

Al di là del sintomo.

Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze

Marie Di Blasi, Laura Pavia, Crispino Tosto, Paola Cavani



Narrare i gruppi

Etnografia dell'interazione quotidiana

Prospettive cliniche e sociali, vol. 7, n° 1, Maggio 2012

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

Al di là del sintomo. Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze

| Autore | Ente di appartenenza |
|-----------------------|------------------------------|
| Marie Di Blasi | <i>Università di Palermo</i> |
| Laura Pavia | <i>Università di Palermo</i> |
| Crispino Tosto | <i>Università di Palermo</i> |
| Paola Cavani | <i>Università di Palermo</i> |

To cite this article:

Di Blasi M., Pavia L., Tosto C., Cavani P., (2012), Al di là del sintomo. Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze, in *Narrare i Gruppi*, vol. 7, n° 1, Maggio 2012, pp. 25-34, website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

Gruppi nella clinica

Al di là del sintomo. Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze

Marie Di Blasi, Laura Pavia, Crispino Tosto, Paola Cavani

Riassunto

I Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) presentano delle caratteristiche comuni. Essi infatti si manifestano attraverso un attacco al corpo, presentano un'insorgenza in età adolescenziale o tardo adolescenziale e una prevalenza associata rispettivamente al genere maschile e femminile. In una prospettiva psicodinamica, ciò che soprattutto accomuna i DUS e i DCA (insieme ai disturbi psicosomatici) è il fatto di poter essere considerati dei disturbi di secondo livello, dei quadri sintomatologici di copertura rispetto ad una sofferenza psichica sottostante. In questo senso possono essere considerate delle modalità di auto-terapia e autoregolazione emotiva adattive seppur patologiche. La psicoterapia psicodinamica di gruppo, agendo sul funzionamento psichico e sulle modalità relazionali alla base della sofferenza oltre che sul sintomo, è uno strumento di intervento particolarmente efficace per queste patologie. Il presente articolo intende proporre alcune riflessioni sulla base delle esperienze cliniche condotte dagli autori nel corso degli ultimi anni.

Parole chiave: terapia gruppoanalitica, tossicodipendenza, disturbi alimentari

Beyond the symptom. The group psychodynamic in dependencies

Abstract

Substance Use Disorders (SUD) and Eating Disorders (ED) share some characteristics such as teen or late adolescence onset and greater prevalence respectively between males and females. According to a psychodynamic approach, SUD and ED, together with psychosomatic disorders, can be defined *second level* disorders, where symptoms cover an underlying psychic suffering. They can also be considered useful but dysfunctional strategies of self-care and emotional self-regulation. Group analytic therapy represents an effective therapeutic tool for these disorders acting on psychological and relational functioning as well as on symptoms. This paper aims at proposing some reflections based on clinical experiences conducted by the Authors during the last few years.

Key word: group analytic therapy, addiction, eating disorders

1. Introduzione

Nel processo diagnostico e terapeutico dei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), gli indicatori descrittivi oggettivi, per esempio quelli forniti dal DSM-IV TR (APA, 2000) rappresentano una cornice imprescindibile, consentendo di inquadrare i due fenomeni psicopatologici all'interno di disturbi univocamente identificabili. La possibilità di effettuare una diagnosi fondata su criteri cosiddetti 'oggettivi' ha indubbiamente consentito di superare eventuali difficoltà di comunicazione tra i clinici attraverso il riferimento a un sistema libero da influenze teoriche. Diversamente, un approccio psicologico clinico alla diagnosi di questi, come di ogni altro quadro psicopatologico, richiede un necessario allontanamento da una prospettiva puramente nomotetica e classificatoria e l'attivazione di un processo di costruzione di conoscenza e di significato finalizzato alla presa in carico e alla progettazione dell'intervento terapeutico.

