

Martino Maria Luisa, De Luca Picione Raffaele, Freda Maria
Francesca

*La ferita del confine: la condizione di liminalità del corpo e della
psiche*

Abstract

Il processo di costruzione e di significazione della propria esperienza si realizza mediante lo sviluppo di confini. Essi rappresentano dispositivi semiotici dinamici che consentono simultaneamente processi di distinzione e di connessione, separazione e integrazione, individuazione e appartenenza. In una prospettiva semiotica e psicodinamica, la pelle rappresenta un primo e fondamentale processo di confine che rende possibile lo sviluppo identitario, la dimensione intersoggettiva e la condivisione entro i propri contesti di vita. La malattia si configura come una discontinuità di vita costituendo una lacerazione dei propri confini somatici, psichici, sociali. A partire da questa ferita, la persona colpita da una malattia può ritrovarsi in una condizione di liminalità. Tale nozione, originariamente antropologica, risulta di attuale interesse nel contesto psicologico in quanto la caratteristica principale è il sentimento di disorientamento, isolamento, frammentazione, esclusione dal mondo degli altri. In termini clinici, l'elaborazione dell'esperienza liminale può avvenire attraverso la costruzione di nuovi sistemi di confine che possono ridare senso ai molteplici aspetti della vita.

The process of meaning-making of personal experience is realized through the development of borders. They represent dynamic semiotic devices that allow us simultaneous processes of distinction and connection, separation and integration, individuation and belonging. In a semiotic and psychodynamic perspective, the skin is the first and fundamental boundary process that makes possible the development of identity, the intersubjective dimension and sharing within life contexts. The illness appears as a life discontinuity constituting a laceration of personal somatic, psychic, social borders. From this wound, the victim of an illness may find his/herself in a state

of liminality. This concept, originally anthropological, is of current interest in the psychological context as the main feature is the feeling of disorientation, isolation, fragmentation, exclusion from the world of others. In clinical terms, the elaboration of the liminal experience can occur through the construction of new border systems that can construct new meaning to the many aspects of life.

Parole chiave: liminalità, confine, malattia come esperienza traumatica, significazione, corpo

Keywords: liminality, border, illness as a traumatic experience, sensemaking process, body

Introduzione

A oggi la letteratura concorda nell'interpretare l'esperienza di malattia, nello specifico quella oncologica, come una ferita del corpo e della mente ascrivibile a un'esperienza traumatica (Cordova *et al.*, 2007; Martino, Onorato, D'Oriano & Freda, 2013; Sumalla, Ochoa & Blanco, 2009). L'irruzione di una malattia oncologica, richiede al soggetto di far fronte a un lungo e faticoso iter terapeutico, che, in ragione della stadiazione e delle zone trattabili, può aprire a diversi scenari di cura. Il cancro, nello specifico, rappresenta un'esperienza traumatica peculiare in quanto portatore di diverse caratteristiche che lo differenziano da altre esperienze di malattia: la difficoltà a individuare un singolo evento stressante, la fonte interna del fattore stress e la continuità temporale dello stesso, sia in termini di origine ereditaria sia nella possibilità di recidiva in futuro (Mehnert & Koch, 2007).

All'interno di una prospettiva clinica psicodinamica e semiotica, la portata traumatica da un punto di vista psichico è dovuta principalmente alla rottura improvvisa e inaspettata dei sistemi di significazione che fondano il rapporto tra il soggetto e il mondo esterno (Janoff-Bulman, 2004; Freda, De Luca Picione & Martino, 2015a; Joseph & Linley, 2005) e all'interruzione dei processi di continuità temporale della propria esperienza con una conseguente crisi dei processi di significato che supportano

la narrazione della biografia della propria vita (De Luca Picione, Dicè & Freda, 2015b; De Luca Picione, Martino & Freda, in press; Bonomi, 2003; Brockmeier, 2000; Frank, 1998; Freda, De Luca Picione & Martino, 2015a; Neimeyer, 2004; 2006). La condizione di malattia genera una discontinuità che interviene a modificare, con maggiore o minore intensità, certe processualità quotidiane. Il percorso della malattia il più delle volte è presentato dal “malato” stesso e dai suoi familiari come un’esperienza di rottura con il mondo dell’alterità e con i suoi tempi. La difficoltà percepita durante una malattia, quale per esempio continuare a svolgere alcuni compiti, l’impossibilità e la frustrazione di non riuscire a partecipare alla vita sociale, la percezione e la sottolineatura della propria diversità rispetto agli altri, sono situazioni che richiedono la rielaborazione e la costruzione di inediti processi di senso e di nuovi modi di relazionarsi. Entro tale prospettiva, le parole e le esperienze degli stessi pazienti evidenziano come gravi malattie capovolgano la percezione dei quadri temporali (Bulow, 2003) si creano divisioni, fratture che comportano una rappresentazione della temporalità caratterizzata dall’incertezza riguardo il futuro (Hjelmblink & Holmstrom, 2006) e un senso di interruzione del tempo della vita che può permanere anche a distanza di anni (Rasmussen & Elverdam, 2007).

Molto frequentemente tale rottura viene reificata – attraverso una funzione affettiva simbolopoietica (Fornari, 1981; De Luca Picione & Freda, 2012, 2014; Salvatore, 2004) – proprio dall’esperienza della ferita, del taglio, della lacerazione del proprio corpo. Accade spesso che in seguito a interventi chirurgici e pratiche terapeutiche che lacerano vistosamente il corpo e lasciano durature e vistose cicatrici, la persona vive intensamente tale discontinuità sia in termini somatici (lacerazione della pelle) che psichici (lacerazione dei propri sistemi di significazione).

Tali condizioni psicologiche somato/affettive rappresentano l’interesse di questo lavoro e ci inducono a discutere e approfondire il costrutto della liminalità, inteso, a partire dall’ambito antropologico (Turner, 1969; van Gennep, 1960), quale attraversamento di una transizione di status sociale, di confine. Tale costrutto sembra poter essere molto promettente per lo studio dei processi di significazione allorquando lo confrontiamo e lo lasciamo dialogare fecondamente con la nozione di confine, sviluppata in termini semiotici. La discontinuità psichica, che nell’esperienza di malattia arriva a toccare e impantanarsi in acmi traumatici, può venire letta come una esperienza di liminalità, allorquando i confini del corpo (la pelle) e della psiche (sistemi di

costruzione del significato) vengono lacerati. Il nostro lavoro svilupperà in questa direzione la discussione presentando e attraversando le nozioni di confine, liminalità e cicatrizzazione per discutere in termini di processi di significazione l'esperienza di rottura somatopsichica della malattia oncologica, proponendo alcune riflessioni e implicazioni cliniche.

Confini. La descrizione di un processo semiotico

Lo studio della nozione di confine si inserisce entro un campo di studio e di ricerca semiotico-psicologico che sta godendo di una fiorente rinascita, attenzione e interesse sulla scena internazionale (Valsiner, 2007, 2014; Neuman, 2003; Salvatore, 2016), in questo contesto si intende esaminarne la sua funzione nei processi di significazione. Presentiamo la nozione in termini piuttosto generali delineando le principali caratteristiche e i principi del funzionamento dei confini al fine di evidenziare come i processi di organizzazione e trasformazione del senso siano processi dinamici che avvengono lungo aree liminali date dall'organizzazione di confini.

