

GIAMPIETRO RICCI\*

## Esserci e non esserci: una buona distanza per crescere

### Il dilemma del porcospino: la giusta distanza nelle relazioni terapeutiche

*Alcuni porcospini, in una fredda giornata d'inverno, si strinsero vicini, vicini, per proteggersi, col calore reciproco, dal rimanere assiderati. Ben presto, però, sentirono le spine reciproche; il dolore li costrinse ad allontanarsi di nuovo l'uno dall'altro. Quando poi il bisogno di riscaldarsi li portò nuovamente a stare insieme, si ripeté quell'altro malanno; di modo che venivano sballottati avanti e indietro fra due mali. Finché non ebbero trovato una moderata distanza reciproca, che rappresentava per loro la migliore posizione.*

In questa nota parabola del filosofo Arthur Schopenhauer è presente il dilemma del movimento relazionale: il confine che separa è ciò che, paradossalmente, nel contatto unisce. Grazie al movimento di contatto / ritiro l'essere umano si muove nella relazione (mi lego a te / mi slego da te). Il confine di contatto ha due funzioni principali: da un lato, mi protegge e contiene ciò che io riconosco come appartenente a me, che mi definisce in quanto essere autonomo e, dall'altro, mette in connessione e rende possibile l'incontro con l'altro.

Attraverso l'esperienza che procede per tentativi ed errori il gruppo di porcospini trova la "giusta distanza" e, proprio in questa, è possibile per loro stare vicini. Per Schopenhauer la soluzione ottimale per risolvere il problema dei porcospini risiede quindi nella ricerca e nel mantenimento di un adeguato distacco; una moderata lontananza rappresenta, infatti, la via da scegliere per mettersi al riparo da ciò che può colpire sia dall'esterno che dall'interno. Il dilemma del porcospino è metafora della ricerca di una maggiore intimità tra le persone e della necessità di prestare attenzione alla distanza per evitare di ferirsi e mantenere un certo equilibrio. Questa lettura rende evidente la difficoltà di trovare la

---

\* Padova, psicologo, psicoterapeuta, Centro Studi CART Milano.

giusta distanza in una relazione in cui ci si deve destreggiare tra due bisogni fondamentali: quello di avere legami e quello di conservare la propria individualità, evitando la polarizzazione tra posizione schizoide e posizione simbiotica fusionale. In entrambi gli estremi di questa condizione-lontananza siderale e vicinanza fusionale, il Sé rischia l'annichilimento. La giusta distanza, benché difficile da trovare, rappresenta la chiave per avere rapporti sani e duraturi. Per alcuni individui, invece, può apparire meno dolorosa la vita vissuta con la maschera della persona forte e senza bisogni, autarchica, lontana da ogni relazione profonda e al sicuro dal rischio di perdita affettiva, anche se in quella torre d'avorio, dietro la maschera rassicurante, spira un vento freddo di solitudine e di vuoto che gela un Sé desideroso di calore.

### **Contatto/ritiro nell'*Addiction***

Le persone con problemi di narcisismo e dipendenza, il cui mondo interno si muove fra un polo simbiotico e un polo schizoide, con un Sé incapace di adeguato contenimento, protezione e mediazione interna (Jeammet, 1992), incontreranno notevole difficoltà nel mantenere una "giusta" distanza dall'oggetto. Alla base di una tale difficoltà di regolazione vi è spesso un Sé fragile, incapace di modulare un corretto distacco dall'oggetto da cui teme di venire "usurato", rischiando così di perdere un'identità già precaria. Per mantenere una minima coesione interna, il soggetto narcisisticamente immaturo necessita di un legame forte con l'oggetto esterno: nella relazione intimità e vicinanza significano unicamente abolizione dei confini, delle differenze, e un uso strumentale dell'oggetto. Questi pazienti non sono in grado di mantenere la "giusta distanza relazionale", quella che permette di avvicinarsi all'altro senza invaderne l'individualità, perché sono troppo affamati d'oggetto per vicariare una fragile identità interna. Essi tendono a instaurare relazioni interpersonali spesso caratterizzate dal controllo e dalla manipolazione dell'oggetto, caratteristiche di base che rendono fragili i rapporti e destinati prima o dopo a chiudersi.

L'*Addiction*, quindi, si può definire anche una patologia della relazione ed è la relazione stessa che costituisce lo strumento della cura, il mezzo terapeutico attraverso il quale si può favorire il cambiamento e, pertanto, costituisce l'elemento centrale sul quale focalizzare l'attenzione clinica.