Nello specifico del trattamento della dipendenza da sostanze e dei disturbi alimentari, tuttavia, la diagnosi intesa in questo senso non ha avuto per lungo tempo la giusta rilevanza, appiattendolo il processo diagnostico sull'identificazione del sintomo; una focalizzazione clinica sul sintomo che rischia di impedire o rallentare le possibilità di conoscenza e di esplorazione dell'universo dell'altro, nella convinzione che aver dato un nome al sintomo implichi la conoscenza del paziente (Stanghellini, Rossi Monti, 2009). Pur essendo 'scelto' dal paziente e profondamente trasformativo della sua identità, il comportamento sintomatico nei DCA e nei DUS può diventare elemento ingombrante nello spazio di cura, spingendo a trascurare la conoscenza della persona che lo manifesta, della sua storia, del significato che sintomo e patologia hanno nel suo universo relazionale e psichico. Di contro, l'esperienza clinica suggerisce come questi pazienti riescano a trovare e rendere evidente, attraverso il sintomo, una modalità di espressione della sofferenza e del pro-prio mondo interno, del proprio Sé e delle caratteristiche modalità relazionali.

Il periodo dell'adolescenza, in quanto fase evolutiva complessa caratterizzata da profonde trasformazioni, spesso rappresenta il momento di esordio di problematiche psico(pato)logiche, tra cui condotte dipendenti e disturbi alimentari. La tendenza ad esprimere attraverso il corpo e l'azione contenuti non ancora rappresentabili psichicamente è una caratteristica fase-specifica dell'adolescenza. Da questo punto di vista, i disturbi alimentari e la tossico-dipendenza si configurano come peculiare modalità d'espressione di una difficoltà più o meno intensa del progetto di soggettivazione. In questi casi la «normale» crisi adolescenziale può divenire frattura, difficoltà evolutiva e identitaria a cui l'adolescente può rispondere attraverso una esteriorizzazione dei conflitti. In adolescenza, l'uso problematico di sostanze stupefacenti appare correlato al percorso di crescita e alle difficoltà nella risoluzione dei compiti evolutivi. Il consumo di sostanze può rappresentare un agito che cela la difficoltà a simbolizzare uno specifico cambiamento evolutivo, permettendo una modificazione delle emozioni che precede la possibilità di pensarle e interpretarle come segnali del corpo. Indipendentemente dalla tipologia di sostanza, l'attività di consumo sembra svolgere una funzione anestetica finalizzata

all'allontanamento o all'offuscamento di contenuti mentali difficili da gestire ed elaborare (Rosci, 2004).

La prospettiva psicodinamica ha già riconosciuto come la sofferenza del soggetto dipendente da sostanze sia connessa a difficoltà evolutive relative al riconoscimento e alla regolazione degli affetti e a specifiche vulnerabilità dell'Io e del Sé, con conseguenti *deficit* di autostima, difficoltà nelle capacità di autocura e autoregolazione e gestione delle relazioni interpersonali (Khan-tzian, 2003; Flores, 2006). Da questo punto di vista, la dipendenza rappresenterebbe un tentativo, seppur illusorio e fallimentare, di riparazione e sostegno del Sé.

Alcuni contributi (Zucca Alessandrelli, 2001; McDougall, 2003) definiscono la vulnerabilità psichica al comportamento dipendente in termini di fragilità narcisistica che esita dal fallimento della relazione primaria madre-bambino. Tale fragilità accomuna le diverse forme cliniche in cui si declina la soluzione additiva, siano esse tossicodipendenza, disturbi dell'alimentazione, dipendenza da sesso o alcolismo.

Anche nell'esordio dei DCA la fragilità identitaria sembra ricoprire un ruolo centrale che si manifesta attraverso difficoltà di soggettivazione e di superamento dei compiti evolutivi fase-specifici. Riva (2009) sottolinea come i principali conflitti evolutivi sembrano concentrarsi sulla presenza di un difficile e solo parziale processo di individuazione-separazione e una mancata mentalizzazione del nuovo corpo sessuato che rendono difficoltosa la definizione dell'identità di genere.

