

La cura dell'anoressia-bulimia

Perché scommettere sul gruppo omogeneo?¹

Nicolò Terminio²

Qu'on ne dise pas que je n'ai rien dit de nouveau: la disposition des matières est nouvelle.

Pascal, *Pensées*, 22 ed. Brunschvicg³

1. Introduzione

In una delle proposizioni del suo *Tractatus logico-philosophicus* Wittgenstein definisce il compito della filosofia come un'attività di chiarificazione concettuale.⁴ L'ordine della logica consente al filosofo di giungere al cuore del disordine spontaneo prodotto dalla contingenza,⁵ arrivando in tal modo di fronte a quelle questioni etiche (e poetiche)⁶ che costituiscono lo sfondo e il punto di arrivo di ogni attività filosofica.

Le corrette procedure di conoscenza e le questioni etiche appaiono legate le une alle altre anche in psicoanalisi. La psicoanalisi non è una disciplina assimilabile del tutto alla filosofia,⁷ anche se, come la filosofia, si occupa di ciò che nel linguaggio si manifesta come resto, o scarto,⁸ del dicibile. Parafrasando la distinzione wittgensteiniana tra “dire” e “mostrare” possiamo partire dal fatto che nel linguaggio ciò che viene “detto” non può esprimere ciò che viene “mostrato”.⁹ È

¹ Testo pubblicato in M. Castrillejo (a cura), *Ritratti della nuova clinica. Psicoanalisi dei sintomi contemporanei*, Franco Angeli, Milano 2010, pp. 162-175.

² Psicoterapeuta, Ph.D in “Ricerche e metodologie avanzate in Psicoterapia”.

³ Testo citato in esergo nella Prefazione del *Trattato di semiotica generale* di Umberto Eco (Bompiani, Milano 1975).

⁴ “Lo scopo della filosofia è il rischiaramento logico dei pensieri. La filosofia è non una dottrina, ma un'attività” [L. Wittgenstein (1921), *Tractatus logico-philosophicus*, a cura di A.G. Conte, Einaudi, Torino 1995, 4.112].

⁵ Sul programma filosofico del *Tractatus* di Wittgenstein si veda, tra gli altri, M. De Carolis, *Una lettura del “Tractatus” di Wittgenstein*, Cronopio, Napoli 1999.

⁶ A metà degli anni Quaranta, in un suo manoscritto, Heidegger inizia così: “Esperire l'essenza della filosofia significa addentrarci nel rapporto della filosofia alla poesia [Poesie]” [M. Heidegger (1987), “L'essenza della filosofia”, *Aut Aut*, 1989, n. 234, p. 13].

⁷ In particolare, in riferimento all'orientamento psicoanalitico lacaniano, si veda J. Alemán, *L'antifilosofia di Jacques Lacan*, a cura di E. Macola, trad. it. di L. Santoni, Franco Angeli, Milano 2003.

⁸ A tal proposito si vedano i lavori di Rocco Ronchi, definito da Alex Pagliardini come un “filosofo dello scarto”. Ci si limita a segnalare uno dei suoi più recenti volumi: R. Ronchi, *Filosofia della comunicazione. Il mondo come resto e come teogonia*, Bollati Boringhieri, Torino 2008.

⁹ “Ciò che può essere mostrato non può essere detto” [L. Wittgenstein (1921), *Tractatus logico-philosophicus*, a cura di A.G. Conte, Einaudi, Torino 1995, 4.1212].

per tal motivo che “un testo è sempre in qualche modo *reticente*”¹⁰ e manifesta una dimensione equivoca e implicita.¹¹

In psicoanalisi ciò che rimane come un impossibile a dire si manifesta su più livelli: innanzitutto nel sintomo psicopatologico (per il paziente), poi a livello della conduzione della cura (per l'analista) e, *last but not least*, anche nello studio e nella trasmissione del sapere psicoanalitico (per i docenti, i supervisori e gli allievi).

In questo capitolo viene proposto un percorso di lettura di alcuni testi elaborati e pubblicati da Massimo Recalcati. Con il termine *lettura* indico un percorso argomentativo che si configura come una via di mezzo tra il commento e l'interpretazione. In questo lavoro non verranno quindi soddisfatti del tutto i criteri che definiscono il commento e l'interpretazione. L'obiettivo principale sarà “dire” ciò che Recalcati “mostra” nelle sue riflessioni teoriche sulla cura psicoanalitica nel piccolo gruppo monosintomatico. L'ambito clinico e terapeutico dei cosiddetti nuovi sintomi, e in particolare quello dell'anoressia-bulimia, viene studiato come esempio paradigmatico.

2. CINQUE DOMANDE per “vedere” l'efficacia clinica del gruppo omogeneo

Nell'ambito della teoria e clinica dell'anoressia-bulimia Recalcati propone, come strategia di cura, l'uso del gruppo monosintomatico. Per schematizzare le nostre argomentazioni sul legame tra teoria, clinica e ricerca in psicoanalisi possiamo procedere articolando cinque domande:

- 1) Come affrontare la questione dei preliminari nella clinica dei nuovi sintomi?
- 2) Quali sono gli elementi del set(ting) della cura?
- 3) In che modo tali caratteristiche possono configurare un dispositivo che abbia effetti terapeutici sui nuovi sintomi?
- 4) E che cosa si intende per effetti terapeutici?
- 5) Sulla base dell'esperienza clinica relativa al gruppo omogeneo, quali sono i processi psichici che si possono inferire a partire dall'osservazione dei fenomeni?