Le modalità relazionali dei soggetti *dipendenti* sono piuttosto tipiche e, come abbiamo visto prima, derivano dal loro malfunzionamento psichico. L'avidità oggettuale e l'impulsività determinano il tipo di relazione che il dipendente costruirà con chi gli sta intorno, favorendo così il registro somatico, sensoriale e quello dell'agito. Questi soggetti sono

quindi costretti a vivere una condizione di instabilità emotiva, connotata da oscillazioni tra bisogno di legame e attacco distruttivo ad esso. Dopo la caduta dell'illusione onnipotente di poter autarchicamente bastare a se stessi grazie all'uso delle sostanze, sono costretti a chiedere affannosamente aiuto. Lo cercano in modo inconsapevole, ma in seguito provano sentimenti ostili e sadici, con frequenti e rapide fluttuazioni della distanza relazionale. Tali oscillazioni sono parte integrante del tipo di relazione che questi soggetti instaurano con gli altri e sono l'espressione della loro sofferenza psichica.

La relazione terapeutica, caratterizzata dapprima da frammentazione e discontinuità, appare breve e turbolenta e non riesce a divenire una storia perché agita nel *qui e ora*. Il tossicodipendente pretende un'attenzione esclusiva, instaura relazioni al fine di avere una risposta immediata ai suoi bisogni mettendo in gioco vari atteggiamenti di seduttività e manipolazione.

Nel momento in cui avviene la richiesta di aiuto, egli si attende una ricompensa per l'enorme sacrificio della rinuncia alla sostanza stupefacente per lui così necessaria. È facile intuire come queste aspettative inconsapevoli da parte del paziente determinino incomprensioni, attriti e, talvolta, un vero e proprio conflitto, soprattutto se il terapeuta si attende un atteggiamento contrito ed espiatorio. L'avidità, il tutto e subito, l'incapacità di tollerare l'attesa, la percezione di ostacoli sempre più difficili da superare sono elementi che condizionano pesantemente le modalità con le quali il soggetto presenta la sua richiesta di aiuto.

L'incontro con la sostanza è perversamente trasformativo: il soggetto fa un'esperienza che lo cambia radicalmente, in quanto coinvolge le dimensioni biologiche e psicologiche più profonde. Questa modificazione diventa un'esperienza di riferimento e non è più cancellabile dalla sua memoria: ogni altra esperienza, confrontata con quella e senza adeguata elaborazione, ne uscirà perdente. Cos'altro, infatti, potrebbe fornire una simile gratificazione, un simile godimento? E perché ci si dovrebbe rinunciare? Il premio è talmente grande e la tensione diventa a tal punto insopportabile che la stessa vita non assume senso rispetto al bisogno di eliminare quella tensione. Ma di chi stiamo parlando? Questa persona, per la sua fragilità e onnipotenza, non può tollerare di non avere un'immediata soddisfazione del suo bisogno, non sa mettersi in relazione davvero con un'altra persona e quindi aspira a non averne bisogno, mettendosi in una posizione autarchica. Addirittura vive la sostanza come un sostituto d'oggetto.

Va anche rilevato che il tossicodipendente si vive come "interrotto", in dolorosa discontinuità del Sé nelle varie fasi: sia prima della tossicodipendenza, sia durante, ma anche successivamente alla cessazione dell'assunzione di sostanze, si percepisce in una sorta di

angoscia di frammentazione. Nella fase di abbandono dell'uso della sostanza cerca infatti di ricongiungersi col ricordo di come era prima della tossicodipendenza, tentando di eliminare, oltre alla sostanza, anche il periodo di vita ad essa connesso come se fosse una "non vita", un tempo "fermo" e sradicato, durante il quale non era veramente se stesso. Il tentativo di collegare direttamente il presente a un "prima", saltando il "mentre", forma una piega nella storia personale, come quando si cuciono insieme parti lontane di un tessuto. In tale piega rimangono nascoste, come in una tasca, parti di sé. La gestione terapeutica di questa operazione di nascondimento richiede molte energie e cerca di rendere consapevole il soggetto di non aver avuto la capacità di ricongiungere le diverse parti della storia personale in un *continuum* di senso.

