle funzioni corporee nel primo anno o nei primi due anni di vita, così si crea un senso di sé dall'unità iniziale madre-figlio - sebbene mai completamente. Invece Foulkes preferiva citare l'idea di Gunter Ammon che i sintomi psicosomatici rappresentano dei buchi nell'io. In questo modo lo sviluppo coinvolge un processo di de-somatizzazione, come descritto dal medico di Freud Max Schur (1955). Questo certamente è ciò che Bion (1970) inserisce nel suo concetto di stato protomentale, prima dello sviluppo della capacità di pensiero e immaginazione, prima degli impulsi e delle sensazioni corporee primitivi, che lui chiamò funzioni beta, sono sostituite o affiancate dalle funzioni alfa, i prototipi di formazione dell'immaginazione e dei simboli.

Joyce McDougall (1974) sostiene che il processo di somatizzazione della mente e del corpo possa essere ostacolato dalle figure principali di attaccamento e cura che fossero sia troppo fortemente vicine e in contatto, sia troppo distanti, e che entrambe le situazioni possono predisporre tanto alla psicosi quanto a disturbi psicosomatici. Più tardi (1982) ella collegò la scarsità di sogni e di vita immaginativa ad attacchi ai legami affettivi e alla coscienza percettiva, e all'espulsione dalla mente sia degli affetti che delle rappresentazioni con un 'esplosione somatica!' (come con la sensazione drammatica di soffocamento di Richard nel gruppo e i suoi attacchi di mal di stomaco a letto con la moglie). Mentre

concordo con McDougall che tali fenomeni evidenziano disturbi psicosomatici che rappresentano profonde difficoltà e disturbi al livello arcaico della relazione, è la generalizzazione che necessita di essere articolata.

Cause e tipologie di disturbi psicosomatici

Prima di tutto abbiamo bisogno di riconoscere che i disturbi psicosomatici spesso hanno cause multiple - fisica, psicologica e sociale. Abbiamo anche bisogno di differenziare tra (1) "veri" disturbi psicosomatici - disturbi maggiori con condizioni di minaccia alla vita o storpianti come asma, ipertensione, ulcera peptica, colite ulcerosa, tiroidismo, eczema, artrite reumatoide - con evidenti mutamenti istopatologici, visibili al microscopio, e (2) disturbi minori, più funzionali, in cui le anomalie nel controllo autonomo delle funzioni corporee creano i sintomi (es. colon irritabile ed emicrania), (3) questi sintomi di conversione che sono mascherati ma espressioni decodificabili di impulsi e fantasie in conflitto e rappresentano le difese dell'io nei loro confronti.

Una giovane donna sviluppò una debolezza al braccio destro al momento di lasciare una sessione di gruppo, e cercò aiuto al pronto soccorso dell'ospedale. Il sensibile medico dell'ospedale la visitò e la rassicurò e le disse di parlarne al gruppo la settimana successiva. Quando lo fece divenne chiaro che era in conflitto sul suo desiderio di colpire il terapeuta, seduto accanto a lei, quando egli annunciò che avrebbe lasciato l'ospedale per pochi mesi e avrebbe voluto passare il gruppo ad un altro terapeuta. Il significato divenne più chiaro se prendiamo in considerazione che la paziente era stata adottata in gioventù da una coppia di anziani che non potevano tollerare la sua vivacità. L'espressione dei sentimenti negativi potrebbe collimare con le minacce di rinandarla all'orfanotrofio da cui era stata adottata.

I sintomi di conversione sono più simili alla comunicazione. I, "veri" disturbi psicosomatici assomigliano più alle regressioni

somatizzanti a stati preverbalmente più primitivi (nella terminologia di Bion protomentali). Tra i due, le conseguenze degli affetti non scaricati e delle pulsioni potrebbe essere simile a ciò che Freud (1894) definì 'nevrosi attuali' per distinguerle dalle 'psico-nevrosi', conseguenze di pulsioni non scaricate.

Parrebbe verosimile che le famiglie che non forniscono il contenimento psicologico né consentono l'espressione e la ricezione degli affetti perpetuano in concreto la somatizzazione non parlando dei sentimenti e prestando supporto e attenzione solo quando i bambini sono sofferenti o malati fisicamente. È ben noto che molti pazienti disturbati emotivamente e psichiatricamente presentano sintomi fisici - invece nella pratica comune in Inghilterra è la presentazione più comune. Questo concetto è stato chiarificato in un recente editoriale del 1989 sul British Medical Journal (Murphy M. (1989) "Somatisation: embodying the problem" BMJ 298: 1331). Il medico, intervistatore clinico o terapeuta può agire in collusione o provare a mutare la situazione (Wolff 1977). In altre parole, la predisposizione ai disturbi e ai sintomi psicosomatici, come i fattori genetici e ambientali, può riflettere fallimenti a livello dell'interazione madre-bambino, della comunicazione familiare e degli atteggiamenti socio-culturali. L'ultima include gli atteggiamenti medici. Per essere efficace, la psicoterapia psicoanalitica ha bisogno di mitigare questi fallimenti.