3. PRIMA RISPOSTA: il gruppo omogeneo come strategia preliminare nella cura dei nuovi sintomi

In un suo recente lavoro Rossi Monti ci ricorda che già a metà degli anni Ottanta Eugenio Gaddini si interrogava sul cambiamento dei pazienti che chiedevano una cura psicoanalitica. Il classico terreno delle nevrosi si è infatti allargato sempre più verso le sintomatologie di tipo borderline per giungere in certi casi fin dentro l'area della psicosi.

¹⁰ U. Eco, *Lector in fabula. La cooperazione interpretativa nei testi narrativi*, Bompiani, Milano 1979 (2002), p. 25.

¹¹ Cfr. G. Bottioli, “Metis e interpretazione”, *Aut Aut*, 1987, n. 220-221, pp. 129-143.

Oltre alle configurazioni sintomatologiche “sono cambiati anche i modi, i tempi, le aspettative con i quali i pazienti si presentano all’analista. L’idea stessa di guarigione è andata incontro a trasformazioni radicali. Oggi il cosiddetto ‘paziente psicoanalitico’ si configura più come entità da *costruire* che non come condizione di partenza stabilmente acquisita. Una parte sempre più consistente del lavoro analitico consiste infatti in una sorta di lavoro preparatorio a una psicoanalisi classicamente intesa. Lavoro preparatorio che va considerato al tempo stesso come psicoanalisi a tutti gli effetti, che è già terapia e che ha spesso lo scopo di piegare la domanda di ‘terapia istantanea’ ai tempi necessari per un reale cambiamento”.¹²

È a partire da questa constatazione clinica ed epidemiologica che possiamo inquadrare l’uso clinico del “gruppo” come modalità di intervento terapeutico che si propone innanzitutto in quanto strategia preliminare.

Una delle tattiche più efficaci che è stata elaborata nel corso degli ultimi vent’anni¹³ contempla il dispositivo del piccolo gruppo monosintomatico. La scelta di formare dei gruppi omogenei per patologia è infatti solo un espediente terapeutico che si propone di far passare il soggetto dall’identificazione anonima offerta da un “sintomo alla moda” (anoressia-bulimia, attacchi di panico, depressioni, nuove forme di dipendenza) all’estrazione della cifra particolare della propria differenza. Quindi da un lato la rettifica dell’Altro implica una rettifica dell’offerta – la posizione del terapeuta non è quella di un esperto dell’alimentazione, ma di un esperto dell’ascolto – e dall’altro l’esclusi della dimensione intersoggettiva viene affrontata attraverso il piccolo gruppo monosintomatico.¹⁴ Di fronte alla “debolezza della domanda di analisi”¹⁵ che caratterizza la clinica dei nuovi sintomi la partecipazione al gruppo omogeneo può costituire un tentativo per introdurre una forma di legame con “il simile” attraverso cui ciascun membro del gruppo possa trovare una prima forma di riconoscimento intersoggettivo,¹⁶ seppur di tipo speculare-immaginario.

¹² M. Rossi Monti, “Psicopatologia e figure del presente”, in *Forme del delirio e psicopatologia*, Cortina, Milano 2008, pp. 135-136.

¹³ Il riferimento qui è relativo alla clinica psicoanalitica sviluppata da M. Recalcati durante gli anni della sua direzione scientifica dell’A.B.A. (*Associazione per lo studio e la ricerca sull’anoressia, la bulimia, i disordini alimentari e l’obesità*) e successivamente con la fondazione di *Jonas Onlus. Centro di clinica psicoanalitica per i nuovi sintomi*.

¹⁴ Occorre ricordare che affinché un soggetto possa essere inviato in gruppo deve essere esclusa una diagnosi di psicosi. Per maggiori approfondimenti si veda F. Galimberti, “Il gruppo come preliminare”, in F. Lolli (a cura), *Sulla soglia. Preliminari nella clinica dei nuovi sintomi*, Angeli, Milano, 2004, pp. 55-64.

¹⁵ Nel caso specifico dell’anoressia-bulimia Recalcati sottolinea che “si tratta piuttosto di una ‘non-domanda’ che illumina il significato di fondo della posizione del soggetto anoressico-bulimico per la quale la scelta dell’anoressia-bulimia si configura già come una *risposta all’Altro*, come una sorta di Cura immaginaria, autoindotta, che salva il soggetto da un Altro che non lo ha riconosciuto come tale” [M. Recalcati, “La logica della Cura nei piccoli gruppi monosintomatici”, in M. Recalcati (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell’anoressia e bulimia*, Borla, Roma 1998, p. 188].

¹⁶ “L’idea di un trattamento preliminare dell’anoressia-bulimia è quella di calare il soggetto nell’intersoggettività del piccolo gruppo per provare in questo modo ad introdurre una certa forzatura nell’autismo narcisistico dell’olofrase anoressico-bulimica” [M. Recalcati, “La logica della Cura nei piccoli gruppi monosintomatici”, in Id. (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell’anoressia e bulimia*, Borla, Roma 1998, p. 191].