I contenuti mentali che non riescono a trovare espressione verbale e non hanno accesso all'elaborazione simbolica sono giocati sul corpo, che diventa così luogo del dolore mentale, non di rado persino esibito. In un contenitore terapeutico in senso lato queste caratteristiche vanno riconosciute ed accettate come punto di partenza per accompagnare il paziente da una relazione a stampo narcisistico a una di riconoscimento sia di sé e dei propri bisogni, sia dell'altro come soggetto reale. Per costruire un'alleanza terapeutica occorre accettare l'ambivalenza delle sue due facce e perciò il terapeuta deve riconoscere l'esistenza della posizione nostalgica rispetto alla sostanza, oltre al fatto che vuole rinunciare.

### **Trattamenti gruppal: presa in carico multipla e GRF**

L'intervento di presa in cura è volto a sostenere e a rafforzare tutti gli aspetti che rendono possibile il cambiamento psichico. Nella relazione con questi pazienti hanno, infatti, particolare importanza quei dispositivi che consentono un'evoluzione del Sé e un miglior funzionamento dell'apparato psichico del paziente. È importante, inoltre, che l'operatore inizi a proporre la giusta distanza, la modulazione della presenza-assenza e della vicinanza-lontananza. Ciò implica, con ogni evidenza, che per questi pazienti sia indispensabile allestire una serie di dispositivi atti alla cura, tra i quali sono fondamentali le relazioni con i vari operatori dei Servizi secondo il noto concetto di *presa in carico multipla*<sup>1</sup>. In questo modo si può contribuire a formare una *domanda* più

---

1. Presa in carico multipla: operatori distinti per ruolo e funzioni interagiscono in uno scambio di comunicazioni teso al riconoscimento non solo dell'aspetto organico e sociale del paziente, ma anche dei suoi assetti di base, in particolare la mancanza di articolazione e distinzione nelle varie relazioni interiorizzate. In questo senso gli

vera, cominciando a delineare sempre più precisamente lo spazio per una psicoterapia in senso più stretto. Pur essendo chiaro che con questi soggetti non si può individuare in un momento netto l'inizio del trattamento terapeutico, va comunque rilevato che ci sono due fasi: la prima è quella della presa in carico multipla, in cui il paziente deve sperimentare di essere al centro di un'attenzione affettiva condivisa perché il suo Sé possa risvegliarsi per riprendere fiducia e speranza in un cambiamento; la seconda è quella in cui egli ha la possibilità di sperimentare dal vivo la relazione con altri soggetti distinti da lui. Nel corso della cura possono spesso insorgere difficoltà in termini di ricadute nell'uso di sostanze e di un precoce abbandono del progetto terapeutico, quindi l'obiettivo principale della cura (i dispositivi) è quello di rinforzare il Sé e, attraverso questa via, favorire il raggiungimento delle fasi di *differenza* e *distinzione*. I dipendenti da sostanze sono spesso incapaci di sostenere l'impatto transferale di una terapia individuale, troppo sollecitante per un'organizzazione psichica interna debole. Si prosegue pertanto con l'uso terapeutico del gruppo che, come già il modello della presa in carico multipla mette in luce, punta su due elementi fondamentali: la coesione affettiva e la circolarità del discorso e dei temi, in cui ognuno prende la sua posizione. Tutte queste riflessioni emergono dal pensiero di Carlo Zucca Alessandrelli che già da molti anni aveva considerato il gruppo come strumento elettivo nell'ambito della cura psicologica dei pazienti tossicodipendenti, e per questo ha poi elaborato lo strumento gruppal GRF, decisivo nella cura della dipendenza patologica.

Il GRF (Gruppo per la ripresa delle funzioni) (Zucca Alessandrelli, 2001, 2002) è un'esperienza emotiva e relazionale di gruppo basata sulla condivisione affettiva fra pari, dove le "differenze" sono sfumate ed è possibile il riconoscimento reciproco. Il suo scopo è quello di favorire la consapevolezza di Sé, nonché il recupero della fiducia e della speranza nelle funzioni psichiche fondamentali per la ripresa dell'evoluzione. Si tratta, quindi, di un'esperienza terapeutica focale e a tempo limitato, che rimanda al paziente la possibilità di rimettersi alla prova senza incorrere di nuovo nel rischio di fallire e sentirsi incapace di concludere qualcosa.