Ogni sistema semiotico impegnato in un processo di significazione e interpretazione (si veda il concetto di semiosfera¹ di Lotman, 1985, 2005) definisce se stesso a partire dalla differenziazione con l'esterno. Per realizzare tale differenziazione si rende necessaria la costituzione di confini. Tale visione è abbastanza ampia da contenere qualsiasi sistema semiotico, da quelli biologici (si pensi alla membrana della cellula o alla pelle del corpo), ai confini psichici di un soggetto, ai confini dei sistemi sociali, ai confini dei sistemi culturali.

Un confine rappresenta quindi la possibilità di distinguere un *me* da un *non-me* ed è lungo quest'area che si realizzano i processi di costruzione del senso, intesi da Lotman come *processi di traduzione*, volti cioè a codificare le informazioni tra un sistema e l'altro. Nelle parole di Lotman:

Il confine dello spazio semiotico non è un concetto astratto, ma un'importante posizione funzionale e strutturale, che determina la natura del suo meccanismo semiotico. Il confine è un meccanismo bilinguistico, che traduce le comunicazioni esterne nel linguaggio interno della

¹ La semiosfera è quello spazio semiotico al di fuori del quale non è possibile l'esistenza della semiosi (Lotman, 1985, p. 58).

semiosfera e viceversa. Solo col suo aiuto la semiosfera può così realizzare contatti con lo spazio extrasistemico o non semiotico [Lotman, 1985, p. 60].

L'organizzazione di confini è indispensabile per consentire sia processi di stabilizzazione che processi di trasformazione delle identità. I confini consentono di proteggere il sistema semiotico, garantendo la continuità dell'identità attraverso il mantenimento della differenziazione, e permettono il confronto con l'altro (cioè la traduzione semiotica) innescando un processo di trasformazione.

Da un punto di vista dinamico-temporale, le parti centrali di un sistema semiotico sono più lente nel trasformarsi e più stabili. Un nucleo identitario è caratterizzato da *processi gradualisti*; si pensi per esempio ai valori fondamentali di riferimento nella vita delle persone, alle ideologie, alle prassi consolidate, agli *habitus* nel valutare ciò che accade e nell'attribuire senso all'inatteso. Tali processi di significazione hanno una velocità di trasformazione lenta e graduale e tendono alla conservazione e all'omeostasi. Invece, lungo i confini avvengono "processi esplosivi" di senso (Lotman, 2009) i quali possono rappresentare da un lato una minaccia per l'identità del sistema semiotico ma, dall'altro lato, anche la possibilità del suo sviluppo e l'integrazione di parti nuove. Il confine è un'area nevralgica, capace di assorbire e di accelerare gli stimoli delle aree periferiche, e poi di trasmetterli alle strutture centrali (De Angelis, 1996, p. 169). Allo stesso modo di una membrana biologica (per esempio la membrana di una cellula ricca di enzimi predisposti alla funzione di diversi processi di interazione tra l'interno e l'esterno) o di una frontiera tra uno stato e l'altro (si pensi ai fenomeni dei migranti e alle tensioni lungo le frontiere), il confine traccia un profilo di transizione che consente un equilibrio dinamico (che può oscillare in casi estremi verso la rigidità o verso la sua dissoluzione) tra il mantenimento della stabilità e l'induzione alla trasformazione.

In questo doppio e simultaneo funzionamento, i confini possono essere letti come *spazi di potenzialità*, caratterizzati cioè da grande instabilità e da processi di trasformazione con una velocità maggiore rispetto al nucleo dell'intero sistema. I confini sono spazi periferici di contatto con l'alterità (per lo sviluppo di questo argomento si rimanda a De Luca Picione & Freda, 2016a, De Luca Picione & Freda, 2016c).

Osserviamo quindi che sebbene la definizione di confine generalmente porta con sé l'assunto della separazione, della definizione e della demarcazione tra entità ben distinte, è importante riconoscere la capacità e funzione del confine di costruire

relazioni, mettere in contatto, consentire il confronto, lo scambio e il dialogo (Lotman, 2005; De Luca Picione & Freda, 2016a). I confini hanno cioè una natura intrinsecamente contraddittoria e paradossale; nelle parole di Marsico, Cabell, Valsiner & Kharlamov (2013), i confini hanno «tre caratteristiche contraddittorie: (1) *i confini separano mentre uniscono*; (2) *i confini aumentano l'ambiguità mentre la diminuiscono*; (3) *le qualità gestaltiche dell'insieme sono determinate non solo dalle parti ma dai confini che le rendono mutualmente interagenti*» (p. 57 – corsivo nostro, traduzione nostra dall'inglese).

I confini semiotici non pongono solo separazione e distanza. Da un punto di vista psichico, i confini attivano fondamentalmente processi di differenziazione, che in primo luogo sono la differenza tra il prima e il dopo (tra passato e futuro intesi quali memoria e anticipazione del futuro), tra il dentro e il fuori (soggetto/oggetto), tra me e non-me (soggetto/alterità).

La pelle: verso la costituzione del primo confine del corpo, della psiche e della cultura nel post-modernismo

Alla luce dei punti appena messi in evidenza sulla natura dei confini, la pelle è dal punto di vista somato-psichico un mirabile campo di studio. La letteratura psicoanalitica (ma non solo) ha colto l'importanza della pelle e ne ha fatto oggetto di ricerca e di osservazione clinica, mettendone in luce le importanti implicazioni che essa gioca nello sviluppo corporeo e psichico del bambino e nella stessa capacità dell'adulto di stabilire relazioni interpersonali in un contesto simbolico-culturale. La pelle in continuità con il discorso poc'anzi esposto non si configura solo come la delimitazione del corpo ma come una superficie topologica di relazione tra il *dentro* e il *fuori*. Tale osservazione trova nelle parole di Freud un interessante riferimento:

Il corpo, e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne ed interne. È veduto come qualsiasi altro oggetto, ma alla palpazione dà luogo a due specie di sensazioni, una delle quali può essere equiparata a una percezione interna. [...]

L'io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie. [...] L'io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. L'io è innanzitutto un io corporeo, non è

soltanto un essere di superficie, entità superficiale, ma è esso stesso proiezione di una superficie [Freud 1923, pp. 488-489].

Tale intuizione da parte del padre della psicoanalisi – che sembra poter dialogare fecondamente con le acquisizioni delle ricerche in embriologia (poiché il tessuto epidermico e il sistema nervoso si differenziano nel corso dell’embriogenesi a partire dallo stesso foglietto embrionale detto ectoderma) – è stata approfondita da diversi autori psicoanalitici che ne hanno proposto molteplici declinazioni soprattutto nell’ambito di studio dei processi di sviluppo dell’infante.

Per esempio, per la Bick (1974) l’Io individuale si rappresenta egli stesso come una pelle psichica.

Le cure parentali hanno un’importanza cruciale per lo sviluppo somato-psichico. Winnicott elabora la nozione di *handling* (manipolazione), per indicare il processo mediante il quale l’infante giunge, attraverso le cure corporee della madre, a definire e accettare il corpo come una parte del Sé e a sentire che il Sé si trova nel corpo.