In realtà, i piccoli gruppi monosintomatici di cui parla Recalcati non funzionano soltanto sul piano *immaginario*. Si tratta infatti di gruppi terapeutici che vengono effettuati in un'istituzione – attualmente nei Centri Jonas - e pertanto sono caratterizzati da una cornice *simbolica* che accoglie il soggetto per un suo tratto particolare.

Il rapporto tra la dimensione *simbolica* e *immaginaria* del piccolo gruppo monosintomatico ci rimanda all'approfondimento della seconda questione, quella relativa alle coordinate simboliche e agli aspetti operativi del “fare gruppi”.¹⁷

4. SECONDA RISPOSTA: l'Altro e gli altri del gruppo omogeneo

Nei suoi lavori sulla teoria e sulla clinica dei gruppi Recalcati presenta una riflessione puntuale sul “setting” del piccolo gruppo monosintomatico, definendo i criteri che lo caratterizzano in rapporto ai soggetti e agli obiettivi che si propone di realizzare nella pratica clinica. Definire il setting ha un valore cruciale per la strutturazione del campo terapeutico e, allo stesso tempo, è un elemento base per poter osservare, costruire e comunicare gli eventi dell'esperienza di cura. Come viene ampiamente sottolineato nell'ambito della gruppoanalisi, la questione del setting riguarda tre nodi problematici di carattere generale, che possono essere estesi all'intera professione psicologica.

Il primo nodo “è di natura etica e deontologica”:¹⁸ “definire il setting equivale a comunicare all'universo sociale, agli utenti potenziali, che cosa è promosso dal lavoro professionale dello psicologo”.¹⁹

Il secondo nodo è “quello propriamente scientifico ed epistemologico, con riferimento alla comunità scientifica: entrano in gioco, infatti, le basi conoscitive stesse sulle quali l'agire professionale è fondato”.²⁰

Il terzo aspetto “ha una natura squisitamente tecnico-professionale”²¹ e riguarda appunto le modalità tecniche volte a “trasformare in azioni i concetti e i principi discendenti da una specifica teoresi, assunta quale modello di riferimento per la concreta attività e la ricerca empirica”.²²

Il setting indica quindi le procedure, i dispositivi e i modelli di osservazione che permettono di inserire l'esperienza della cura in un quadro simbolico che ne definisce al contempo le coordinate strutturali e le potenzialità terapeutiche.

¹⁷ Cfr. F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Cortina, Milano, 2002.

¹⁸ G. Profita, G. Ruvolo, “Il setting nel lavoro psicologico con individui, gruppi e organizzazioni”, in G. Profita, G. Ruvolo (a cura), *Variazioni sul setting. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Cortina, Milano 1997, p. 4.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ivi*, p. 5.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ivi*, pp. 5-6.

Se prendiamo come punto di appoggio la prospettiva gruppoanalitica possiamo valorizzare la distinzione tra lo scenario della psicoterapia e il pensiero del terapeuta attraverso il concetto di “set(ting)”:

Si è andata specificando dunque un’attenzione alla ‘situazione terapeutica’, presa in considerazione in termini di set inteso come insieme di variabili organizzativo-strutturali, e in termini di setting inteso come ‘pensiero’ del terapeuta e come relazione gruppale, campo mentale condiviso, matrice. Ciò ha indotto alla individuazione del termine set(ting).²³

La distinzione tra il “set” e il “setting” si è rivelata molto utile al fine di individuare e schematizzare i parametri dei differenti gruppi clinici,²⁴ consentendo allo stesso tempo la possibilità di elaborare delle griglie di osservazione per la cura che tenessero ben presente le caratteristiche peculiari dei diversi contesti organizzativi e istituzionali.

Più precisamente, il setting viene “definito come un insieme di fattori quali la formazione del conduttore, il suo taglio formativo e la teoria da lui condivisa, in sostanza il suo modo di fondare il set e di interpretare gli eventi”. Nella gruppoanalisi il setting “è stato pensato come il set interiore, lo spazio che la mente dell’analista riserva al gruppo e alla sua processualità”, e quindi come quella funzione che codifica e traduce gli eventi degli incontri di gruppo. Il setting si configura inoltre come la condizione di possibilità del cambiamento terapeutico.

Da un punto di vista epistemologico e metodologico possiamo schematizzare buona parte dei contenuti fin qui esposti e dire che in ambito lacaniano la teoria dei nuovi sintomi, la rettifica dell’Altro e la posizione dell’analista sono le coordinate principali del *setting* del piccolo gruppo monosintomatico, specificando che in questo caso il gruppo omogeneo è la declinazione particolare del *set* psicoterapeutico. Occorre evidenziare che il set del gruppo omogeneo aggiunge un nuovo elemento al classico setting psicoanalitico: “la relazione tra i membri del gruppo”. È proprio quest’ultima caratteristica del setting che viene messa in valore nella clinica psicoanalitica del piccolo gruppo. Ora, si tratterà di chiarire in che modo il set(ting) lacaniano specificato da Recalcati possa costituire un fattore di efficacia clinica per il piccolo gruppo composto da soggetti anoressico-bulimici.