### **Gruppo Orizzonte**

Le caratteristiche più frequenti degli utenti che si rivolgono a un Servizio per le tossicodipendenze sono: la limitata consapevolezza dei

---

operatori offrono consapevolmente nella realtà viva del trattamento col paziente una riedizione innovativa del rapporto tra il Sé e gli oggetti.

loro problemi, una scarsa motivazione al trattamento e la tendenza a riflettere poco su loro stessi. Il tossicodipendente tende inoltre a vivere come pericolose le differenze interpersonali, in quanto minacciano la sua identità poco definita e percepisce il diverso come avverso.

Considerando le fragilità che il tossicodipendente mostra soprattutto sul versante relazionale, gli operatori dei Ser.D che si occupano di queste tematiche avvertono sempre di più l'esigenza di elaborare nuovi e differenti interventi terapeutici gruppali. In questi ultimi quindici anni, nel Ser.D di Dolo (Ve) (Ricci, 2006), abbiamo potuto riscontrare la straordinaria importanza che ha il GRF come base fondamentale per rinforzare il Sé e dare al paziente uno slancio vitale attraverso la fiducia e la speranza. Dopo questo lavoro di sviluppo dell'assetto narcisistico di base alcuni pazienti sono stati capaci di riprendere da soli il percorso maturativo, per altri, invece, è stato insufficiente e hanno avuto bisogno di compiere un'ulteriore esperienza terapeutica. Altri ancora hanno desiderato approfondire le tematiche emerse e rimaste inelaborate riguardanti l'area del conflitto generazionale. Alla luce di queste considerazioni è emersa, quindi, la necessità di individuare degli interventi gruppali ancora più brevi che abbiano la capacità di rispondere in maniera più puntuale alle esigenze che, di volta in volta, emergono nel progetto terapeutico in corso.

Per soddisfare, almeno in parte, queste esigenze nasce il gruppo che ho chiamato *Orizzonte*, inteso come "insieme delle prospettive che si aprono all'azione umana o anche all'evolversi di una situazione" (Dizionario Treccani, p. 567).

Sulla base di queste considerazioni e a partire dalle osservazioni raccolte in decenni di studi sulla terapia di gruppo a breve termine, è nata l'idea di questa esperienza che si sviluppa ed esaurisce in dodici incontri centrati prevalentemente su tematiche che riguardano la separazione, l'elaborazione del lutto e quindi l'ulteriore miglioramento nell'accettazione delle differenze. Dato il numero esiguo di incontri è preferibile che resti chiuso e non si inseriscano nuove persone dopo l'avvio, poiché un nuovo ingresso rischierebbe di disturbare il processo terapeutico anziché arricchirlo.

Nella costruzione di questo strumento il primo concetto che ho esaminato è stato quello riguardante la problematica della vicinanza-distanza, ovvero l'idea di poter provare a cambiare conduzione rispetto a quella sperimentata felicemente in passato col GRF. L'ipotesi da cui sono partito ha tenuto presente il fatto che, con una peculiare conduzione grupale più distanziata, l'apprendimento affettivo all'interno del gruppo stesso potesse avere un'accelerazione, soprattutto con pazienti un po' più evoluti, capaci di "stare e giocare da soli". In altre parole ho proposto anche topologicamente il tema della separazione.

La base teorica di questo dispositivo consiste nell'idea illuminante di Winnicott (1971) relativa all'esistenza di molti tipi di esperienza che contribuiscono alla formazione di capacità di stare da soli. Tra questi tipi di esperienza, tuttavia, ne esiste una che è fondamentale e indispensabile all'instaurarsi di questa capacità: l'esperienza che il bambino compie di essere solo seppur in presenza della madre. L'autore spiega il fondamento paradossale di questa esperienza chiarendo che l'infante apprende funzioni riguardanti l'autonomia quando gioca da solo sapendo, però, che è presente il genitore, pronto a intervenire in caso di necessità. Winnicott precisa, inoltre, che l'autonomia si andrà a rinforzare con il tempo e comincerà a realizzarsi con i tentativi di allontanamento dalla madre verso luoghi inesplorati. Ciò sarà facilitato se il bambino percepirà una certa fiducia in se stesso con la possibilità, comunque, di ritornare indietro nel caso si sentisse colto dal panico o da un sentimento di solitudine. Il suo gioco preferito sarà quello di allontanarsi, sparire per un po' e poi ricomparire agli occhi della madre, convincendosi in tal modo di non rimanere da solo se si allontana e che, comunque, la madre è sempre disponibile ad accoglierlo. In questo periodo di vita è come se il bambino ancora oscillasse tra un bisogno di dipendere e un desiderio di autonomia: c'è il desiderio di fare esperienze avventurose e affascinanti che sono realizzabili nella misura in cui la mamma stessa (e/o il papà) è fiduciosa e convinta che ciò è buono e funzionale alla crescita del piccolo. Qualora invece il bambino si trovi a decidere di sottomettersi al volere del genitore, del cui amore non può ancora fare a meno, entra in apprensione quando l'adulto si allontana e teme che gli capiti qualche sventura, assumendo in sé questi modelli attraverso l'identificazione. Si rafforzeranno in lui maggiormente i legami di dipendenza, tipici della fase di sviluppo precedente, oppure si svilupperanno quelle caratteristiche di potere e grandiosità peculiari nei pazienti con problemi di dipendenza patologica.