La pelle entra in gioco direttamente con una specifica funzione di “personalizzazione”, infatti definendo i confini del corpo, delimita “me” da “non me”: «La risorsa che si mette a disposizione facilita la tendenza innata del bambino ad insediarsi nel corpo e a godere delle funzioni corporee, accettando la limitazione assicurata dall’epidermide, una membrana delimitante che separa il me dal non me» (Winnicott, 1975).

Il processo di personalizzazione è un vero e proprio processo di emergenza della soggettività. La pelle, come luogo di confine che emerge attraverso la manipolazione (*handling*) e il contenimento (*holding*) da parte della madre, è una superficie che attraverso l’azione dell’alterità avvia un processo di vera e propria soggettivazione.

Nei lavori teorici e clinici di Didier Anzieu troviamo un approfondito sviluppo della nozione di Io-pelle, con precisa attenzione verso la sua funzione nelle fasi di sviluppo ma anche come una vera e propria nozione clinica nel setting terapeutico (Sommantico, 2008). Il corpo «non è soltanto un sacco contenitore: gioca anche il ruolo attivo di mettere in contatto lo psichismo col mondo esterno e di raccogliere e trasmettere l’informazione» (Anzieu, 1985, p. 106). Egli perseguendo l’idea dell’Io-pelle come una vera e proprio “barriera di contatto” (frontiera, confine) individua molte funzioni dell’Io-pelle, perseguendo la ricerca di similitudini tra i processi fisiologici della pelle e i processi psichici dell’Io: *funzione di sostentamento o di mantenimento* (volta alla

conservazione del corpo e della vita psichica), *funzione di contenitore* (degli organi interni e del mondo interno), *funzione di para-eccitazione*, *funzione di individuazione*, *funzione di intersensorialità* (unisce e connette i dispositivi sensoriali e i vari contenuti psichici), *funzione di sostegno dell'eccitazione sessuale*, *funzione di ricarica libidica* (la continua stimolazione consente di mantenere un adeguato livello di tensione), *funzione di iscrizione delle tracce sensoriali* (trattenimento e mantenimento mnemonico), *funzione di autodistruzione* (nei confronti del contenitore, quando ci si orienta verso l'autoannullamento – definita successivamente come *funzione tossica o auto-immune*, “antifunzione”) (Sommantico, 2008).

Ancora recentemente la psicoanalisi, soprattutto post-kleiniana, ha rielaborato la questione della pelle introducendo le nozioni di «pelle porosa» (Briggs, 1997, 1998), «pelle sonora» (Sorensen, 2000), «pelle narrativa» (Turp, 1999).

Se è ormai chiaro ed evidente che la pelle, come luogo di confine che separa e connette, non è qualcosa che riguarda solo l'individuo (in una riduttiva prospettiva individualistica) ma richiede sempre che lo sguardo si rivolga alla relazione, è tuttavia da rilevare che non è sufficiente una prospettiva relazionale diadica (volta a osservare le relazioni tra due persone, l'infante e il caregiver). Il campo di osservazione cioè richiede di essere allargato alla dimensione culturale, sociale e antropologica che fornisce il terreno simbolico all'interno del quale si svolgono e acquistano significato l'accudimento, le cure parentali, la dimensione erotica e tutte le forme di relazioni. La pelle è cioè il luogo di iscrizione di segni e significati, luogo di raffigurazione, luogo estetico di espressione, erotismo, ornamentazione, trasformazione e modificazione. La pelle è il *topos* principale e indispensabile incarnazione della cultura veicolata attraverso l'azione dell'altro. Dalle società primitive a quelle contemporanee, dalle comunità tribali alle forme sociali occidentali, con differenti modalità (pratiche di pulizia, cosmesi, pettinature, tatuaggi, incisioni, scarificazioni, perforazioni) e ornamenti (gioielli, vestiti, accessori), la pelle si mostra come un supporto semiotico ai processi di significazione e di rappresentazione simbolica. La pelle diventa mezzo di espressione identitaria, di soggettivazione e allo stesso tempo di appartenenza, di comunanza, di identificazione. La pelle si mostra contemporaneamente come la propria identità e come l'assunzione e l'identificazione al canone culturale.

Prendendo in prestito una delle più recenti e stimolanti riflessioni post-moderne sul “genere” possiamo osservare come la diade confine e corpo/pelle fisica e psichica,

interno ed esterno, barriera e confine, acquista centralità e nuova luce entro il dibattito che stiamo conducendo. Donna Haraway (1999), studiosa delle questioni di genere in un'epoca post-moderna fondata sull'uso delle tecnologie, ripensa il soggetto partendo dalle sue radici corporee; il corpo non rappresenta più un dato biologico, ma un campo di iscrizioni di codici socio-culturali, laddove esso rappresenta una superficie d'incrocio di molteplici e mutevoli codici d'informazione, dal codice genetico fino a quelli dell'informatica. Il cyborg evidenzia in maniera netta alcune tendenze fondamentali verso cui il corpo volge: la fine delle differenze costruite tra il sé e il mondo esterno; la fine del contrasto ideologico tra natura e cultura; la fine della distinzione tra uomo e macchina; la fine della differenza funzionale tra fisico e non fisico. Nel pensiero dell'autrice il "corpo" diventa un agente non una risorsa. Infatti i corpi, in quanto oggetti di conoscenza, sono nodi generativi material-semiotici; i loro confini si materializzano nell'interazione sociale. I linguaggi che si parlano sul corpo non sono altro che interfacce per il mondo esterno; il corpo diventa sempre di più il mezzo attraverso cui si comunica, lo si significa. I corpi, pertanto, nelle loro differenze e nei loro confini sono costruiti discorsivamente, nella relazione contestuale, culturale e sociale (Butler, 1993).

Senza semplificare l'importanza delle differenze, dal punto di vista semiotico dei processi di significazione esiste un *continuum* che riguarda la pelle come espressione, come significazione.

Tale continuum va dagli estremi dei sintomi psicosomatici della pelle (dermatiti, eritemi, orticarie, eczemi, infiammazioni) agli estremi forniti dalle forme di espressione culturale o sub-culturale (maquillage, pratiche di taglio, incisioni, perforazioni, chirurgia estetica). La persona non si può sottrarre a una collocazione soggettiva attraverso tali espressioni. La pelle cessa di essere un sistema naturale e diventa luogo psichico di scrittura e significazione in cui il soggetto è scritto, guardato, manipolato dall'altro mediante il codice culturale di appartenenza. Non a caso sono proprio gli orifizi, i buchi e i tagli della superficie topologica cutanea (soprattutto la zona orale, la zona anale, i contorni degli occhi, le orecchie, il naso, l'ombelico) a essere lavorati e manipolati simbolicamente e psichicamente dalle cure di accudimento, dalle pratiche di pulizia, dalle modalità di abbellimento.

Entro tale cornice semiotico-psicologica, una cicatrice del corpo e della psiche (intesa come rottura dei confini somato-psichici-sociali) può essere letta nella sua sovra-

determinazione di significati, come scarto e come risorsa, come qualcosa da nascondere e da mostrare, come qualcosa che turba la propria identità e che conferisce identità/singularità. La cicatrice come qualcosa che può avviare un processo di alienazione e/o di soggettivizzazione.