5. TERZA RISPOSTA: sei fattori terapeutici, più uno

²³ F. Giannone, G. Lo Verso, “Problematica del setting e valutazione della situazione terapeutica. Set/Setting/Set(ting): un percorso di ricerca”, in G. Profita, G. Ruvolo (a cura), *Variazioni sul setting. Il lavoro clinico e sociale con individui, gruppi e organizzazioni*, Cortina, Milano 1997, p. 75.

²⁴ Per maggiori approfondimenti sui parametri che definiscono il setting dei gruppi monosintomatici si rimanda a G. Lo Verso, “Parametri dei differenti set(ting) dei gruppi clinici”, in F. Di Maria, G. Lo Verso (a cura), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Cortina, Milano, 2002, pp. 1-34.

Il dispositivo del piccolo gruppo monosintomatico trae la sua efficacia da sei “variabili di processo”.²⁵ Secondo Recalcati i fattori che nella cura fondano “la produttività analitica di questo dispositivo”²⁶ riguardano:

- 1) *Istituzione della tavola dell'Altro*. Questo è un primo passaggio importante, soprattutto nei disturbi alimentari: una giovane paziente anoressica quando pranzava con i genitori mangiava nella stessa tavola, ma con una tovaglietta a parte, che separasse gli spazi. Il gruppo, grazie al sentimento di appartenenza che attiva, si configura come un modo per aggirare “la solitudine mortifera del godimento sintomatico”.²⁷
- 2) *Annodamento della pulsione di morte*. Il livello minimo di socialità offerto dal gruppo può deviare e arginare gli effetti distruttivi della pulsione di morte, “il ‘nodo’ del gruppo può interporsi tra il soggetto e l’oggetto della sua passione maledetta”.²⁸ oltre al cibo o alla droga può esserci uno spazio per la parola.
- 3) *Riattivazione dell’alienazione significante*.²⁹ La dimensione della parola impone al soggetto un perdita, la parola cioè non può dire tutto del suo essere; per partecipare al legame con gli altri il soggetto deve dunque sottoporsi alla legge del significante, che non cattura del tutto il significato.
- 4) *Metonimia Vs identificazione*. “La dimensione plurima della parola nell’ambito del piccolo gruppo” può produrre uno scivolamento del discorso in base a cui “la parola dell’uno viene ripresa e rilanciata nella parola di un altro a partire, appunto, dalla risonanza di senso che essa è in grado di promuovere”.³⁰ E questo è un fenomeno che si situa in controtendenza rispetto al congelamento olofrastico del discorso.
- 5) *Estrazione Vs identificazione*. Il piccolo gruppo si costituisce inizialmente sull’illusione di una reciprocità garantita dall’omogeneità del sintomo: si tratta di una “comunanza immaginaria”, che però sostiene il legame. La logica dei gruppi monosintomatici ad orientamento analitico intende però “rompere l’omogeneità dell’identificazione anonima al sintomo per estrarre il nome proprio del soggetto”.³¹ Il desiderio dell’analista si situa qui come quel fattore che mantiene aperta “la mancanza dell’Altro”, fa decadere cioè il potere totalizzante dell’identificazione generica.

²⁵ Ci si riferisce qui al processo psicoterapeutico. Per un approfondimento sul significato di “ricerca sul processo” (*process research*) si rimanda al classico testo di L.S. Greenberg, W.M. Pinsof (eds.), *The psychotherapeutic process: a research handbook*, Guilford, New York 1986. Per una rassegna generale sulla ricerca in psicoterapia si veda N. Dazzi, V. Lingiardi, A. Colli (a cura), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*, Cortina, Milano, 2006.

²⁶ M. Recalcati, *L’omogeneo e il suo rovescio. Per una clinica psicoanalitica del piccolo gruppo monosintomatico*, Angeli, Milano 2005, p. 89

²⁷ *Ivi*, p. 89.

²⁸ *Ivi*, p. 91.

²⁹ *Ivi*, p. 91.

³⁰ *Ivi*, p. 92.

³¹ *Ivi*, p. 94.

- 6) *Drammatizzazione del transfert*.³² Nel dinamismo gruppale il soggetto può incontrare delle situazioni contingenti in grado di attivare “la ripetizione fantasmatica” che muove il suo sintomo e qui gli altri membri del gruppo partecipano ad una “psicodrammatizzazione collettiva” da cui può scaturire un significato inedito.

I sei fattori proposti e studiati da Recalcati esprimono la valenza clinica del dispositivo gruppale, infatti nella relazione tra i membri del gruppo il “feedback interpersonale”³³ apre delle finestre d’opportunità in grado di attivare la motivazione al cambiamento e le possibilità per un insight. Il gruppo configura un campo relazionale che consente di ampliare le opportunità di scambio e di parola per i soggetti, predisponendo un legame che, dietro il velo omogeneo dell’appartenenza alla categoria sintomatica, favorisce l’incontro con qualcosa di inassimilabile al registro del medesimo.