Questa idea mi ha portato a pensare di formare un gruppo chiuso e omogeneo facendolo funzionare (giocare) da solo, mentre il terapeuta è presente, ma fisicamente fuori dal cerchio del gruppo. Il conduttore lascia "giocare" il gruppo e interviene solo se richiesto o se vede che questo si mette parzialmente in posizione di ascolto e contestualmente persevera nello svolgere altre attività non concernenti quelle del gruppo.

Al gruppo è stato ben chiarito il motivo di tale disposizione logistica e perciò sono emersi molto raramente sentimenti persecutori o abbandonici. I miei interventi, che spesso hanno avuto la funzione di stimolare la passività o di limitare la divagazione su tematiche non pertinenti, sono divenuti importanti allorché ribadivano la mia attenta presenza. Emblematico è stato l'intervento di un membro all'inizio del percorso

gruppale il quale quasi provocatoriamente ha portato argomenti paradossali e fuori dal contesto. La mia risposta è stata ferma ma dimostrativa di una presenza che, pur determinata, era al tempo stesso calda e accogliente. Successivamente il gruppo, "rassicurato" dalla consapevolezza che il terapeuta era presente e disponibile, ha ripreso a lavorare più intensamente di prima e ha continuato a farlo anche nelle sedute successive.

L'efficacia del setting gruppale come quello che è venuto a determinarsi nel Gruppo Orizzonte appare importante sia per gli innesti imitativi multipli che forniva, sia per lenire e disperdere gli aspetti oppositivi verso il terapeuta. In questa prospettiva, accanto alla "tenera fermezza" del genitore/terapeuta, ha potuto rivestire un ruolo significativo la presenza di un'osservatrice a garanzia di vigilanza del processo di crescita del gruppo come entità unica (coesione) e a rinforzo del sostegno esterno assicurato dal terapeuta. Anche nel caso in cui la coppia terapeuta/osservatrice abbia rappresentato la coppia genitoriale, nell'esperienza concreta del Gruppo Orizzonte ciò ha impattato positivamente, favorendo un maggiore equilibrio tra gli aspetti oppositivi e imitativi necessari allo sviluppo dell'autodeterminazione.

Dopo una prima esperienza col Gruppo Orizzonte mi sento di confermare che anche per questo modulo terapeutico gruppale è molto importante la fase di preparazione al gruppo stesso. È essenziale, infatti, chiarire più possibile gli obiettivi al paziente, per evitare dispersioni che, all'interno di un intervento breve e limitato, potrebbero essere molto dannose. A questo scopo la preparazione all'inserimento nel gruppo diventa fondamentale e il colloquio preliminare assume grande importanza nella costruzione dell'alleanza terapeutica come primo passo per sviluppare legami tra i membri del gruppo. Un'alleanza terapeutica così forte da poter reggere l'impatto di temi dolorosi come quelli del lutto e della separazione.

Il Gruppo Orizzonte all'interno del suo protocollo prevede, da una parte, un colloquio individuale per facilitare l'alleanza e, dall'altra, la consegna di un contratto scritto che contiene le indicazioni sul tipo di intervento proposto, in modo tale che il paziente sia adeguatamente introdotto al gruppo. In questa fase è chiarito ai membri il significato della particolare posizione del conduttore e viene molto valorizzata la loro capacità di lavorare insieme per accelerare il processo di autonomia. Il terapeuta afferma inoltre con chiarezza che la scelta dei membri per la formazione di tale gruppo è avvenuta secondo precisi requisiti che riguardano la capacità di sostenere una tale esperienza emotiva potendone elaborare la sofferenza.