Nei DCA e nei DUS la fragilità identitaria si qualifica in modo particolare come impossibilità di trasformazione qualitativa sul corporeo e come esperienza di discontinuità del Sé che conduce verso un sovrainvestimento dell'apparato percettivo-motorio. In tal modo, la continuità del senso di sé si alimenta attraverso una relazione coattiva con la realtà esterna (DUS) o con la realtà specifica del proprio corpo (DCA) e il senso di sé coincide con il vissuto di pieno/vuoto relativo alla contingente soddisfazione/negazione del bisogno. Nella misura in cui l'accesso allo psichico è ostacolato, poiché il pensiero assume una valenza difensiva e non si sviluppa quale strumento di comprensione del Sé, la sensorialità rappresenta l'unica modalità di significazione del rapporto con la realtà.

L'adolescente anoressica e l'adolescente tossicodipendente non sono in grado di elaborare ed esprimere in termini di rappresentazione la loro peculiare sofferenza e il loro sintomo è deputato ad esprimere, attraverso il corpo e il linguaggio del comportamento, un processo di soggettivazione impossibile.

2. Il gruppo monosintomatico: rischi e potenzialità

L'utilizzo terapeutico del gruppo mono sintomatico risulta sempre più diffuso e particolarmente efficace nel trattamento di specifiche problematiche psicopatologiche, tra cui i disturbi del comportamento alimentare, da sostanze e alcool. Spesso si tratta di gruppi a termine, con obiettivi specifici, condotti all'interno di contesti istituzionali, frequentemente pensati come parte integrante di trattamenti multimodali più ampi. Ci sembra necessario qui sottolineare l'opportunità di guardare al trattamento delle tossicodipendenze e dei disturbi alimentari in termini di

processualità terapeutica piuttosto che di percorso lineare. In tale ottica, il cambiamento terapeutico può essere concepito come un processo a spirale fatto di ricadute, rotture di alleanza, miglioramenti sintomatici, ritiri difensivi, momenti di *impasse*, all'interno del quale risulta necessario sviluppare strategie di intervento multimodali che si diversificano per l'integrazione, all'interno di uno stesso progetto, di elementi biologici, sociali, emotivi e affettivi. Il percorso terapeutico si articola così a partire dalla presenza e dall'integrazione di molteplici livelli di intervento effettuati sia in parallelo che in momenti temporali differenti affiancando, ad esempio, a percorsi di psicoterapia individuale, interventi psicoterapeutici di gruppo o familiari.

L'omogeneità dei gruppi mono sintomatici si fonda sull'individuazione e sul riconoscimento, da parte dei pazienti e dei terapeuti, dell'esistenza di una problematica comune, sintomatica o relazionale, che favorisce un senso di appartenenza e facilita l'attivazione del processo terapeutico (Ustica, 2002). Con la fondazione del gruppo, i terapeuti attivano e facilitano un percorso di condivisione di problematiche comuni che consentono un progressivo superamento del vissuto di isolamento ed unicità della sofferenza e, al contempo, contengono delle difficoltà connesse all'incontro e al confronto con l'Altro.

Sin dalle prime sedute la dimensione del confine temporale, distintivo di molti gruppi mono sintomatici, favorisce l'identificazione e amplifica il processo di rispecchiamento ponendo le basi per lo sviluppo della *compliance*, riducendo il rischio di *drop out*. Le coordinate temporali, se da un lato rappresentano dei catalizzatori della coesione e del processo gruppale, dall'altro costituiscono dei vincoli con cui tutti gli attori del percorso di cura devono confrontarsi. In qualità di conduttore, il terapeuta deve costantemente modulare e accompagnare il percorso di differenziazione del Sé in relazione all'Altro contenendo gli stati affettivi che questo processo mette in moto; dal canto loro, i pazienti devono essere disposti a mettersi in gioco ed avviare un processo di riflessione e comprensione di sé e di specifiche modalità relazionali disadattive, presupposto necessario alla trasformazione e al cambiamento. In altri termini, l'enfasi sull'omogeneità esperienziale e sintomatica dei pazienti deve accompagnarsi al parallelo riconoscimento e promozione delle differenze individuali per arginare il rischio di chiusure difensive e fusionali su un "noi sintomatico" che ostacola il processo di cura.