Osservando in modo attento la “fisiologia di un piccolo gruppo” risulta chiaro che i processi psicologico-sociali emergenti e fondativi sono influenzati dal gruppo. I processi emergenti sono gli unici che più o meno cambiano in modo imprevedibile durante il trattamento gruppale. I fattori terapeutici, il feedback interpersonale e l’autosvelamento appartengono a questi processi emergenti. I risultati empirici suggeriscono che un’influenza sia positiva sia negativa sul processo di cambiamento individuale di un membro del gruppo viene causata dal setting interpersonale e dallo scambio tra i suoi membri.³⁴

Gli avvenimenti relazionali e i processi di “autosvelamento”³⁵ consentono dunque al gruppo di fondarsi e al tempo stesso di cambiare. Il gruppo può però configurarsi come un elemento pivot del cambiamento soprattutto grazie alla funzione dinamizzante svolta dal terapeuta. Seguendo il modello lacaniano che Recalcati propone per il trattamento dell’anoressia-bulimia attraverso il piccolo gruppo, ci accorgiamo di quanto il gruppo non sia di per sé terapeutico se non è guidato dal “desiderio dell’analista”. L’analista compie i suoi interventi clinici a partire da una posizione che assomiglia a quella di una “una guida che segue”, non incarna quindi un Altro che esercita il potere di determinazione della verità del soggetto. L’analista si pre-occupa, si prende cura dell’“essere singolare plurale” a cui il dispositivo gruppale introduce. Per dirla con un linguaggio

³² *Ivi*, p. 95.

³³ “Il feedback interpersonale è solitamente definito come un’interazione tra due o più membri del gruppo che si scambiano reazioni o risposte interpersonali” [B. Strauss, G.M. Burlingame, B. Bormann, “Ricerca sul processo della psicoterapia di gruppo”, in G. Lo Coco, C. Prestano, G. Lo Verso (a cura), *L’efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Cortina, Milano 2008, p. 74].

³⁴ *Ivi*, p. 73.

³⁵ “L’autosvelamento è considerato un altro importante elemento dei processi emergenti; esso rappresenta un aspetto rilevante di un progresso significativo nei setting terapeutici ed è caratterizzato dalla rivelazione di segreti personali intimi e molto privati che riguardano anche una relazione con un’altra persona” [B. Strauss, G.M. Burlingame, B. Bormann, “Ricerca sul processo della psicoterapia di gruppo”, in G. Lo Coco, C. Prestano, G. Lo Verso (a cura), *L’efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Cortina, Milano 2008, p. 75].

che si nutre della prospettiva filosofica potremmo dire che l'analista punta a introdurre un *clinamen*.³⁶

Ci sono gli atomi *più* il *clinamen*. Ma il clinamen non è qualcos'altro, un elemento esterno agli atomi, non è qualcosa in più rispetto ad essi, ma è il "più" della loro esposizione: essendo parecchi, non possono pendere o inclinare gli uni rispetto agli altri. L'immobilità o la caduta parallela eliminerebbe l'esposizione, equivarrebbero a una pura posizione e ci farebbero precipitare infine nell'Uno-puramente-uno (o, detto altrimenti, nell'Altro). Ma l'Uno puramente uno è meno dell'uno: non può essere né posto né contato. Mentre l'uno propriamente uno è sempre più dell'uno. È in eccesso di unità, è l'uno-con-l'uno: è il suo essere in sé co-presente.³⁷

Il desiderio dell'analista sostiene l'enigma di un'enunciazione, il "più" che scavalca la condensazione degli enunciati, si tratta di un desiderio che punta all'al di là della parola – cioè all'oggetto *a* di cui parla Lacan – ma sempre a partire dalla parola: il reale viene infatti circoscritto con il simbolico. Si tratta di una prospettiva che abbraccia un'idea del ruolo del terapeuta che viene condivisa nel panorama più ampio della ricerca sui gruppi:

Grande importanza è attribuita ai conduttori di gruppo, anche se la loro influenza non è direttamente evidente per la maggior parte del tempo. Una responsabilità fondamentale del conduttore è quella di aiutare il gruppo a sviluppare e a mantenere un ambiente terapeutico che sia favorevole all'interazione positiva tra i membri, al fine di facilitare il cambiamento di comportamenti, credenze e abilità a lungo termine (Yalom 1995). Così il conduttore di gruppo non ha solo la responsabilità di percepire i processi emergenti in gruppo, ma anche di influenzare il processo di cambiamento.³⁸

È importante dunque che il conduttore del gruppo favorisca le interazioni tra i membri del gruppo, stimoli i soggetti a prendere la parola e, al contempo, garantisca l'istituzione di un setting (la tavola dell'Altro)³⁹ in grado di accogliere la singolarità di ciascuno.

³⁶ Il concetto di *clinamen* è particolarmente caro a Recalcati. Riprende tale concetto, per esempio, in riferimento all'apologo della pioggia di Lacan e al ruolo della "deviazione come marca della singolarità". Nella caduta verticale della pioggia – che scende dalla nuvola, dal luogo dell'Altro – si inserisce "una deviazione, il *clinamen*", una goccia che in modo trasversale cambia quella direzione, quell'impasto tra senso e pulsione che fino ad allora appariva sintomaticamente immutabile. Lungo questo cammino il singolo soggetto potrà così finalmente scegliere il modo con cui tracciare, contornare la particolare singolarità che ritorna come mancanza dell'Altro [Cfr. M. Recalcati, *Per Lacan. Neoilluminismo, neoesistenzialismo, neostrutturalismo*, Borla, Roma, 2005, pp. 60-61; p. 72].

³⁷ J.-L. Nancy (1996), *Essere singolare plurale*, Introd. di R. Esposito in dialogo con J.-L. Nancy, Einaudi, Torino 2001, p. 56.