La selezione dei componenti è infatti un aspetto importante che va valutato nella preparazione ad un gruppo, come già diceva Carlo Zuc-



ca Alessandrelli riguardo il GRF. Questo è un gruppo di 'omogeneità paradossale' in quanto, oltre alla omogeneità di alcuni sintomi, primo fra tutti la tossicodipendenza, i suoi membri condividono la capacità difensiva di saper tollerare le differenze.

Essere giunti al riconoscimento delle differenze significa accettare che l'altro sia un'entità separata da sé e tuttavia non c'è una relativa forma di relazione in quanto non vi si vede ancora una possibilità di crescita personale. Questi pazienti non sono quindi in grado di vivere la distinzione relazionale, per la quale c'è, invece, bisogno di un Sé sufficientemente strutturato che sa investire l'oggetto con sentimenti e affetti. La diversità, trasformandosi in distinzione, assume una valenza intrinseca che consente di instaurare una relazione costruttiva che dà un valore all'altro proprio perché diverso da sé. L'esperienza fondamentale per favorire questa trasformazione avviene proprio nel gruppo, dove il tossicodipendente può superare la rigidità di vivere l'altro come 'avversario' solo per il fatto di essere un altro.

La scelta dei membri per questo specifico gruppo è stata fatta cercando di selezionare persone in grado di accettare le differenze in modo non distruttivo, affinché una buona fluidità nel costruire e sperimentare il gioco relazionale fra loro potesse condurli ad un primo passaggio dalla *differenza* alla *distinzione*.

### **Un partecipante del gruppo Orizzonte: Filippo**

A scopo esemplificativo riporterò la situazione clinica di Filippo, un giovane che all'età di ventun anni si era presentato al Servizio con la madre a causa di una dipendenza da eroina che durava da circa otto mesi.

Ho scelto questo paziente perché mi pare si presti a illustrare alcuni degli aspetti che ho descritto sopra: per lui il Gruppo Orizzonte avrebbe potuto essere una risorsa, visto che aveva mostrato fin dall'inizio della presa in carico una discreta capacità di 'risollevarsi'. Egli, infatti, aveva dato valore alla possibilità di riprendere gli studi serali per conseguire la licenza media dopo due bocciature consecutive e aveva saputo inoltre ben utilizzare le proposte del Servizio interrompendo l'uso della sostanza a favore della terapia sostitutiva, garantendosi così la possibilità di frequentare e concludere positivamente un GRF.

Filippo era stato un ragazzino "ciccione", figlio di due genitori obesi e presentava un'*addiction* da cibo. Era un giovane obeso che rivelava, con evidente imbarazzo, un forte senso di inadeguatezza, soprattutto quando si doveva relazionare per la prima volta con le persone. Il rapporto con il padre pensionato, malato e invalido, sembrava caratterizzato da una notevole ambivalenza: da un lato Filippo era affaticato

dalla necessità di accudimento del genitore, dall'altro lo riconosceva come una persona buona e comprensiva. La madre, di dieci anni più giovane del padre, veniva da lui descritta come una donna aggressiva, invadente e dominante, in parte per i suoi tratti caratteriali e in parte perché 'poco contenuta' dal marito.

Da un lato, quindi, abbiamo un padre "troppo buono" e fragile che trattiene tutto fino al punto di ammalarsi e che, nel vissuto interno del paziente, non appare sufficientemente forte da essere una figura di riferimento alternativa alla madre, dall'altro vi è una madre onnipotente, invasiva e prepotente. Uno scenario familiare dal quale Filippo non riesce a differenziarsi e che gli ha causato uno stato depressivo espresso drammaticamente attraverso la difesa della bulimia.

Le difficoltà di Filippo si estendono a tutta la sfera relazionale e si manifestano sotto forma di una spiccata timidezza e continui rossori, con un sottofondo depressivo, condizioni che sembrano molto legate alla sua grave obesità.

Ritenevo che il Gruppo Orizzonte potesse aiutarlo come fiducioso appoggio per riprendere un certo narcisismo sano in grado di affrontare la realtà dei suoi problemi con il corpo, a maggior ragione visto che la condizione di obesità era del tutto negata in famiglia, persino dopo un infarto del padre.

Risultavano evidenti anche le tematiche più profonde, quali la mancata separazione e la colpa edipica, ma il GRF non era il gruppo dove avrebbe potuto affrontare questo livello di elaborazione.