3. *La terapia gruppoanalitica: fondare la pensabilità del cambiamento*

In questo contributo tratteremo alcuni aspetti clinici che tipicamente si pongono nel lavoro gruppoanalitico con pazienti DUS e DCA utilizzando alcune vignette o stralci tratti da due esperienze terapeutiche di gruppo.

Il concepimento precedente all'avvio del gruppo rappresenta, da parte dei terapeuti, uno dei passaggi focali che fanno da *ouverture* alla successiva, tanto complessa quanto delicata, fase di fondazione del gruppo. Avere chiaro e prefigurare *setting* sostenibili, isomorfi alle specificità cliniche e alle fasi della patologia, nonché all'istituzione all'interno della quale si effettuano, rappresenta l'*humus* che consente di nutrire e rendere fecondo il dispositivo di cura (Lo Verso, Di Blasi, 2011).

Nelle nostre esperienze di psicoterapia gruppoanalitica a tempo limitato sia con pazienti tossicodipendenti sia con disturbi alimentari, le fasi di concepimento e fondazione del gruppo sono state determinanti per orientare e definire le coordinate del *setting*, attraverso l'esplicitazione e la condivisione di un contratto terapeutico che consentisse di creare un luogo in cui poter avviare un processo di narrazione e riedizione di sé e delle proprie trame relazionali.

Nei gruppi sia con pazienti tossicodipendenti che con disturbi alimentari sin dalla fondazione dello spazio gruppale emergono delle questioni centrali inerenti la definizione del cambiamento che concernono prevalentemente i confini e la tutela dello spazio, le regole e il loro senso sia rispetto al qui ed ora che in relazione alla propria vita. La possibilità di abitare il dispositivo terapeutico passa attraverso un processo caratterizzato da un costante lavoro volto a delimitare i confini dello spazio di cura e a sostenere la creazione di quelle condizioni affettive e relazionali che consentono di rendere pensabile il cambiamento. Uno degli aspetti che sul piano clinico accomuna le dipendenze e i disturbi alimentari è la scarsa motivazione alla cura e al cambiamento che può essere intesa contemporaneamente sia come resistenza che come sintomo specifico nella misura in cui 'cambiare' significa potere accettare di svestire il proprio abito megalomane e di tirarsi fuori dalle sfide all'interno delle quali tali pazienti si sentono perennemente convocati. L'ambivalenza rispetto alla terapia si connota per l'attivazione di specifiche forme di funzionamento mentale, caratterizzate da modalità stereotipate e da salti temporali e contestuali che sembrano proteggere dalla possibilità di implicarsi relazionalmente. Il ritmo di va-e-vieni che contraddistingue questo meccanismo e la presentazione di sé attraverso ruoli fissi ma 'forti' rappresentano probabilmente un movimento di avvicinamento a un luogo, mentale e relazionale, sconosciuto e spaventante che richiede di sperimentarsi in qualcosa di psichicamente ed emotivamente minaccioso: incontrare l'Altro e lasciarsi toccare da esso. Divorato o espulso, sedotto o sfidato, per questi pazienti l'Altro sembra sempre difficile da incontrare, abitando all'interno di legami parziali, giudicanti e troppo densi o distratti e poco tutelanti, relazioni in cui il confine fra sé e il mondo esterno è costantemente messo alla prova e in cui la vicinanza diviene minaccia al senso di integrità identitaria.

Nelle prime sedute di una terapia di gruppo a tempo determinato per pazienti anoressiche e bulimiche, il gruppo sembra un aereo che prende quota a stento, in un continuo alternarsi di assenze che innervosiscono e minano la possibilità di far esperienza di una storia comune su cui fondarsi. Quando invece riescono a so-stare nello spazio del gruppo, le pazienti sembrano poter toccare solo temi 'neutri', presentandosi attraverso modalità caricaturali e stereotipate mentre evitano ogni tentativo di narrazione del sintomo.