L'esperienza di malattia che ha sempre una collocazione ed espressione somatica (insieme e al di là delle stesse possibili forme mediche di trattamento) produce cicatrici somato-psichiche, le quali creando un nuovo "taglio" nella superficie del corpo e della "psiche estesa" realizzano delle discontinuità che non sono riassorbibili immediatamente nella "continuità" del sistema di significazione soggettivo e culturale. Tali discontinuità somato-psichiche richiedono un intenso e prolungato lavoro di significazione e l'attraversamento della condizione di *liminalità* che ci accingiamo a presentare.

La condizione di liminalità e l'esperienza del suo attraversamento

L'antropologia culturale a partire dagli inizi del Ventesimo secolo ha dato grande importanza ai *riti di passaggio* (Turner, 1969; van Gennep, 1960) come fenomeni di transizione che servono a "traghetare" gli individui di una data comunità da strutture sociali simboliche verso altre. Secondo van Gennep (1960), i riti di passaggio accompagnano la trasformazione dello status sociale di un individuo o di un gruppo e riguardano tutte le fasi critiche della vita umana (nascita, battesimi, riti di passaggio dall'adolescenza all'età adulta, cerimonie di matrimonio, riti funebri). Il modello antropologico di van Gennep per lo studio dei riti di passaggio propone una lettura processuale del fenomeno composta da tre fasi: a) *separazione* (dalla vita normale), b) *marginine*, c) *aggregazione* (intesa come ritorno alla vita sociale attraverso l'acquisizione di un nuovo status). In seguito alla separazione dalle abitudini quotidiane mediante la loro rottura simbolica attraverso forme rituali, le persone attraversano una fase intermedia, definita da van Gennep *marginine* o *limen*, che rappresenta una zona di ambiguità, una sorta di limbo socioculturale, in cui la propria identità è messa in scacco mediante processi di *ambiguazione* e di *ibridazione* (in cui si può essere simultaneamente né adulti né bambini, né maschi né femmine, né uomini né animali, né vivi né morti). Questa fase di transizione è una fase di trasformazione in cui gli iniziandi vengono privati della loro identità fino a quel momento. Tale fase marginale può

avvenire attraverso la sottrazione del nome, l'essere considerati invisibili o l'essere mascherati oppure attraverso l'allontanamento dagli spazi centrali della comunità e il posizionamento ai suoi margini, in periferia, in isolamento (nei boschi o in luoghi confinati specifici *ad hoc*). Solo dopo tale fase, e mediante cerimonie rituali di riaggregazione, gli iniziandi vengono reintrodotti con un nuovo status riconosciuto e condiviso all'interno della comunità. La forma rituale, attraverso una forma simbolica e condivisa, canalizza il passaggio da uno stato sociale (che definisce la propria identità) all'altro, consentendo non solo il superamento di una zona di confine (non-identità, ambiguità, coincidenza degli opposti) ma facendo in modo che gli individui possano avvalersi di tale esperienza in modo creativo, innovativo e ricco di senso per la propria persona e per l'intera comunità.

Victor Turner (1969; 1983) riprende il modello di van Gennep ed enfatizza l'importanza della fase di transizione, del concetto di *limen* ("soglia", "margine", "confine" in latino) proponendo il *liminoide* (*limen* + *eidōs* termine greco che significa "forma", "idea", "modello"). Il liminoide è la dimensione in cui avvengono le novità, la sperimentazione del nuovo e del diverso, l'introduzione di una nuova conoscenza sul mondo. La novità emerge tramite la ricombinazione libera di elementi familiari con elementi non familiari. Al di là dei contenuti di smarrimento e perdita di identità, esso può essere anche uno spazio di gioco² e di svago che ricompone e spesso sovverte gli ordini costituiti definiti dalle classificazioni e dalle opposizioni sociali.

La liminalità dei confini

Approfondendo la transizione dei confini semiotici, osserviamo che questa fase mostra caratteristiche fenomenologiche molto interessanti poiché è una fase di transizione dal forte contenuto affettivo in cui forme stabili e ordinate si dileguano dando avvio a confusione, disordine, smarrimento ma anche a possibili processi di ristrutturazione e alla costruzione di nuovi scenari di senso (Martino & Freda, 2016; De Luca Picione, Freda & Valsiner, *in submission*). L'attraversamento di un confine infatti

² Lasciamo notare una certa affinità tra il concetto di liminalità e fase di transizione dell'antropologo Victor Turner e l'idea di spazio e oggetto transizionale dello psicoanalista Donald Winnicott (1951). In entrambe le concettualizzazioni si riconosce l'importanza di uno spazio di trasformazione del mondo culturale, l'importanza del gioco, la posizione mediana e potenziale tra mondo interno e mondo esterno, la possibilità soggettiva e creativa di regolazione delle relazioni con l'ambiente.

segna il *passaggio di una soglia* (De Luca Picione & Freda, *accepted*) da un luogo a un altro, da una posizione a un'altra, da una cornice di senso a un'altra, cioè consente la configurazione di un nuovo scenario dotato di una ristrutturazione dell'ordine simbolico.

In termini semiotici, dunque, il passaggio di confine si configura come una soglia il cui momento preciso dell'attraversamento è creato dalla perdita del vecchio ordine simbolico e dalla mancanza di un ordine futuro (De Luca Picione & Freda, 2016a). Nelle parole di Lotman, un processo esplosivo sta avvenendo lungo i confini e le aree di delimitazione. Tale processo esplosivo segna una discontinuità dei processi unidirezionali di segno, generando una situazione caotica, irreversibile e aperta a possibilità potenzialmente infinite non prevedibili. Tale fase esplosiva è caratterizzata dalla scissione, dalla frammentazione e dalla dispersione.

La fase liminale, in quanto attraversamento di una soglia che segna una profonda discontinuità tra il prima e il dopo, tra me e non-me, tra il dentro e il fuori, è caratterizzata da un potenziale di innovazione e allo stesso tempo da una intensa vertigine – in termini di connotazione affettiva – per chi vive tale attraversamento. La fase liminale è inquietante perché mina il linguaggio, impedisce di nominare le cose, sgretola i luoghi comuni e il canonico rapporto tra le parole e le cose (Foucault, 1966).

Tale sentimento di inquietudine ricorda la descrizione dell'angoscia nei termini lacaniani (Lacan, 2004), cioè quell'affetto che irrompe quando la cornice simbolica che dà senso alle nostre esperienze viene perforata e bucata dal reale (cioè, da ciò che non è significantizzabile). Si verifica una situazione perturbante che si genera dalla commistione di ciò che è familiare e non familiare (Freud, 1919/1971). L'angoscia secondo Lacan si verifica quando la cornice simbolica che delimita la nostra esperienza – come un confine rassicurante – viene messa in pericolo da qualcosa che ci è familiare ma che non sappiamo nominare³. Vale a dire, la scena che stiamo recitando entro la cornice del palcoscenico sociale a un tratto vacilla e diventa instabile.

La letteratura internazionale sull'esperienza di malattia sta sviluppando tale nozione, anche se in maniera timida per ora (ma esortando a dare prosieguo a tale ricerche per l'importante interconnessione dei vissuti soggettivi entro i contesti culturali e sociali; Thompson, 2007). Molti studi sulla narrazione di malattia (soprattutto in ambito oncologico) hanno utilizzato specificamente la nozione di liminalità (van Genneep, 1960;

³ Nella concezione lacaniana l'angoscia è un affetto in relazione con il desiderio enigmatico dell'altro.