³⁸ B. Strauss, G.M. Burlingame, B. Bormann, "Ricerca sul processo della psicoterapia di gruppo", in G. Lo Coco, C. Prestano, G. Lo Verso (a cura), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Cortina, Milano 2008, p. 73.

³⁹ "Questo lavoro iniziale del conduttore diviene fondativo della coesione di gruppo, costruendo uno spazio terapeutico in cui fare esperienza di sé nelle relazioni con l'altro. In Italia, il gruppo di lavoro coordinato da Pontalti ha creato uno strumento osservativo volto all'analisi degli interventi del terapeuta di gruppo, capace di differenziare il classico lavoro interpretativo (con i singoli e il gruppo nel suo insieme) dall'attività verbale volta a gestire le regole del setting e creare connessione e coesione nell'attività verbale dei partecipanti" [G. Lo Coco, C. Prestano, "La ricerca in psicoterapia di gruppo: punti forza e di debolezza", in G. Lo Coco, C. Prestano, G. Lo Verso (a cura), *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*, Cortina, Milano 2008, p. 21]. Per approfondimenti sull'analisi degli interventi del terapeuta si rimanda a I. Pontalti, C. Pontalti, "Lo studio del processo in psicoterapia: un'analisi dei settings multipersonali. Il Codice delle Emozioni Espresse e il Codice degli Interventi del Terapeuta", in S. Di Nuovo, G. Lo Verso, G. Giannone, M. Di Blasi (a cura), *Valutare le psicoterapie. La ricerca italiana*, Angeli, Milano 1998, pp. 177-195; G. Lo Verso, M. Di Blasi, F. Giannone, C. Giordano, G. Lo Coco, "Epistemologia della valutazione: la psicoterapia

6. QUARTA RISPOSTA: effetti ed esiti del percorso di gruppo

In questa prospettiva il piccolo gruppo monosintomatico si configura come una strategia preliminare per il trattamento dell'omogeneità dei nuovi sintomi, con lo scopo di offrire al soggetto l'occasione per ricostituire le condizioni di possibilità per la dialettica della parola. Nella prospettiva delineata da Recalcati il dispositivo gruppale può aprire a tre diverse declinazioni del rapporto del soggetto con l'Altro: tali declinazioni esprimono tre tipologie di effetti terapeutici a cui corrispondono tre modalità di conclusione della cura. "Schematizzando distingueremo una conclusione che avviene sul *ridimensionamento sintomatico*, una che avviene sulla *produzione di una nuova domanda*, una che avviene sulla messa in forma del *fantasma fondamentale del soggetto*".⁴⁰

1. La prima modalità di conclusione della cura consiste in un "ridimensionamento sintomatico" che "viene ottenuto attraverso una sorta di 'cosmesi dell'io'. È un effetto del dispositivo gruppale"⁴¹ che permette di trasformare l'adesione narcisistica al sintomo rendendola compatibile con "creazione di altri legami sociali".⁴² Sebbene tale effetto sia di per sé terapeutico, in quanto consente al soggetto di mitigare il soddisfacimento autistico del sintomo, non può essere considerato come un lavoro approfondito in grado di toccare le questioni fondamentali che animano i cortocircuiti del fantasma inconscio. Nella cosmesi dell'io possiamo piuttosto leggere una riappropriazione da parte dei soggetti anoressico-bulimici del valore del corpo femminile, non più piegato alle esigenze della fallicizzazione anoressica o alla spinta svalorizzante dell'abbuffata bulimica. In tale prospettiva il cambiamento terapeutico scaturisce da un "rinnovamento identificatorio" del soggetto: il sembiante dell'anoressia-bulimia viene sostituito da un altro sembiante più funzionale all'adattamento alla realtà e al legame sociale.
2. La seconda modalità di conclusione della cura nel piccolo gruppo corrisponde invece a una vera e propria attivazione dell'inconscio del soggetto, che non si ritrova a non coincidere più con l'immagine narcisistica, ormai diviso da una questione che lo abita a sua insaputa. In termini più lacaniani Recalcati parla di "isterizzazione del soggetto", riprendendo in tal modo le concettualizzazioni sulla "rettifica soggettiva"⁴³ e quelle sulla teoria dei "quattro discorsi",⁴⁴ dove Lacan precisa la funzione dinamizzante che in una cura viene svolta dall'apertura della

tra ricerca e clinica", in S. Di Nuovo, G. Lo Verso (a cura), *Come funzionano le psicoterapie*, Angeli, Milano 2005, pp. 13-30.

⁴⁰ M. Recalcati, "La logica della Cura nei piccoli gruppi monosintomatici", in M. Recalcati (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia e bulimia*, Borla, Roma 1998, p. 243.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ Si rimanda a tal proposito al testo *Direzione della cura* di Lacan (in *Scritti*).