Tali modalità sembrano parlare di difficoltà che pur essendo specifiche delle patologie di cui sono portatori i pazienti - lo stare pienamente in un tempo che non sia rigido e severo nei disturbi alimentari o cooptato all'interno di una logica tutto e subito o di sfida dei disturbi da uso di sostanze - hanno in comune la paura di entrare in contatto e in relazione con sé stessi oltre che con gli altri. Spesso in gruppo è necessario fare un'opera di decodifica relazionale; in molte circostanze sembra che l'Altro sia dentro un registro immaginario in cui non è possibile vederlo per ciò che è realmente, ma solo perché attiva elementi di sé che non possono ancora

essere riconosciuti come tali. Queste preoccupazioni personali, a cui si reagisce con il controllo dell'altro, vengono anche drammatizzate attraverso specifiche modalità co-municative: voci che si sovrappongono, difficoltà ad ascoltare, confusione, che sembrano essere reattive ad angosce attivate dallo spazio terapeutico. Anche la resistenza a parlare del rapporto col cibo o con la sostanza pur essendo elemento di comunione sembra parlare di questo, rappresentando un tentativo di celare le vulnerabilità e porre l'accento sulle differenze di ciascuno, esorcizzando il pericolo di sentirsi con-fusi dentro un gruppo sconosciuto.

In entrambe le esperienze terapeutiche buona parte del tempo di fondazione del gruppo è rivolto alla creazione e alla cura di uno spazio all'interno del quale per ogni singolo partecipante fosse possibile riconoscersi e stare. Secondo fondamentale per non rimanere imbrigliati in modalità relazionali quasi reattive rispetto alle angosce suscitate dall'alterità e dalla diversità, è stato l'iniziare lentamente a restituire, in base ai tempi soggettivi e in uno spazio non valutante, il senso dell'esperienza, supportando i pazienti nella gestione e nella decodifica di tutte quelle emozioni attivate dal gruppo, spesso troppo ingestibili e intollerabili.

In queste prime fasi il sintomo per questi pazienti ha una doppia funzione. Da una parte ha valore sopravvivenziale, di collante di parti del sé altrimenti scisse, di caratterizzazione di identità altrimenti anonime. D'altra parte, la sostanza o il cibo diventano facilitatori dei processi di rispecchiamento e identificazione reciproca, accorciando le distanze fra i membri del gruppo e fornendo l'illusione di intese esclusive una volta scoperta la possibilità (ma non ancora il rischio) di non essere unici nel proprio dolore. Ed è proprio su queste somiglianze che si può strutturare un primo abbozzo di quel 'noi' che è alla base del senso di appartenenza al gruppo. Sostenuti da questo 'sentirsi identico a' per i pazienti diviene possibile far emergere le prime domande sul senso dell'esperienza di cura intrapresa. Nonostante ciò, in questa fase il sintomo rappresenta ancora qualcosa di non pensabile, un'entità opaca che non può essere messa in discussione perché non può essere analizzata nei suoi risvolti e significati relazionali, intrapsichici ed identitari. La sfida del gruppo è quella di avviare un *pensiero-su*, aprire interrogativi sulla funzione sopravvivenziale ed equilibratrice che sembra svolgere la sostanza, il cibo o semplicemente i rituali che attorno ad essi si vengono a strutturare. Dar voce a questi contenuti permette la possibilità di accogliere motivazioni al cambiamento ambivalenti, paure, resistenze, domande contraddittorie: è un passaggio complesso del percorso di cura, un momento in cui il paziente è nudo davanti alle sue vulnerabilità ed è come se gli si chiedesse di compiere una scelta. Rimanere ancorato a modalità sintomatiche e disfunzionali che ormai hanno solo la capacità di farlo stare 'meno peggio', cullandolo nella malinconia struggente di un benessere ormai svanito? Oppure affidarsi al gruppo e alla sua capacità di sostenerlo nel momento in cui lascerà l'ancora sicura del sintomo per attraversare territori per lui sconosciuti e minacciosi? Si tratta di 'scegliere' di sentirsi fragile, vulnerabile, di scoprire le proprie ferite, di contattare angosce ed emozioni fino ad allora soffocate nell'assunzione di una dose, nell'espulsione del cibo o nello sfinimento di un corpo sempre troppo grasso.

L'avvio del processo trasformativo si caratterizza per un lavoro su alcune questioni identitarie che nel corso dell'esperienza di gruppo diventano dapprima nominabili e poi parlabili.