Turner 1967, 1969) per comprendere la fase di sospensione generata dal sopraggiungere della malattia. Le persone affette da una malattia oncologica – o da altre malattie fortemente invalidanti – sperimentano un senso angosciante di disorientamento, di frammentazione e di incertezza (con tipica fenomenologia traumatica)⁴. La persona si trova in uno stato di liminalità (Blows, Bird, Seymour & Cox, 2012; Little, Jordens, Paul, Montgomery, & Philipson, 1998; Navon & Morgan, 2004; Thompson, 2007) dovuto ai cambiamenti del proprio corpo e alla sensazione di alienazione sociale a causa della profonda discontinuità nella vita quotidiana, nei legami affettivi e relazionali, nelle normali attività lavorative e di svago. Tali studi mettono in rilievo, in termini di implicazioni assistenziali e cliniche, quanto sia necessario favorire il processo di elaborazione di tale esperienza liminale al fine di ricostruire delle nuove cornici di senso, nuovi processi narrativi riguardo la propria esperienza e sulla ridefinizione della propria identità (Freda & Martino, 2015c; Freda, De Luca Picione & Martino, 2015a; De Luca Picione, Martino & Freda, in press).

Liminalità e malattia oncologica: un ampliamento della concettualizzazione

La liminalità viene adoperata come una categoria esplicativa della condizione di soggetti che attraversano un'esperienza oncologica nelle sue fasi iniziali, ma, come vedremo, non solo. Le persone in condizione di liminalità mostrano che le relazioni normative, gli atteggiamenti e le attività vengono sostituiti in alcuni stati da ruoli e status sospesi, da orientamenti contraddittori verso se stessi e comportamenti invertiti. La condizione di liminalità in malattia mostra un'inclinazione alla separazione, all'imputazione di pericolosità, all'annullamento della precedente identità e alla sostituzione del senso di ordine e struttura con uno stato di indeterminazione, ambiguità e inversione della vita normale. Quando i confini somato-psichici che hanno sorretto la complessità psichica della persona entro un sistema relazionale-culturale vengono lacerati attraverso una malattia, si attraversa una condizione affettiva/cognitiva/comportamentale/relazionale incapace di utilizzare riferimenti normativi e valoriali, condivisibili ed esprimibili. In mancanza di uno schema, interno e

⁴ Ben si adatta in questo caso la nozione di trauma esposta da Freud (1896): Il trauma è una modificazione dell'Io, in quanto è «un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce, donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche».

sociale, per la gestione della loro incompatibilità con le categorie di significato familiari, nella condizione di liminalità si attraversa una fase di smarrimento identitario, ci si considera come «né questo né quello, ma entrambi» (Turner, 1967, p. 99).

Little *et al.* (1998) hanno applicato questo concetto all'analisi dell'incertezza e del disorientamento sperimentato dai malati di cancro. La nozione di *liminality* è stata anche illustrata negli studi che ritraevano le persone con disabilità fisica, la schizofrenia e l'artrite come una condizione in cui ci si sente «né malati né sani» (Barrett, 1998; Murphy, Scheer, Murphy & Mack, 1988; Pinder, 1995). Troviamo l'utilizzo della nozione anche in quelle condizioni di permanenza in uno stato comatoso, oppure dei malati di Alzheimer e gli anziani come «né morti né vivi» (Kaufman, 2000; Shalinsky & Glascock, 1988; Shomaker, 1989). La liminalità sembra essere anche la chiave per comprendere gli effetti di una terapia oncologica sui pazienti (Navon & Morag, 2004). Essa segna i periodi di interruzione della vita da parte della malattia, in cui la struttura sociale e la routine sono stati abbandonati. Murphy *et al.* (1988) hanno utilizzato il termine per descrivere la vita sociale delle persone con disabilità cronica (per esempio la paraplegia o tetraplegia) come uno stato in cui si definiscono «offuscati e indeterminati» (Murphy, Scheer, Murphy & Mack, 1988, p. 238). Gli studi sulle condizioni di salute dei soggetti hanno corroborato questo presupposto, mostrando, per esempio, che essere a rischio di sviluppare il cancro è inteso come uno stato di «non-salute» (Gifford, 1986), e «né...né», «in mezzo» (Preves, 2000).

La nozione di liminalità sembra prestarsi bene a identificare e descrivere la condizione psicologica che attraversano i soggetti di fronte all'esperienza traumatica di una diagnosi di cancro e all'attraversamento del suo iter medico. Essa rimanda alla condizione di sconfinamento, di transizione o meglio di soglia di incertezza nella quale spesso i soggetti si sentono sospesi. Il processo di liminalità si definisce tale quando le caratteristiche dei soggetti diventano talmente incompatibili con le categorie stabilite dalla cultura da fare sentire le persone come intrappolate dentro una certa condizione e relegate tra coloro che condividono quelle caratteristiche aliene dalla quelle stabilite dal canone culturale e dagli stili di vita socialmente condivisi.

Autori come Little *et al.* (1998) e Murphy *et al.* (1988) definiscono la liminalità come processo e non come fase. Nel caso di una ricerca (Navon & Morag, 2004) condotta su narrazioni di persone al termine delle terapie per cancro alla prostata, riferendosi ai loro diversi contesti di vita, esse stesse si sono descritte come

«emotivamente disabilitato», «una macchina senza motore» e «un uomo che non è un uomo», come vivere «insieme da soli» con i loro partner. A differenza di espressioni di chiara perdita di capacità, tali verbalizzazioni riflettono la ricerca, la difficoltà dei partecipanti di classificare se stessi in categorie culturalmente disponibili che normalmente producono il senso di identità (vedi Lorber, 1999). Si innesca un cambiamento delle proprie categorie interne e, diremmo noi, di veri e propri confini semiotici in cui il corpo e il proprio sistema psichico identitario può tornare a sentirsi separato-ma-in-relazione, differenziato-ma-integrato, diverso-ma-riconoscibile. Stiamo cioè dicendo che nella condizione di liminalità si è in una “fase esplosiva” dei processi di significazione (De Luca Picione & Freda, 2016a), in cui i sistemi di confine che fino a quel momento hanno retto le proprie relazioni, le immagini del proprio corpo e del proprio sé, i sistemi di significato culturalmente condivisi, sono letteralmente deflagrati e incapaci di mantenere coese ed integrate le relazioni tra gli oggetti interni e il mondo dell’alterità. Tale condizione sembra evocare quella che Bion (1959) definisce «attack to link», ovvero un “attacco al legame” degli oggetti interni e dell’esperienze, poichè è venuto meno il *confine*, il *contenitore che delimita*, la *barriera di contatto* che organizza le separazioni intra-inter-psichiche. La liminalità implica i confini nella misura in cui essi non sono più capaci di organizzare la vita psichica del soggetto. Il processo di liminalità è un attraversamento di un limbo in cui non sono più reperibili i consuetudinari confini somato-psichici-sociali che reggono l’esperienza.