⁴⁴ Per approfondimenti si rimanda al J. Lacan (1969-1970), *Il seminario, Libro XVII, Il rovescio della psicoanalisi*, ed. it. a cura di A. Di Ciaccia, Einaudi, Torino 2001.

divisione soggettiva, ossia dalla non coincidenza del *je* con *le moi*. L'isterizzazione del soggetto "si rivela come un fattore di divisione che contiene un sapere che sfugge al soggetto e che, nondimeno, il soggetto ha deciso di voler sapere. La condizione perché tutto questo possa prodursi è la deolofrasizzazione dell'anoressia-bulimia, ovvero l'accentuazione del carattere propriamente distonico, egodistonico, del sintomo anoressico-bulimico. Nel senso che il sintomo non fa più uno con l'identificazione ma è piuttosto ciò che la spezza. L'effetto generale del lavoro del gruppo è stato dunque quello di una disidentificazione che manifesta il soggetto come un soggetto diviso e alla ricerca della verità di questa sua divisione".⁴⁵ La verità implicata nelle maglie del sintomo può produrre da un lato un'attenuazione del comportamento anoressico-bulimico e dall'altro una nuova interrogazione del soggetto, favorendo il transito verso una domanda inedita sul proprio essere: la deolofrasizzazione del sintomo può infatti prefigurare il carattere allusivo-metaforico dello stesso sintomo: da maschera omogenea del soggetto può diventare l'espressione di ciò che più lo distingue dall'insieme amorfo delle rappresentazioni del corpo anoressico-bulimico. In questa seconda modalità di uscita dalla cura può aprirsi l'inizio per una vera e propria analisi, dove al centro del dire emerge la questione inconscia che abita il soggetto.

3. Il terzo modo di conclusione della cura permette di studiare gli effetti terapeutici del dispositivo gruppale in connessione agli effetti che caratterizzano in modo più marcato il setting psicoanalitico della cura individuale. A tal proposito Recalcati individua audacemente la "più pura particolarizzazione del soggetto. Infatti per la psicoanalisi ciò che costituisce il particolare del soggetto non è l'identificazione ma il rapporto con l'oggetto causa del desiderio. Qui l'effetto della riduzione dei sintomi non dipende da una cosmesi, ma è strutturale poiché il sintomo è scoperto come la punta in superficie del fantasma. Costruendo il proprio fantasma il soggetto può indebolirne la presa. Il fantasma non cortocircuita (immaginario-reale) più nell'identificazione ma viene costruito simbolicamente. Il soggetto acquisisce un sapere nuovo su di sé, un sapere nuovo che modifica la sua economia libidica, che ordina in altro modo il suo accesso al godimento".⁴⁶

In riferimento a questa modalità di uscita dalla cura Recalcati propone un esempio clinico (così come fa per gli altri due modi di uscita) in cui mostra una serie di passaggi logici del percorso terapeutico di una paziente anoressico-bulimica all'interno del gruppo: da un lato vengono presentati i feedback e gli avvenimenti interpersonali del gruppo e dall'altro vengono mostrati gli effetti prodotti dalla costruzione simbolica del fantasma inconscio della paziente: nella cura la spinta ad agire lascia progressivamente spazio alla dimensione della parola, che a

⁴⁵ M. Recalcati, "La logica della Cura nei piccoli gruppi monosintomatici", in M. Recalcati (a cura), *Il corpo ostaggio. Teoria e clinica dell'anoressia e bulimia*, Borla, Roma 1998, p. 245.

⁴⁶ *Ivi*, p. 247.

sua volta dischiude la verità fantasmatica del sintomo, separando in tal modo il soggetto dalla ripetizione del godimento. Questa terza modalità di conclusione della cura ci permette di cogliere i principi fondamentali di una cura psicoanalitica anche nel dispositivo gruppale: da un primo tempo in cui diventa centrale ristabilire l'alienazione significativa si passa a un secondo tempo in cui la catena significativa traccia in modo sempre più circoscritto il tema fondamentale del fantasma inconscio del soggetto.

7. QUINTA RISPOSTA: il tempo logico del gruppo omogeneo

Una delle prime paroline magiche che si incontrano nel contesto dei dialoghi tra psicoanalisti lacaniani è quella di “rettifica soggettiva”. Essa indica un concetto che è in relazione con quello di “transfert” e con quello di “inizio analisi”.

Come iniziano le analisi? La risposta di Lacan è che le analisi cominciano con il significante del transfert. Cos'è il significante del transfert? [...] Il significante del transfert è quello a proposito del quale vi domandate: cosa vuol dire? Occorre che il soggetto incontri qualcosa al cui proposito si domanda, “cosa vuol dire?”, perché un'analisi cominci. Può essere qualsiasi cosa. Occorre naturalmente che la significazione vi importi, occorre che supponiate che ne va di voi nella soluzione della domanda: “ma cosa vuol dire?”⁴⁷

L'instaurarsi del transfert generalmente richiede però un certo tempo, che viene riservato ai colloqui preliminari. Il tempo del gruppo si colloca a pieno titolo in questa zona di passaggio, e non solo qui. In questo transito verso la soggettivazione della domanda di cura il gruppo si configura come uno strumento simbolico che mette in gioco il reale del soggetto e può prepararlo a un percorso individuale.