Il concetto di Alessitemia

L'idea che ciascun disturbo psicosomatico sia predisposto da un conflitto di personalità specifico e focale è stata ampiamente soppiantata dal concetto di alessitemia, forse troppo, come ho lasciato intendere in un intervento alla Freud Conference la scorsa settimana. Ho citato alcuni miei lavori non analitici sui fattori della personalità come fattore di predisposizione alla dermatite da contatto, che in un'ottica retrospettiva da un maggiore significato alla luce della nostra compren-

sione del ruolo cruciale che la pelle gioca nel contenimento nei neonati, e nella comunicazione delle esperienze tanto buone quanto cattive tra bambino e madre (Bick 1956, Pines 1980 e Anzieu 1990). Ancora non posso resistere a mostrarvi l'immagine che utilizzai per illustrare questo punto (Mary Cassatt). Quelli di voi che hanno assistito alla mia relazione alla Freud Conference, avranno già conosciuto una parte di questo discorso. Comunque lo sto usando, per sottolineare lo specifico approccio gruppoanalitico ai problemi psicosomatici in genere, e spero che mi perdonerete le ripetizioni.

Il termine alessitemia è stato coniato originariamente negli USA da Nemiah e Sifneos (1970) per descrivere i soggetti incapaci di trovare le parole per i sentimenti. L'idea di povertà di espressione verbale dei sentimenti, fantasia e pulsione era stata precedentemente adombrata dall'analista francese Mary e de M'Uzan (1963) nel loro concetto di "pensee-operatoire", o pensiero concreto associato ad una sottosviluppata vita soggettiva di fantasia. Riconoscerete tali persone, conoscenti come pazienti, i cui resoconti degli eventi e le cui esperienze sono aderenti alla realtà, spesso dettagliate, ma senza un senso del personale, emozionale e immaginativo. Richard, che ho descritto in precedenza, ne era un buon esempio. Isolatamente rispetto a Joyce McDougall, menzionata prima, gli operatori sul campo hanno attestato il valore di questo concetto. Graeme Taylor (1987) ha rivisitato una gran parte del loro lavoro nel suo magistrale libro "Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis".

Tra le ricerche citate dalla Taylor compare un lavoro che condussi con Ross Klauy (attualmente presso la Flinders University in Australia del sud) nel laboratorio del sonno dell'ospedale St. George. Esaminammo un gruppo di pazienti affetti da eczema alessitemico che si grattavano la pelle durante la notte. La nostra ipotesi iniziale, era basata sulla speranza che svegliandoli durante il sonno REM sull'EEG ci avrebbe dato modo di

accedere alla vita emozionale e di fantasia che era irraggiungibile nelle sedute psicoterapeutiche. Infatti fummo delusi. Ma invece scoprimmo che questi pazienti avevano assai ridotto il sonno ad onde lente e una volta svegliati riportavano pochi o nessun sogno. Qualcuno una volta svegliato addirittura negava che stesse dormendo. I pochi che riportavano dei sogni mostravano una carenza significativa di coinvolgimento nei loro sogni - erano sempre osservatori passivi. Era come se la tensione e il grattarsi associato prevenissero o fossero un'alternativa all'attività mentale manifestata nel sognare (Brown e Klauy, 1975; Tarnam, Klauy e Brown, 1982).

Talora si assume che la personalità alessitemica è basata su un arresto dello sviluppo. Comunque può anche costituire una reazione difensiva a un trauma e a un conflitto o a un dolore intollerabile, cioè può essere secondaria piuttosto che primaria. Questi risultati si riscontrano in un'alta incidenza dei disturbi psicosomatici nei sopravvissuti storpiati dai disastri come l'olocausto. L'alessitemia che adesso conosciamo è comune anche negli stati di dipendenza e nelle perversioni, che possono anche essere alternative a stati emozionali intollerabili.

Uno dei soggetti del nostro studio nel laboratorio del sonno era una donna di mezza età il cui padre era morto quando lei aveva otto anni. A 21 anni sposò un uomo di venti anni più vecchio che rappresentava per lei, come sottolineò, una torre di forza. Venti anni più tardi ella fu vittima di un catastrofico incidente che la rese invalida coinvolse anche il suo caro. Ella si caricò sulle spalle questo peso, ma cominciò a grattarsi la schiena così fortemente e profondamente che le fu diagnosticato dal dermatologo di riferimento la presenza di un prurito di origine ignota. Ciò che divenne rapidamente evidente fu che ella era in acuto conflitto tra il suo desiderio di un'attenzione allegra e di buon grado da parte del marito sciancato, e la sua afflizione, disappunto e rabbia. Ella si aprì inizialmente con un considerevole sollievo, sia emotivo che

naologico, ma interruppe una serie di
te psicoterapeutiche pianificate perché
vergere dei suoi sentimenti negativi mi-
ciava la sua capacità di rimanere in tale
azione. Ella scelse, in maniera poco co-
nute, di soffrire piuttosto che di distruggere
agile status quo.