Il racconto e la ricezione di notizie di grave malattia sospende il significato, la sfida, le credenze e confronta con la limitatezza del nostro tempo e spazio. Kleinman (1988) esprime chiaramente che il cancro è un promemoria inquietante del grado ostinato di imprevedibilità e incertezza della condizione umana. Il cancro impone di confrontarsi con la mancanza di controllo sulla morte. Il cancro sottolinea l’incapacità della persona di spiegare il nostro mondo. Il momento del sospetto della diagnosi può essere considerato il momento in cui si entra nella fase di liminalità. In termini di confini, si varca la soglia dei rassicuranti confini dei nostri processi di significazione e si realizza una condizione di catastrofe (De Luca Picione & Freda, 2016b). L’esperienza di liminalità coinvolge tutte le risposte alla notizia di malattia grave, come la paura, la speranza, la rabbia, la vergogna, il rifiuto, il dolore e l’espropriazione. Passaggi alla liminalità si verificano con la diagnosi di una malattia potenzialmente fatale che ci distingue dagli altri e ci rende estranei.

La liminalità come esperienza è qualcosa che può avere un'ampia estensione temporale che va lungo tutto l'iter del cancro e oltre. L'incertezza e la possibilità di recidiva del cancro significa che gli individui si sentano intrappolati tra due dimensioni psico-sociali: salute e malattia (Little *et al.*, 1998). Il ruolo di paziente affetto da cancro finisce per diventare un'identificazione persistente come "persona con il cancro", indipendentemente dal tempo (*ivi*, p. 1486). Una vera e propria "alienazione comunicativa" si verifica quando le persone con il cancro non sono in grado di comunicare la natura della loro esperienza di chi è vicino a loro, perché non hanno attraversato l'esperienza loro stessi (Little *et al.*, 1998). Inoltre, un senso di isolamento è a volte sentito come risultato di aspettative sociali che impongono loro di "tornare alla normalità" dopo il trattamento (Little *et al.*, 1998). Un sentimento di grande "limitatezza" si connette alla consapevolezza dei limiti di spazio, di tempo (nella supposizione di avere poco tempo oramai a disposizione), di potere e funzionamento sociale (Little *et al.*, 1998). L'incapacità di condividere esperienze con chi è loro vicino implica che se ne può parlare solo direttamente e con coloro che hanno subito simili esperienze (*ivi*, p. 1489).

Thompson (2007) ha condotto interviste con nove donne con la terza fase di cancro ovarico, la maggioranza dei quali era stato diagnosticato nei precedenti due anni. Ha applicato il concetto di liminalità come descritto da Little *et al.* (1998) per esplorare se si riflette l'esperienza delle donne con cancro ovarico. Thompson ha riportato due forme di "alienazione comunicativa". La prima relativa all'incapacità delle donne di condividere le loro esperienze con chi è loro vicino, perché non aveva attraversato qualcosa di simile (Little *et al.*, 1998). La seconda relativa a un'incapacità da parte del sopravvissuto di articolare le proprie esperienze a causa dell'impatto emotivo e fisico con il trattamento (Thompson, 2007). Nel complesso, i risultati di Thompson hanno sostenuto l'affermazione che l'esperienza del cancro può essere considerata come liminale. Tuttavia, egli ha suggerito un diverso tipo di esperienza liminale rispetto a quello descritto da Little *et al.* (1998), sostenendo che «l'esperienza liminale è stata spesso generativa in natura, piuttosto che essere unicamente limitante o ristretta, come descritto» (Little *et al.*, 1998). Thompson (2007, p. 346) ha riportato come le donne nel suo studio hanno usato un'esperienza liminale in modo diverso. In particolare, l'elemento di "limitatezza" è stato interpretato in modo diverso: Thompson contrariamente a Little *et al.* (1998) ha evidenziato che il senso di limitatezza può essere

adoperato per «catapultare un individuo in senso positivo verso cambiamento» (Thompson, 2007, p. 346). In questo senso, Thompson evidenzia risultati più vicini alle teorizzazioni originali di van Gennep (1960) e di Turner (1969) dove la liminalità è l'occasione di un processo di trasformazione.

Gli studi sulla condizione di liminalità della malattia oncologica mettono in luce come per i pazienti affetti da cancro vi siano contemporaneamente orientamenti opposti e sospensione delle relazioni ordinarie e dei ruoli familiari. Il senso di ciò che è dato per scontato in merito all'ordine e alla normalità viene stravolto al punto da perdere la percezione di sé in termini di continuità. Questa perdita merita ulteriori chiarimenti in vista dei numerosi studi che puntano al mantenimento di un senso di continuità in altre forme di vita (per esempio, Becker, 1993, 1994; Charmaz, 1991; Royer, 1995; Sutherland & Jensen, 2000). In un lavoro nostro (Freda, De Luca Picione & Martino, 2015) abbiamo ricercato, attraverso le narrazioni di malattia oncologica, le diverse fenomenologie del rapporto tra continuità e discontinuità entro la temporalità soggettiva dell'esperienza, individuando diversi sistemi semiotici di significazione dell'esperienza (dal collasso semiotico all'irrigidimento, dall'aggrapparsi e sostenersi mediante quelle traiettorie di continuità che resistono al cambiamento alla trasformazione ed elaborazione dei propri processi di significazione). L'interesse verso la nozione di liminalità che stiamo proponendo tenta di catturare qualcosa della natura dell'esperienza personale della malattia, piuttosto che categorizzare le variazioni delle relazioni sociali inerenti l'essere malato.

In questo senso gli studi di Little *et al.* (1998) mostrano come ci sono almeno due stadi di liminalità nell'esperienza del cancro:

- 1- C'è una prima fase di *liminalità acuta*, quando il paziente sente la notizia e sperimenta la minaccia esistenziale e paura e terrore. La liminalità acuta si presenta come una “scatola nera” per il soggetto. Il livello di autonomia, cognitivo, le prestazioni fisiche, le capacità sociali e lo stato psicologico del paziente oncologico e la sua sintomatologia entrano nella “scatola nera” della liminalità acuta la cui estensione e l'intensità dipende dalla biografia e dalle risorse del paziente, la natura e la forza dei suoi gruppi di supporto, la natura e le modalità delle notizie mediche e l'impatto e uscita dai trattamenti. La liminalità acuta rappresenta una discontinuità del tempo personale, in cui potenti forze operano per cambiare la percezione del tempo, dello spazio e dei valori personali. Hawking (1988) scrive che si entra in un

tempo e uno spazio che non rispettano più le regole familiari. L'uscita dello stato liminale acuto è difficile da prevedere con certezza, e la trasformazione dei dispositivi interni di significazione ed elaborazione dell'esperienza sono ancora poco conosciuti.

2- La *liminalità sostenuta* segue la fase acuta dopo un tempo variabile. I pazienti cominciano a entrarvi come fase di convalescenza, e cominciano a riaffermare un controllo su di sé con piccoli atti di indipendenza. Questi gesti sembrano essere gli atti di non conformità (Froggat, 1997). In questa fase, il paziente rimane consapevole del suo status di paziente con cancro, l'alienazione che proviene dalla diagnosi e il senso di colpa di comunicare la natura dell'esperienza della malattia e il trattamento, e un senso di limitatezza nel tempo, spazio, lavoro, potere e funzionamento sociale. In fase di liminalità sostenuta, la traiettoria dell'esperienza personale può indirizzarsi verso i disturbi della fase acuta, oppure verso una risoluzione, a seconda della notizia medica, della fluttuazione dei sintomi, della presenza o assenza di un sostegno e di innumerevoli altri fattori accidentali. Le osservazioni suggeriscono che la liminalità sostenuta può essere intesa come una dialettica prolungata tra il corpo e il sé, un racconto che è costruito per dare un senso al cambiamento della propria biografia, fisica e dei fenomeni, esistenziale.