Questa serie di passaggi possono essere concettualizzati mediante due operazioni che Lacan indica con i termini di “alienazione” e “separazione”.⁴⁸ I concetti lacaniani di “alienazione” e “separazione” indicano uno dei modi più sofisticati che Lacan adopera per render conto dei rapporti tra soggetto e Altro. Tali concetti non sono soltanto due tempi logici che indicano la causazione del soggetto in relazione all'Altro, ma sono anche due momenti dell'esperienza analitica. Ritroviamo infatti la logica dell'alienazione nella scelta che il soggetto fa rispetto alla dimensione del senso. Il soggetto entra nella dimensione del senso quando si chiede: “Che cosa vuol dire?” È la questione che inaugura il campo dell'Altro come luogo del senso, come destinatario a cui rivolgere la questione del senso. L'attivazione del transfert in quanto “soggetto

⁴⁷ J.-A. Miller (1994), “L'inizio delle analisi”, in *I paradigmi del godimento*, a cura di A. Di Ciaccia, S. Sabbatini, Astrolabio, Roma 2001, p. 145.

⁴⁸ Nel testo *Posizione dell'inconscio* – scritto nello stesso periodo in cui veniva pronunciato il *Seminario XI* – Lacan descrive alienazione e separazione come “le due fondamentali operazioni in cui conviene formulare la causazione del soggetto. Operazioni in ordine a un rapporto circolare, ma non reciproco” [J. Lacan (1964), *Posizione dell'inconscio*, in *Scritti*, vol. II, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1974, p. 843].

supposto sapere” si configura come l’innesto della dimensione del senso nel reale del soggetto. Nei colloqui preliminari l’alienazione si configura infatti come una processualità che rivela il meccanismo di entrata in analisi, l’alienazione è l’indice della trasformazione dell’analizzando in analizzante.

In una cura psicoanalitica è necessario che un soggetto possa mettere in funzione il meccanismo dell’alienazione. E i colloqui preliminari sono essenzialmente votati a questa prima apertura dell’inconscio. Il gruppo svolge una delle sue funzioni fondamentali proprio in riferimento a questo passaggio terapeutico.

Passiamo adesso all’operazione logica che prende il nome di separazione. Quando la manifestazione del soggetto imbrocca non la via del *sensu* ma la via dell’*essere* allora assistiamo alla sparizione del soggetto dalla catena significante e il soggetto appare come un non-senso, come un rigetto del senso. Ad esempio l’inciampo del dire che può essere rappresentato da un lapsus e che si realizza nella cura è un modo in cui il soggetto si manifesta (si separa) al di là dei significanti che hanno caratterizzato (alienato) la sua trama esistenziale. La separazione dall’Altro avviene a causa del godimento inassimilabile alla dialettica significante e la ripetizione del sintomo ne dà testimonianza, soprattutto nella forma radicale del rifiuto anoressico-bulimico.

Se nell’alienazione il soggetto si rivolge all’Altro per la ricerca del senso e chiede una risposta alla questione: “Che cosa vuol dire il mio sintomo?”, “Che senso ha il mio lapsus”, nella separazione l’Altro viene coinvolto diversamente e su un’altra questione: “Lei mi dice questo, ma perché me lo dice? Che vuole da me?” Tale spostamento della configurazione relazionale può produrre un rilancio della cura, una nuova concatenazione di significanti e rappresentazioni che possono dar luogo a nuove significazioni. È su questo punto che il piccolo gruppo può far entrare in gioco la dimensione del desiderio dell’Altro, il vettore che orienta il desiderio dell’Altro sul soggetto. La differenza introdotta dal dispositivo grupppale consiste nella possibilità di simbolizzazione che viene offerta al soggetto nell’ambito del legame interpersonale. Nella cornice simbolica del gruppo il sintomo può assumere una valenza relazionale: non è più solo un evento che separa il soggetto dall’Altro ma è anche la cifra enigmatica in cui si pronuncia il fantasma inconscio. Alienazione e separazione sono dunque due momenti differenziabili e articolati della cura: nella prima osserviamo la concatenazione dei significanti, mentre nella seconda l’emergenza della posizione soggettiva in relazione al desiderio dell’Altro. Una cura consiste nell’elaborazione di una strategia soggettiva per vivere la dimensione costitutiva del soggetto che è diviso dal significante e localizzato nel desiderio dell’Altro. La terza modalità di uscita dalla cura descritta da Recalcati evidenzia appunto la possibilità di elaborazione che il dispositivo grupppale offre al soggetto. Su tale aspetto teorico-clinico le riflessioni di Recalcati sono molto illuminanti perché

coniugano la questione della ricerca sul processo terapeutico nel dispositivo gruppale con le osservazioni lacaniane sull'operazione di alienazione-separazione.

Ora, per riprendere le parole di Lacan possiamo concludere sottolineando che in una cura, e quindi anche nel gruppo omogeneo,

riportiamo l'attenzione sul desiderio, perché non va dimenticato che, ben più autenticamente di qualsiasi ricerca d'ideale, è lui a regolare la ripetizione significativa del nevrotico e la sua metonimia. [...] Per accedere a questo punto aldilà della riduzione degli ideali della persona, è come oggetto *a* del desiderio, come ciò che egli è stato per l'Altro nella sua erezione di vivente, come il *wanted* o l'*unwanted* della sua venuta al mondo, che il soggetto è chiamato a rinascere per sapere se vuole ciò che desidera... Ecco la sorta di verità che con l'invenzione dell'analisi Freud portava in luce.⁴⁹

⁴⁹ J. Lacan (1960a), "Nota sulla relazione di Daniel Lagache: *Psicoanalisi e struttura della personalità*", in Id. (1966), *Scritti*, vol. ii, a cura di G.B. Contri, Einaudi, Torino 1974, pp. 678-679.