Spesso le narrazioni dei pazienti testimoniano la presenza di un Super Io se-vero, punitivo, che rimprovera, dà giudizi negativi sul proprio valore, mortifica la propria autostima. Più volte nel corso delle sedute un paziente tossi-codipendente ripete *“Il problema è, dottoressa, che ci si deve sempre punire”*. Nelle pazienti anoressiche, questi aspetti superegoici coesistono con un Ideale dell’Io ipertrofico e perfezionista (Riva, 2009), erede del bisogno di gratificazione narcisistica genitoriale.

“Ricordo che ero piccola quando mio padre iniziò a dirmi che non dovevo piangere: «piangere è una cosa da femminucce e tu devi essere un vero soldato, come me! Non vorrai diventare come tua madre: debole e inconcludente!». Ogni volta che a scuola mi facevano arrabbiare o mia madre a casa mi rimproverava, io stringevo forte i pugni fino a farmi male pur di non piangere: non potevo deludere mio padre. Lui ha lavorato sin da ragazzo e si è pure laureato in tempo: doveva essere degna del suo amore e allora studiavo, studiavo, studiavo...ma anche il trenta non andava mai bene: «se non c’è la lode significa che qualcosa l’avrai sbagliata, stupida che non sei altro»... non erano più le parole di mio padre, ma le mie davanti allo specchio.”

Il rapporto con la sostanza per il paziente tossicodipendente così come quello con il cibo per la paziente bulimica si contraddistingue per la presenza di uno specifico funzionamento mentale caratterizzato da una lotta estenuante contro l’oggetto-sintomo in una sfida nella quale si spera illusoriamente di risultare vincitori. Guarire, cambiare richiede di essere in grado di uscire dalla sfida, accettare la propria limitatezza, le proprie fragilità e rinunciare al desiderio di controllo onnipotente dell’oggetto-sintomo. Nei gruppi terapeutici con pazienti con disturbi alimentari in diversi modi vengono affrontate e discusse le tematiche e gli effetti di questi duelli spesso narrati più come gesti eroici che come potenziali trappole: *“To passo intere giornate a cucinare, cucino per tutti in famiglia”*, dice una paziente, mentre a lei bastano 600 calorie al giorno, quanto basta per poterne bruciare 450 sul tapis-roulant: lei fa tutto, sul tapis-roulant...anche impastare le torte.

“Guardo la torta e muoio di fame, sono divorata dalla fame...ma più la sento e la controllo, più mi sento speciale: almeno in una cosa nella mia vita posso non fare schifo... non è che lo sanno fare tutti!”

La sfida spesso si gioca sul piano di una prossimità spaziale con l’oggetto-sintomo che attiva una dinamica di controllo vs discontrollo il cui esito è al soggetto tristemente, ma inutilmente noto.

“È soprattutto la sera che mi succede. Quando sono sola e so che di là c’è il frigorifero pieno, la dispensa con le merendine...allora mi dico ‘ma sei proprio così debole? Hai fame? Mangi solo una carota’...e poi quando sono lì, è un attimo e mi ritrovo a mangiare qualsiasi cosa”.

La stessa dinamica si ripropone nelle dipendenze con la sostanza.

“P1:Il fatto è che io credo che c’è un modo solo per dimostrare di non essere più dipendenti dalla sostanza. Mettersela davanti e vedere come si reagisce. Solo quando davanti alla sostanza riuscirò a dire di no, potrò definirmi fuori dal problema.”

P2: perché tu mi vuoi dire che ci riesci? Io già lo so, quando ho la sostanza davanti, buona parte del danno è stato fatto. Non te la trovi per caso davanti. Provo a vincere io, ma non ce la faccio. Mi piacerebbe potere essere convinto come lo sei tu. Secondo me hai ragione, solo quando te la trovi davanti e non la prendi puoi dire che ne sei fuori, fare vedere che sei più forte. Ma poi alla fine, quando ce l’hai davanti è impossibile dire di no!”