erca iniziale

Qualche anno fa, ho studiato 82 casi di
li affetti da eczema - un disturbo
osomatico "vero". Essi facevano capo a
clinica dermatologica per pazienti esterni,
e li visitai come collega del dermatologo
own e Bettley 1971, Brown 1972, Brown
5). Ricontraì che due terzi di essi si la-
tarono spontaneamente o su domanda di-
(accompagnata da una evidenza definita
i disturbo emotivo durante l'intervista) di
i sintomi psicologici. Un terzo li negava,
qualche volta con evidenza non verbale di
isturbo emotivo in atto, o prima durante il
orso dell'eczema. In più del sessanta
ento dei pazienti con nuovi sintomi, que-
recedettero chiaramente l'inizio dell'ec-
a. Ma era il terzo che negava nuovi sinto-
sicologici e che io etichettai come
stabile, che erano i più simili agli
itemici primari. Essi tendevano ad utiliz-
il meccanismo primitivo di negazione,
azione e proiezione per difendersi della
apevolezza del disturbo emotivo. Essi
o affrontavano il senso di colpa accusan-
li altri. Qualche volta presentavano un
eco quasi schizoide da qualunque sorta di
mento. Ciò spesso produceva una mimi-
ciale simile a una maschera, che sembra-
ntrollare rigidamente tutte le emozioni.
stanza spesso essi affrontavano la de-
ione assumendo un'allegria ipomaniaca
iperattività. Ho appreso che con pazienti
on vogliono o che non sono pronti a
e di se stessi o dei loro sentimenti, dob-
o prestare particolare attenzione a segni
il grattarsi la mano o l'inumidimento
occhi - a livello di linguaggio corporeo
es ci ha avvertito di considerare - tanto

questi segnali negativi quanto la mancanza di
certi argomenti o sentimenti.

Paradossalmente i segnali fisici e i sintomi
possono costituire comunicazioni e blocchi
alla comunicazione. Dipende da come e cosa
i pazienti sono preparati a conoscere e a
condividere, ma anche da quanto sono prepa-
rati a partecipare - ad ascoltare, osservare,
indagare e sintonizzarsi con l'immaginazione
e empaticamente. Invece, in un indagine con-
trollata su pazienti sottoposti a trattamento
psichiatrico per l'eczema (Brown e Bettley
1971), riscontrammo che quei pazienti che
erano consapevoli che il loro eczema si svi-
luppava in una situazione di disturbo emotivo
reagivano particolarmente bene in termini di
pelle quando si offriva loro la psicoterapia -
anche una consulenza orientata in senso
psicodinamico - e particolarmente male quan-
do la rifiutavano; in contrasto a ciò, il terzo che
non era così consapevole tendeva, nel breve
periodo, ad aggravarsi per effetto delle proce-
dure psichiatriche. Invece poiché alcuni pa-
zienti interpretavano l'accertamento psico-
dinamico come *trattamento*, dovemmo modi-
ficare il metodo di ingresso nello studio.

La psicoterapia con disturbi psicosomatici

Questo desiderio di partecipare da parte
sia del paziente che del terapeuta è essenziale
se bisogna avviare la psicoterapia con pazienti
psicosomatici di tutti i tipi. Il deve essere
scoperto *significato* dei sintomi fisici e delle
espressioni, e creato al livello più primitivo (il
"vero" psicosomatico, o protomentale), a cau-
sa della mentalizzazione da bypassare, inver-
tire, o ancora meglio, far emergere fuori della
somatizzazione. Come talora dico ai pazienti,
abbiamo bisogno di crescere tanto verso il
basso quanto verso l'alto. Questo richiama la
fiducia *da ambo i lati*, che l'ansia, la pena,
l'impotenza e la rabbia possono essere tolle-
rati. Se nella terapia individuale o di gruppo,
dobbiamo essere in grado di facilitare la co-
municazione a livelli più profondi, primitivi,
e in ultima istanza tradurli in parole, dobbia-
mo osare di raggiungere livelli in cui fa caldo,

come sottolinea Foulkes. In ogni modo, a
questo livello, che come Joyce McDougall ci
ha ricordato è anche il livello della psicosi, c'è
il pericolo di far peggiorare le persone, anche
di farle precipitare nella psicosi (Hill 1977);
per qualcuno, il trattamento psicologico mi-
gliore è il *trattamento fisico e il supporto*.

Mi piacerebbe aggiungere una nota perso-
nale di avvertimento del pericolo di creare
falsi significati per i sintomi fisici. Nel 1976
Foulkes morì per un improvviso attacco di
cuore mentre stava conducendo un gruppo di
cui ero membro. L'ho visto crollare all'indie-
tro con la coda dell'occhio dalla sedia alla mia
sinistra. Questa immagine si fissò in me, e
quando sviluppai un tremolio nello stesso
quadrante visivo il giorno dopo il suo funera-
le, lo associai ad un pensiero malizioso che
ebbi quando lo vidi morire (avremmo dovuto
terminare i due anni di esperienza di gruppo la
settimana seguente). Mi sentii colpevole e mi
vergognai di ciò, ma ne parlai con un collega
che mi consigliò di recarmi con urgenza da un
oculista. Fui ricoverato in ospedale per il
distacco della retina!