L'esperienza di liminalità, sia acuta che sostenuta, è, in breve, l'esperienza di confronto con le implicazioni soggettive. McKenzie e Crouch (2004, p. 140) evidenziano il senso di separazione che i sopravvissuti possono sentire dal loro mondo sociale. Blows e colleghi (2012) parlano di uno stato in cui si è permanentemente "bollati dalla malattia", esplorando ciò che denotano come «dissonanza emotiva interpersonale» (McKenzie & Crouch, 2004, p. 139). McKenzie e Crouch (*ivi*, p. 143) si riferiscono al modo in cui i sopravvissuti vivono in un mondo di "interazioni dissonanti" dove non possono esprimere come si sentono davvero, a causa dell'enfasi della società a tenere lontano lo spettro della morte e di un focus invece sulla positività e verso storie di cancro del tutto edificanti. D'altro canto i sopravvissuti corrono il rischio di diventare dei *badanti emotivi*, volti a investire e a-impegnarsi in uno sforzo psicologico per modificare/alterare/celare i loro sentimenti e rimanere positivi, controllare la negatività e apparire "normali" nello sforzo di mantenere relazioni strette e proteggere chi è loro vicino (McKenzie & Crouch, 2004). Tuttavia, a causa

dell'incertezza creata dal rischio e la paura di recidiva, anche molti anni a seguire, può essere difficile sostenere un atteggiamento di positività (McKenzie & Crouch, 2004). Questa pretesa porta a una mancata corrispondenza tra i sentimenti del sopravvissuto e dei loro cari, giungendo talvolta persino all'isolamento e all'impossibilità di condividere le loro preoccupazioni esistenziali (McKenzie & Crouch, 2004). I sopravvissuti si trovano «ai margini della vita di tutti i giorni», «limitati ad una condizione di confine tra bene e male, sopravvivenza e minaccia».

Più esattamente, non si è sul confine, ma potremmo più precisamente dire in riferimento alla nostra precedente discussione che si è alle prese con una rottura di confine che mette in una condizione di indeterminatezza somatico/psichico/sociale. Attraverso la loro analisi, McKenzie e Crouch (2004) hanno ampliato con nuove intuizioni il lavoro di Little *et al.* (1998) sulla liminalità, suggerendo che i sopravvissuti potrebbero attraversare tre fasi liminali, e non solo due (acuta e prolungata). La terza fase inizia 5 anni o più dopo la diagnosi (cioè nella fase di sopravvivenza a lungo termine). Si tratta di “trascendere” la liminalità sostenuta (McKenzie & Crouch, 2004). È durante questa terza fase che i sopravvissuti esperiscono un nuovo senso di sicurezza e diventano più simili alle “persone comuni” (McKenzie & Crouch, 2004).

Evidenziamo che la nozione di liminalità nel contesto dell'esperienza di malattia, essendo intesa come processo piuttosto che condizione, richiama proprio il passaggio di una soglia, un processo di irreversibilità, una transizione possibile che richiede di essere vissuta e attraversata per ricostruire un nuovo equilibrio. Va quindi osservato che il riadattamento funzionale (meglio dire re-inserimento, ricostruzione di confini integrati e integrabili nella relazione con gli altri) alla vita a seguito della malattia non è necessariamente inibito dalla perdita di continuità, perché la strutturazione di nuovi significati, estranei alla biografia del passato, spesso permette l'emergere di una nuova coesione e un'area nuova di sé e di approccio alla vita (Becker, 1993, 1994, 1997; Charmaz, 1991; Kleinman, 1988). Basti pensare al concetto più recente di crescita post traumatica. Si tratta di elaborare nuovi confini semiotici a partire proprio dalle cicatrici, dalle lacerazioni, dalle rotture somato-psichiche

Conclusioni

Le implicazioni cliniche della nostra riflessione sulla liminalità e sul ruolo dei confini del corpo e della mente in condizioni di discontinuità che la malattia introduce ci inducono a ritenere che tali costrutti possono ritenersi ulteriori aspetti di snodo semiotico con i quali il soggetto è alle prese e nodi importanti da contemplare nell'accompagnamento e nelle prassi di supporto ai soggetti che attraversano un'esperienza di malattia quale quella oncologica.

La possibilità di contemplare un tempo entro il quale il paziente possa attraversare il "limen" e osservare e accompagnare tale processo costruendo setting di ascolto e di contenimento che possano accogliere un tempo sospeso, un tempo/non tempo dell'attraversamento, un tempo apparentemente privo di senso e movimento ma ricco di potenzialità, aspetti che potrebbero ravvisarsi come una delle più interessanti ricadute cliniche di tale concettualizzazione. Sostegno clinico volto a promuovere l'attraversamento verso l'altra sponda del fiume potendo quindi garantire al soggetto la zattera sicura su cui potere proseguire il suo percorso legittimando e rispettando i tempi assolutamente soggettivi di questa transizione. La lezione che possiamo trarre dalle riflessioni presentate fin d'ora ci informa dell'importanza di potere dare tempo, legittimare e, da clinici, accompagnare e sostenere le aree di passaggio, potenzialmente traumatiche, che caratterizzano il percorso oncologico. Tali considerazioni non si limitano solo alla fase che istituisce l'ingresso nella condizione di malattia a partire dalla comunicazione della diagnosi ma si estende, adottando uno sguardo preventivo, a tutte le fasi di esso come il ritorno alla normalità della quotidianità attraverso il sostegno alla creazione di nuove identità anche sul piano sociale, integrando trasformativamente l'esperienza attraversata.

La fase della sopravvivenza al cancro è ampiamente considerata come un processo (Dow, 1991; Pelusi, 1997). Tutti i modelli di sopravvivenza mostrano che gli individui si muovono attraverso le fasi, o punti di transizione, lungo una traiettoria di sopravvivenza (Feuerstein, 2007; Miller, Merry & Miller, 2008; Mullan, 1985). Per esempio, la Lance Armstrong Foundation ha sviluppato un modello che rappresenta come si muovono i superstiti al cancro attraverso "capitoli" di vita entro la fase della sopravvivenza: "vivere con", "vivere attraverso" e "vivere oltre il cancro" (Naus, Ishler, Parrott & Kovacs, 2009). Tali capitoli attraversano la fine dei trattamenti, per passare

attraverso i cinque anni successivi in cui alto è il rischio di recidiva, per poi abbracciare la cosiddetta fase della lunga sopravvivenza al cancro (assenza di malattia per più di cinque anni dalla fine dei trattamenti).