Con l’avanzare del processo terapeutico la dinamica della sfida si sposta dal controllo dell’oggetto-sintomo al controllo delle emozioni e della relazione con l’altro.

“Sa dottoressa pensavo alle cose che ci ha detto, del fatto che spesso sembra difficile comuni-care. Per un tossico è questo il problema: anche qui, siamo troppo abituati a giocare a po-ker. Anche se non abbiamo delle buone carte per vincere dobbiamo sempre essere molto freddi. Se no si capisce che carte abbiamo in mano. Questo vale anche quando si hanno delle belle carte. La vita, il gruppo è una partita a poker”.

In questa metafora è presente una rappresentazione della realtà, interna ed esterna, come dimensione su cui è necessario esercitare un controllo. Le e-mozioni, positive o negative che siano, non possono essere viste e vissute e soprattutto non possono e non devono essere espresse e comunicate nel rapporto con gli altri.

In qualche modo, la metafora racchiude il senso di come in un gruppo tera-peutico i pazienti DUS e DCA percepiscano le relazioni: l'Altro fa paura perché mette in scena antichi fantasmi che bisogna fronteggiare fino allo stremo delle forze. Co-struire il legame con gli altri espone al rischio di far trasparire la propria fragilità e vulnerabilità.

4. Conclusioni

In questo articolo, attraverso il racconto di alcuni stralci di due terapie gruppoana-litiche con pazienti dipendenti e con pazienti con disturbi alimen-tari, abbiamo cercato di tratteggiare alcune dimensioni chiave delle prime fasi del processo tera-peutico. Molte delle considerazioni esposte in questo lavoro ci mostrano come il cambiamento debba essere considerato come un pro-cesso dinamico caratterizzato dalla ricerca e dalla scoperta progressiva di nuove modalità di funzionamento psi-chico e relazionale. Nei DUS e nei DCA, più che in altri disturbi, l'incertezza e la paura tendono a bloccare que-sto processo. Tra questi pazienti, la paura di cambia-re determina l'attivarsi di difese e resistenze cristallizzate, finalizzate all'evitamento della relazione e del legame con l'Altro.

Nelle esperienze narrate ogni paziente, in misura diversa, ha avviato un per-corso di cambiamento costruendo un nuovo rapporto con la propria vulne-rabilità. La possibilità di accogliere ed elaborare le fragilità di ognuno all'interno del gruppo ha consentito di ridisegnare le proprie scelte e ridefini-re il proprio Sé. La condivisio-ne e la reciprocità con gli altri all'interno delle relazioni di cura hanno reso possibi-le vivere il gruppo come luogo in cui il contatto con la propria vulnerabilità e con i propri limiti può essere speri-mentato come potenziale generatore di autonomia e di interdipendenza.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision, American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Flores P., J., (2006), Psychodynamic theory, in *Group Psychotherapy with Addicted Population. An integration of twelve and psychodynamic theory*, The Haworth Press, New York, 2006.
- Khantzian, E.J., (2003), Understanding Addictive Vulnerability: an envolving psycho-dynamic perspective, in *Neuro-psychoanalysis*, 5 (1).
- Lo Verso G., Di Blasi M., (2011), Gruppoanalisi soggettuale, Raffaello Cortina, Milano.

- McDougall J., (2003), L'economia psichica della dipendenza: una soluzione psicosomatica al dolore psichico, in Rinaldi L. (a cura di), *Stati caotici della mente*, Cortina Editore, Milano.
- Riva E., (2009), Una teoria evolutiva del disturbo alimentare nell'adolescenza femminile contemporanea, in Riva E., *Adolescenza e Anoressia. Corpo, genere, soggetto*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rosci E., (2004), Adolescenza e sostanze psicoattive, in Maggiolini A., Pietropolli Charmet G., (a cura di), *Manuale di psicologia dell'adolescenza: compiti e conflitti*, FrancoAngeli, Milano.
- Stanghellini G., Rossi Monti M., (2009), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica – dinamica*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ustica G., (2002), Il gruppo omogeneo di psicoterapia analitica, in Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Zucca Alessandrelli C., (2001), GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni, *Gli Argonauti*, XXII, 91