Un altro avvertimento è quello di non
sottovalutare l'intensità di aiuto di cui ha
bisogno un paziente per affrontare la profon-
dità e l'intensità del disturbo emotivo sottoli-
neato dai disturbi psicosomatici.

*Ho trattato uno degli ottantadue pazienti
affetti da eczema, un giovane di venti anni,
tramite una seduta settimanale di psicote-
rapia. Secondo i termini della sperimentazione
che stavamo conducendo (Brown e Bettley
1971), limitammo l'intervento psichiatrico,
ove possibile, a quattro mesi. Quando questo
soggetto divenne paranoide e semipsicotico,
dovetti mutare la mia linea d'azione per dive-
nire meno analitico e più di sostegno, con un
chiaro beneficio al suo stato emotivo, e indi-
rettamente alla sua pelle.*

Così dobbiamo fornire un setting che sia
sicuro e abbastanza capiente da sostenere e
dare significato ai disturbi profondi e alle
affezioni di disturbo. Se non possiamo offrirlo
nella terapia individuale o di gruppo, dovrem-

mo non iniziare, sebbene il livello e il grado
del disturbo possano non essere evidenti di
primo acchito. Nel caso del giovane affetto da
eczema, una seduta sul divano settimanale, la
regressione indotta era insufficiente, sotto il
profilo patologico e sotto quello del transfert
a creare un setting sufficientemente capiente.

Il lavoro individuale, se abbastanza inten-
so, può essere sufficientemente di supporto e
di contenimento per consentire che si instauri
la sensazione di essere assistito al livello
diadico primitivo. Ma con gli individui
alestitici, non psicologicamente attenti, sia
il paziente che il terapeuta possono rapida-
mente divenire annoiati o inondati da materia-
le primitivo "venuto dal nulla" (come nel-
l'esempio dopo l'esposizione dei principi di
trattamento dei soggetti affetti da problemi
psicosomatici in setting di gruppo).

La psicoterapia di gruppo

Uno dei vantaggi dei gruppi è che la men-
talità psicologica può svilupparsi gradualmen-
te, sia nel gruppo come insieme e in gruppi
specificamente psicosomatici, sia in uno o
diversi pazienti psicosomatici o somatizzatori
in un gruppo misto - più comunemente nella
pratica psicoanalitica.

Gruppi omogenei di pazienti psicosomatici
spesso si bloccano in stati di dipendenza pas-
siva, con atteggiamenti sia di aggressione e di
brama e intolleranza per la vicinanza mostrata
solo in senso negativo, con bassa interazione
e interesse reciproco. Comunque quando uno
o due cominciano ad abbandonare la preoccu-
pazione e i sintomi somatici, insistendo sul
fatto che la loro condizione fisica è il loro solo
problema, può verificarsi una condizione par-
ticolarmente efficace per gli altri, fornendo
una lezione di vita e l'ispirazione per provare
anch'essi a smuoversi. Tali gruppi sono parti-
colarmente probabili in contesti medici, in-
clusi i reparti psichiatrici degli ospedali gene-
rici. È qui che io ho fatto la mia esperienza con
tali gruppi.

In Germania il sistema degli ospedali e
delle cliniche psicosomatici consente una va-

di trattamenti differenti - individuali e di gruppo, creative e basate sul corpo - tutte portate dall'assicurazione statale. In questi è possibile somministrare un livello di cura adattato alla forza dell'io del paziente (Luss 1985):

1. Per i soggetti con un io più debole, p.e. con tratti gravemente borderline (fig.), la *psicoterapia psicoanalitica individuale* è avviata e nei degenti ma continuata come nei centri esterni, arricchita dall'ambiente terapeutico a dai metodi non verbali come la danza di movimento. Questo consente la liberazione delle difese primitive e la graduale scoperta del significato durante lo sviluppo della verbalizzazione.

2. Per i pazienti intermedi, la *combinazione di psicoterapia individuale e di gruppo* per i degenti come pazienti interni è seguita da un trattamento simile per pazienti esterni.

3. Per i pazienti con un io relativamente funzionante, la *psicoterapia di gruppo analitica quotidiana per degenti* è aumentata da sessioni di gruppo non verbali per tre mesi, seguita dalla *gruppoanalisi settimanale* come nei centri esterni per due o tre anni.