Un punto focale della terapia di Filippo è costituito dall'evento della morte del padre per una grave crisi cardiaca. Il paziente smette definitivamente di lavorare ed entra in una situazione di grave ritiro sociale, in cui trascorre la maggior parte del tempo sul divano a guardare la televisione, mangiando bulimicamente. L'unico contatto esterno che continua a mantenere è quello con gli operatori del Ser.D.

Egli consolida un importante rapporto con me proprio perché, rispetto al padre dal quale non si era sentito sostenuto come si aspettava, sono da lui percepito più energico e disponibile. Ancora una volta usa la realtà per riprendersi dall'abbattimento depressivo.

Il nostro rapporto, in cui comincia a parlarmi con confidenza delle difficoltà ad avvicinare gli altri e in particolare le donne, mi ha permesso di proporgli un'esperienza gruppale. Infatti, visto che il rapporto reale con la persona del terapeuta lo aveva rafforzato sul piano narcisistico sano, ho pensato che questo si sarebbe sviluppato ulteriormente nel rapporto con i 'pari' in un GRF.

Dopo l'esperienza del GRF Filippo si è sentito rivitalizzato, tanto che per circa un anno è riuscito a non assumere sostanze stupefacenti e ha trovato e mantenuto un lavoro fisso in una cooperativa.

Proprio per questi motivi il giovane si è avvicinato affettivamente ad una ragazza. Il rinforzo narcisistico ottenuto con le esperienze precedenti non si è rivelato così robusto da poter reggere la conflittualità e la fragilità rispetto alla relazione oggettuale e il rapporto si conclude con una crisi regressiva del paziente, ancora in carico al Servizio.

**È in questo momento che gli offro l'opportunità di questo Gruppo Orizzonte centrato su tematiche relative all'emancipazione e alla separazione.**

Quattro dei sette partecipanti stavano infatti attraversando grosse difficoltà di distacco dalla famiglia e tutti hanno potuto trarre giovamento dallo stare insieme perché avevano storie interne simili anche se con espressioni sintomatiche diverse, e si è potuta costruire una notevole circolarità tra di loro. Così Filippo è riuscito facilmente a partecipare al gruppo e in poco tempo ha accelerato il suo processo terapeutico. Il gruppo è diventato un luogo di pari in cui è stato per lui possibile percepire solidarietà e consigli costruttivi e non giudicanti: accolto e riconosciuto, ha trovato il coraggio di esporsi parlando molto di sé e rendendo pubblica e condivisa la sua sofferenza.

Egli aveva un'enorme difficoltà a vivere in termini fisici e psichici come un giovane adulto che si interessa alle ragazze senza nascondersi. Nel momento in cui, attraverso l'esperienza di questo gruppo, riesce a progredire, trova anche la forza e il coraggio di lanciarsi in quello che probabilmente vedeva come il più grande pericolo: l'essere se stesso. Il paziente si può permettere a quel punto anche la decisione di dimagrire. L'aumento della propria autostima e la conseguente diminuzione del senso di vergogna lo porteranno poi a una maggiore disponibilità relazionale e a una migliore intraprendenza nei confronti delle donne.

L'esperienza del gruppo e la modalità a più voci del suo svolgersi hanno teso a costruire un'area in cui soggetto e oggetto, non ancora ben distinti, creano il clima affettivo di un'area intermedia che rende possibile lo sviluppo del Sé per affrontare le tematiche più conflittuali della relazione oggettuale.

## Bibliografia

- Jeammet P. (1992), *Psicopatologia dell'adolescenza*. Borla, Roma 1996.
- Ricci GP. (2006), Nuovi pazienti: blocco evolutivo ed esperienza ricostruttiva in un GRF. *Quaderni de gli argonauti* 11: 83-96.
- Schopenhauer A. (1851), *Parerga e paralipomeni*, vol. II, cap. XXXI, sez. 396. Trad. it. *Similitudini, parabole e favole*. Adelphi, Milano 1998.
- Winnicott D. W. (1971), *Gioco e realtà*. Armando, Roma 1974.

Zucca Alessandrelli C. (1998), Come per magia. La ripresa delle funzioni. *gli argonauti* 79: 265-280.

Zucca Alessandrelli C. (2001), GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni, Prima parte. *gli argonauti* 91: 319-336.

Zucca Alessandrelli C. (2002), GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni, Seconda parte. *gli argonauti* 92: 45-65.

Giampietro Ricci  
gps.ricci@gmail.com