Queste agevolazioni flessibili e prontamente disponibili sono chiaramente invidiabili da parte di quelli di noi che lavorano in altri centri in cui la psicoterapia psicoanalitica non è supportata da schemi di assicurazione statale di tipo esposto. La mia esperienza personale mi suggerisce che le forme più blande di cura e di disturbo psicosomatico, possono essere trattate nei gruppi misti con molto successo, insieme a soggetti con problemi nevrotici della personalità di carattere generale. Provo che le forme più gravi di malattia psicosomatica, associate a io deboli e spesso a personalità borderline, siano trattate al meglio in gruppi psicosomatici specifici o in gruppi *bisettimanali* dove se necessario possono avere sessioni individuali (vedi esempi 1 e 2). I gruppi psicosomatici specifici generalmente necessitano un setting per pazienti esterni dove può essere individuato un numero sufficiente di questo tipo di pazienti. Qui ci si

può concentrare sui loro bisogni specifici e vulnerabilità, e sono disponibili la supervisione fisica e l'intervento. Anche qui si può sviluppare a un livello adeguato per i pazienti psicosomatici l'esperienza di gruppo nel supporto e nel confronto e nell'affrontare il pericolo dei drop-out. Questo trattamento è spesso più lento in quanto è ideale per i pazienti non psicosomatici e non alestitemici. Comunque, come ho specificato altrove parlando di questi pazienti (Brown 1985): "sebbene molti pazienti identifichino ciò di cui sono capaci e escano dalla terapia di gruppo in uno stadio iniziale, una preparazione individuale adeguata può minimizzare i fallimenti per trattamenti non necessari. I pazienti che persistono, a dispetto dello scoraggiamento iniziale, aiutati dai pazienti che hanno già percorso lo stesso cammino, presto o tardi abbandoneranno la loro dipendenza dalle forme somatiche di comunicazione e di blocco e a loro modo faranno veri progressi e diventeranno come 'nevrotici ordinari'. Questo doppio processo rende tali casi particolarmente gratificanti per il terapeuta. Quando il gruppo si rivela un contenitore di maggiore successo rispetto a quelli iniziali costituiti madre e famiglia, la frustrazione non più inevitabile attiva lo psicosoma primitivo (sistema protomentale di Bion). L'esperienza nella matrice grupppale consente la capacità di pensare ai sentimenti e alle relazioni che esistevano in precedenza così minacciosi da essere inconcepibili nella matrice iniziale materna, familiare e sociale".

2. Il secondo esempio clinico riguarda una donna di mezza età curata in un gruppo bisettimanale. Era profondamente divisa tra il sentirsi una bambina terrorizzata e esser considerata una donna molto intelligente di considerevole successo accademico e personale.

Rona era stata descritta da un diverso psicoterapeuta che la curò individualmente per dieci anni, ma aveva già avuto una storia decennale di sintomi fisici analizzati in modo esteso. Il collega la descrisse come "senza dubbio uno dei pazienti più difficili che io

abbia trattato e rimango insoddisfatto della terapia. ... Il primo effetto era quello di un'automazione sorridente ed efficiente in una persona sempre più inerme affetta da sofferenza sia fisica che emotiva e dalla marcata incapacità di pensiero; dovette smettere di guidare, non poteva leggere e descriveva uno stato di disperazione". Il terapeuta riportò che le sessioni spesso lo annoiavano e lo rendevano esausto, poiché non c'era accesso diretto all'emozione; ma divenne chiaro che il livello dei sintomi rifletteva il fallimento di esprimere rabbia e "sovraccarico" emotivo quando era esposta agli altri. Dopo diversi anni trovò se stesso bloccato in un transfert idealistico e finalmente dovette terminare la terapia.

Rona era stata adottata a sei settimane da una coppia della classe operaia dai mezzi molto limitati, la sua madre adottiva era chiaramente pedagogicamente immatura e subnormale. Ella non poteva tollerare che la bimba piangesse e frequentemente la percuoteva. Quando Rona aveva due anni e mezzo la madre subì un collasso e per qualche settimana la bimba fu accudita da un parente in campagna, che era come un'oasi di salute e gentilezza. Il suo genitore adottivo lavorava così duramente che lei lo vedeva raramente, un pensionante abusò di lei "seducendola" con dei libri. Chiaramente più brillante dei suoi genitori adottivi, lei usò i suoi progressi accademici nelle nozioni, non compresa da loro, come un rifugio e una via d'uscita dall'incubo di casa. Un aspetto interessante è che da giovane aveva un sogno ricorrente in cui dei leoni tentavano di entrare in casa, ma in seguito non sognava affatto. Per continuare con le nostre affermazioni sull'alestitemia, seguendo una parziale apertura della sua vita immaginativa a tredici anni, quando cominciò a recitare poesie, iniziò a soffrire costantemente di emicrania. Durante la terapia lei riprese a sognare ma di bambini che morivano o si disperavano.

Rona iniziò con me una terapia di gruppo bisettimanale circa due anni fa. Pensai che probabilmente una terapia di gruppo l'avrebbe

indotta meno al blocco in un transfert di divisione-idealizzazione, e avrebbe fornito l'esperienza di una famiglia più normale, e un più ampio spettro di identificazioni attraverso le quali svilupparsi e integrarsi. Vi approdò abbastanza prontamente, parlando alla prima sessione del suo dolore somatico e psichico, come tutto il corpo le si gonfiasse, e lei non poteva "vedere", leggere o guidare. Emerse la caratteristica del gruppo di essere troppo sommerso, come pensato avevamo bisogno di riconoscere l'elemento di durezza e di sofferenza nelle relazioni come la cura di ciascuno per gli altri. Condivisi nel gruppo un'immagine di Auschwitz. In tre sessioni Rona disse che l'ultima volta se ne era andata con un'emicrania, il risultato di essere stata agitata dai temi della cura e dell'odio sadico già ostacolate dai suoi sentimenti. Mi vide come annoiato ed effimero, come la madre quando non era sadica e violenta, e rivelò che aveva sognato che la madre era in vita. Durante la sessione successiva riportò un sentimento disturbato dal gruppo, la sua vicinanza a combattere la sua mancanza di fiducia nell'empatia auspicata. Pianse quando un paziente versò le lacrime affermando che mi considerava come un padre affettuoso che provava per lui affetto e fiducia.

Un transfert verso di me sempre più positivo fu bilanciato per un periodo da un'interazione transferale violentemente negativa nei confronti di un'altra donna appartenente al gruppo, che aveva anch'ella avuto una disastrosa relazione iniziale con la madre. Era il tipo di proiezione reciproca che noi chiamiamo 'rispecchiamento maligno' (Sinkin 1983) e sul quale bisogno lavorare ripetutamente per consentirne la soluzione. Inoltre la combinazione di Rona di povertà infantile, egoismo e difficoltà di espressione verbale, contrastante con l'attuale capacità di comprensione e di mostrare interesse negli altri, creò confusione e conflitto tra i membri del gruppo che generò in essi un'intolleranza sadica della quale eventualmente si può solo parlare apertamente. Fino ad allora Rona era molto oscillante nelle sue risposte alle sessio-

ni. In una seduta in cui esplorammo la sua esperienza e la provocazione del sadismo negli altri mentre lei cercava sostegno e conforto da parte degli altri, assistemmo concretamente alle sue lacrime trasformarsi in una forte sofferenza posteriore.

Dopo circa un anno si integrò maggiormente nel gruppo e combatteva più accanitamente contro il diventare, come disse, "intera psicosomaticamente". In una seduta affermò di sentirsi più unita rispetto alla seduta precedente, ma ascoltando un membro maschile del gruppo che affermava di volerla "mettere dentro di sé" (una metafora fisica per l'empatia) accusò un inasprimento del dolore e la sua cute divenne rossa. Nella sessione successiva, lei collegò questo al ricordo che il pensionante aveva abusato di lei dai sei fino ai dieci anni, soddisfacendo la sua mente ma causando il rifiuto del suo corpo con baci profondi e carezze genitali. Poco dopo scoperse di poter leggere nuovamente.

Per questo gruppo la traduzione dei sintomi fisici in sentimenti divenne a volte una caratteristica importante, senza dubbio alimentata dal fatto di essere alimentata da Rona. Per esempio una donna venne con il mal di testa dopo aver condotto una seduta di terapia creativa presso un ospedale psichiatrico. Ella era in grado di collegare questo al dover affrontare proiezioni allarmanti. Mentre parlava cominciò a sentire fame e sete in fondo alla gola, che collegò al latte materno che stava esaurendosi quando aveva tre mesi (ne soffrì finché non portarono un bicchiere d'acqua nella seduta). In un'altra sessione, un uomo disse di avere nuovamente un misterioso mal di denti, poiché si sentiva arrabbiato nei miei confronti perché avevo ingiustamente protestato per il suo ritardo la seduta precedente (avevo dimenticato che aveva accompagnato all'ecografia la moglie incinta). Questo lo mise in diretto contatto con il ruolo importante giocato nell'infanzia dai dolori ricorrenti.

Torniamo a pensare all'idea di Joyce McDougall, secondo la quale i problemi psicosomatici (e psicotici) traggono origine

dalle primissime esperienze, in cui gli oggetti primari sono troppo costantemente distanti o influenti al momento dell'emergere del sé dalla simbiosi neonato-madre e della mente dallo psicosoma indifferenziato. Ciò ha significato alla formazione dei sintomi tanto di Richard quanto di Rona. Il rifiuto dei tentativi di Richard di avvicinarsi a sua moglie ha fatto scattare la rabbia muta e il dolore di stomaco. La provocazione al sadismo di Rona nei membri del gruppo, mentre cercava vicinanza portò alle lacrime, che rapidamente si trasformarono in un forte dolore posteriore; la speranza della vicinanza conduceva all'esperienza della punizione. Richard si teneva ad una distanza protettiva da un oggetto troppo distante. Rona non poteva negoziare lo spazio il suo bisogno e una madre influentemente ostile. Nella primissima fase della sua vita nel gruppo, gli occhi degli altri membri erano frequentemente visti come pieni di odio, e le loro mani vicine a colpirla; più tardi questo aprì la strada a una maggiore fiducia, come lei imparò ad aver fiducia nel potere del suo stesso risentimento - che significa che ritirò la sua proiezione.

Si può così constatare che un gruppo analitico conferisce uno spazio di contenimento transazionale dove i transfert separati possono essere sperimentati e integrati, dove può instaurarsi il passaggio dall'isolamento alla sintonia empatica ad un ritmo che ciascun membro può gestire, e dove possono essere esplorati i livelli corporei, così come i livelli di funzionamento proiettivi e di transfert. Ho scelto deliberatamente esempi dei più difficili pazienti alessitemici o psicosomatici. Patologie meno gravi possono essere risolte sugli stessi principi, spesso con maggiore facilità. Ma nel trattamento in gruppo dei problemi psicosomatici dobbiamo tenere in mente diversi punti importanti.

Massime conclusive

Concluderò quindi con sei massime di guida alla terapia con tali soggetti, e come punto di partenza per la discussione (fig.):

1. Disturbi profondi necessitano di supporto

e di esser pronti ad intervenire (attenzione ai drop-out).

2. Dobbiamo contenere l'ansia, in dolore, l'impotenza e la rabbia.
3. Perché il soma sia mentalizzato, devono essere scoperti (o creati) i significati dei fenomeni fisici.
4. Il terapeuta/gli altri hanno bisogno di attribuire un nome ai sentimenti.
5. Abbiamo bisogno di facilitare la comunicazione a livelli profondi.
6. I terapeuti hanno bisogno di "ascoltare" con il loro corpo come con le orecchie, compreso il controtransfert corporeo (Yassky 1973, Taylor 1977, Brown 1977, McDougall 1978, Janssen e Wienen 1995). Un recente lavoro "La gruppoanalisi con colite ulcerosa e ilite regionale: la scoperta del grido" (Janssen e Wienen 1995), descrive

come lo strillo era stato notato inizialmente dal terapeuta nel controtransfert del conduttore del gruppo.

Se ripensiamo alle due immagini cliniche possiamo vedere illustrate queste massime. Per esempio 1. Il mio bisogno di offrire a Richard una sessione individuale per mantenerlo al gruppo; e 2-6 il mio bisogno di tollerare l'ansia sulla possibilità che il gruppo contenesse il dolore e la rabbia sottolincate, sia di Richard che di Rona; la mia immagine di Auschwitz condivisa con il gruppo di Rona; e il bisogno di sperimentare le lacrime - le lacrime di Richard - e tradurle in parole. *Tutti questi devono essere tollerati, condivisi e compresi dal gruppo affinché l'alessitemia venga modificata - nel paziente alessitemico e nella parte alessitemica di tutti i membri del gruppo, compreso il conduttore.*

Bibliografia

- 1) **Bion W.R.:** (1970) *Attention and Interpretation*, London: Tavistock Publications.
- 2) **Brown D.G.:** (1976) *Listening to Eczema* (Chapter 7). In: *Integrated Medicine* (Editor, H. Maxwell) Bristol: Wright.
- 3) **Brown D.G.:** (1977) *Drowsiness in the Countertransference*. *Int. Rev. Psychoanal.* 4, 481-492.
- 4) **Brown D.G. and Bettley F. R.:** (1977) *Psychiatric Treatment in the Management of Eczema: a Controlled Trial*. *Brit. Med. J.* 2, 729-734.
- 5) **Brown D. G. and Kallucy R. S.:** (1975) *Correlation of Neurophysiological and Personality Data in Sleep Scratching*. *Proc. R. Soc. Med.* 68, 530-532.
- 6) **Ford C. V. and Long K. D.:** (1977) *Group Psychotherapy of Somatizing Patients*. *Psychosom.* 28, 305-315.
- 7) **Fortin J. N. and Abse D.W.:** (1956) *Group Psychotherapy with Peptic Ulcer*. *Int. J. Group Psychother.* 6, 383-391.
- 8) **Foulkes S. H. and Anthony E. J.:** (1957) *Group Psychotherapy: the Psychoanalytic Approach*. 1st ed. pp. 245-249. Harmondsworth; Penguin.
- 9) **Foulkes S. H. and Anthony E. J.:** (1973) *Group Psychotherapy: the Psychoanalytic Approach*, tr. it.: *L'approccio psicoanalitico alla psicoterapia di gruppo*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1998
- 10) **Freedman M. B. and Sweet B. S.:** (1954) *Some Specific Features of Group Psychotherapy and their Implications for Selection of Patients*. *Int. J. Group Psychother.* 4, 335-368.
- 11) **Groen J. J. and Pelsler H. E.:** (1960) *Experiences with and Results of Group Psychotherapy in Patients with Bronchial Asthma*. *J. Psychosom. Res.* 4, 191-205.
- 12) **Hill O.:** (1977) *Review Article: The Psychological Management of Psychosomatic Diseases*. *Brit J. Psychiat.* 131, 113-126.
- 13) **McDougall J.:** (1978) *Primitive Communication and the Use of Countertransference*. *Contemp. Psychoanal.* 14, 173-209.
- 14) **McDougall J.:** (1982) *Alexithymia: a Psychoanalytic Viewpoint*. *Psychosom. Res.* 38, 81-90
- 15) **Milberg I. L.:** (1956) *Group Psychotherapy in the Treatment of Some Neurodermatoses*. *Int. J. Group Psychother.* 6, 53-60.

- 17) **Nemiah J. C.** and **Sifneos P. E.**: (1970) *Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders*. In: *Moderne Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol. 2 (Editor, Hill. O.) Longon: Butterworth.
- 18) **Ogden T.**: (1980) *On the Nature of Schizophrenic Conflict*. *Int. J. Psycho-Anal.* 61, 513-533.
- 19) **Roberts J. P.**: (1977) *The Problems of Group Psychotherapy for Psychosomatic Patients*. *Psychoter. Psychosom.* 28, 305-315.
- 20) **Sanders K.**: (1984) *Bion's 'Protomentale System' and Psychosomatic Illness in General Practice*. *Brit. J. Med. Psychol.* 57, 167-172.
- 21) **Sclare A. B.** and **Crocket J. A.**: (1957) *Group Psychotherapy in Bronchial Asthma*. *J. Psychosom. Res.* 2, 157-171.
- 22) **Sellschopp-Rupell A.**: (1977) *Behavioural Characteristic in In-patient Group Psychotherapy with Psychosomatic Patients*. *Psychoter. Psychosom.* 28, 316-322.
- 23) **Sifneos P. E.**: (1972) *Is Dynamic Psychotherapy Contraindicated for a Large Number of Patients with Psychosomatic Disease?* *Psychoter. Psychosom.* 21, 133-136.
- 24) **Stein A.**: (1971) *Group Psychotherapy with Psychosomatically Ill Patients*. In: *Comprehensive Group Psychotherapy* (Editors, Kaplan, H. I. and Sadock, B. J.).
- 25) **Tantam D., Kalucy R. S.** and **Brown D. G.**: (1982) *Sleep Scratching and Dreams in Eczema*. *Psychoter. Psychosom.* 37, 26-35.
- 26) **Taylor G. J.**: (1977) *Alexithymia and the Countertransference*. *Int. Rev. Psychoanal.* 4, 481-492.
- 27) **Taylor G. J.**: (1984) *Alexithymia: Concept, Measurement and Implications of Treatment*. *Amer. J. Psychiat.* 141, 725-732.
- 28) **Wolff H. H.**: (1977) *Contribution of the Interview Situation to the Restriction of Fantasy Life and Emotional Experience in Psychosomatic Patient*. *Psychoter. Psychosom.* 28, 58-67.

.....

Nel trascorso anno 1998 é caduto il Primo Centenario della nascita di Siegmund Heinrich Foulkes, fondatore della Gruppoanalisi. Foulkes (nato a Karlsruhe nel 1898 e deceduto a Londra nel 1976), medico, psichiatra, psicoanalista di stretta formazione freudiana formatosi con H. Deutsch, era nato in Germania, con il cognome Fuchs e si era trasferito in Inghilterra, su invito di Ernst Jones, acquisendo nel 1938 la nazionalità inglese. S. H. Foulkes trascorse la sua vita dedicandosi alla professione analitica e creò, inizialmente come una "esperienza" pionieristica del cui significato fu però consapevole, la Gruppoanalisi, disciplina che gli riconosce la paternità, anche se lo stesso Foulkes, persona sempre attenta alla ricerca della verità storica nei diversi contesti, non negò mai la sua origine freudiana e lavorò sulle origini stesse della gruppoanalisi da lui fondata, distinguendola dai precedenti tentativi di lavoro analitico in gruppo (Burrow, con la sua "filoanalisi", poi Slavson, Wolf, Bion, etc.). Il contributo di Foulkes alla cornice teorico-metodologica della gruppoanalisi é profondo e tutt'ora oggetto di studio da parte dei suoi primi Discepoli, ora Maestri a loro volta nel campo gruppoanalitico. Nello spirito del ricordo e della gratitudine, il Centro di Analisi Terapeutica di Gruppo (C.A.T.G.), nella persona del suo Presidente, prof. Jaime Ondarza Linares, ha voluto offrire, nell'anno del centenario, una commemorazione in forma di Tavola Rotonda che si é tenuta il 12 dicembre 1998, organizzata dal C.A.T.G., con la collaborazione delle Edizioni Universitarie Romane ed un contributo dell'Università di Roma "La Sapienza", con la presenza di diversi Relatori (dott.ssa Silvia Corbella, prof. Corrado Pontalti, dott. Gaetano Venza, prof. Rocco Pisani) e dello stesso prof. Ondarza Linares (Chairman della tavola Rotonda), che hanno ricordato la vita e l'opera di Foulkes di fronte ad un uditorio ampio e diversificato, con la gradita presenza di ascoltatori di tutte le età e livelli di formazione, interessati alla Gruppoanalisi e alla figura di S. H. Foulkes.