In uno studio successivo, Pelusi (1997, p. 1350) ha descritto l'esperienza del cancro al seno come «in continua evoluzione, un viaggio non prevedibile» e ha suggerito che la sopravvivenza deve essere vista come un processo dinamico, per tutta la vita. Considerando la sopravvivenza come un processo di *vivere con, attraverso e oltre il cancro*, la teoria dei riti di passaggio, che utilizza il concetto di liminalità per spiegare il processo di transizione tra i ruoli o posizioni nella società (Turner, 1967; 1969; van Gennep, 1960) si osserva l'utilità della nozione di liminalità come un quadro di riferimento per comprendere esperienze di sopravvivenza al cancro. Infatti essendo un rito di passaggio caratterizzato da tre diversi processi psico-sociali – riti di separazione, riti liminali o di passaggio e riti di reintegrazione – viene fortemente valorizzata l'importanza di aiutare, da un punto di vista clinico, la persona affetta da una malattia oncologica alla sua reintegrazione nel tessuto connettivo sociale, non attraverso il recupero della precedente identità ma mediante una elaborazione ex novo, una rinascita, una creazione soggettivizzata dei propri sistemi di confine. Come abbiamo visto, costruire un nuovo confine non significa bloccare il movimento, la trasformazione, la relazione ma anzi creare le condizioni atte a rendere possibile tutto ciò. Significa ritornare a essere visibili e sentirsi in grado di partecipare. Proprio Victor Turner, interessato al potenziale di innovazione del liminoide, aveva colto chiaramente come coloro che attraversano la fase di liminalità siano strutturalmente “invisibili”, «non sono più classificati e non sono ancora classificati» (Turner 1967, p. 96), isolati e indefiniti (Mwaria, 1990), e quindi sono «mezzo e mezzo» (Turner 1967, p. 97). Il potenziale innovativo della liminalità è quello di attraversare i sentimenti di «ambiguità e paradosso» attraverso una dimensione di riflessività (Turner 1967, p. 97) trasformativa e soggettivizzante.

La diffusione del modello biopsicosociale (Balint, 1957; Engel, 1977) nonché gli sforzi di integrazione dell'“evidence based medicine” con la “narrative based medicine” (Bert, 2007; Charon, 2008) e con le “illness narratives” (Greenhalgh e Hurwitz, 1999; Hillmann, 1984; Kleinman, 1988) hanno dato vita a una rivoluzione rispetto al modo di guardare il paziente e il processo di cura, ponendo attenzione all'ascolto del vissuto soggettivo di malattia e alla comprensione dei motivi, dei pensieri e sentimenti del

paziente che attraversa tale inquietante esperienza (Suchman, Markakis, Beckman & Frankel, 1997). Nelle nostre precedenti ricerche (Freda, De Luca Picione & Martino, 2015a; De Luca Picione, Dicè & Freda, 2015b; Martino & Freda, 2016), abbiamo discusso, in una prospettiva semiotica della mente (Freda, 2008; Salvatore & Freda, 2011; De Luca Picione, 2015; Valsiner, 2007), come l'esperienza traumatica della malattia (Freda & Martino, 2015c) è sia una discontinuità autobiografica (Brockmeier, 2000; Neimeyer 2004; Frank, 1998) sia la rottura dei processi semiotici di significato che richiedono una nuova sintesi di significati, un'elaborazione di nuova continuità (Valsiner, 2007). La malattia è una discontinuità che satura a sé i processi di costruzione del senso, un'interruzione del proprio habitus di interpretare le esperienze, richiede un processo di riconfigurazione dei modi personali di costruire significato per gli eventi della vita, le relazioni sociali, obiettivi personali e progetti futuri (Martino, Onorato, & Freda, 2015d).

La malattia impone una ricerca di senso che non può restare inascoltata e si configura come un importante momento di costruzione sociale del significato e processo di sviluppo a partire dalla esperienza traumatica (Freda & Martino, 2015c). I processi di costruzione del significato, infatti, sono considerati ampiamente nella letteratura (Gilles & Nemeyer, 2006; Hall, 2011; Park, Edmondson, Fenster & Blank, 2008; Waters *et al.*, 2013) come dinamiche essenziali del processo volto ad affrontare l'esperienza traumatica della malattia. Questi processi, dal punto di vista semiotico della costruzione di senso, contribuiscono all'organizzazione di un quadro entro il quale le persone connettono in modo nuovo e creativo le loro esperienze con la propria cultura e il mondo degli altri (Bruner, 1990; Brockmeier, 2000). In questo senso, la malattia, al pari di ogni altra discontinuità dei processi di significazione, può attivare la costruzione ex novo di nuove e più flessibili interfacce semiotiche capaci di mediare i rapporti intra e inter-soggettivi volti non tanto in direzione del ripristino del canone e della norma sociale quanto piuttosto a creare una nuova sintesi soggettiva delle proprie esperienze all'interno del contesto intersoggettivo e culturale di appartenenza. Tale discontinuità richiede una nuova e inedita elaborazione soggettiva della significazione della propria esperienza.

Riferimenti bibliografici

- Anzieu, Didier (1985). *L'Io-pelle*. Borla: Roma, 1987.
- Balint, Michael (1957). *The doctor his patient and the illness*. London, UK: Pitman Medical.
- Barrett, Robert J. (1998). The “schizophrenic” and the luminal persona in modern society (review essay). *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22 (4), 465-494.
- Becker, Gay (1994). Metaphors in disrupted lives: Infertility and cultural constructions of continuity. *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (4), 383-410.
- Becker, Gay (1997). *Disrupted lives: How people create meaning in a chaotic world*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Bert, Giorgio (2007). *Medicina narrativa*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Bick, Ester (1968). The experience of the skin in early object relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49, 484-486.
- Bick, Ester (1974). *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Blows, Emma, Bird, Lydia, Seymour, Jane, & Cox, Karen (2012). Liminality as a framework for understanding the experience of cancer survivorship: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 68 (10), 2155-2164.
- Bonomi, Carlo (2003). Between symbol and antisymbol: The meaning of trauma reconsidered. *International Forum of Psychoanalysis*, 12, 17-22.
- Briggs, Stephen (1997). *Growth and Risk in Infancy*. London: Jessica Kingsley.
- Brockmeier, Jens (2000). Autobiographical time. *Narrative Inquiry*, 10, 51-73. doi: 10.1075/ni.10.1.03bro
- Bulow, Pia H. (2003). In dialogue with time: Identity and illness in narratives about chronic fatigue. *Narrative Inquiry*, 13, 71-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1075/ni.13.1.03bul>
- Butler, Judith (1993). *Bodies that Matter*. New York – London: Routledge.
- Charmaz, Kathy (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Charon, Rita (2008). The art of medicine. Narrative evidence based medicine. *Lancet*, 371 (9609), 296-297.

- Cordova, Matthew J., Giese-Davis, Janine, Golant, Micht, Kronenwetter, Carol, Chang, Vickie, & Spiegel, David (2007). Breast cancer as trauma: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14 (4), 308-319. doi:10.1007/s10880-007-9083-6
- De Angelis, Valentina (1996). *La logica della complessità: introduzione alle teorie dei sistemi*. Milano: Bruno Mondadori.
- De Luca Picione, Raffaele (2015). *La Mente come Forma. La Mente come Testo. Un'indagine semiotico-psicologica dei processi di significazione*. Milano: Mimesis Edizioni.
- De Luca Picione, Raffaele, Dicè, Francesca & Freda, Maria Francesca (2015). La comprensione della diagnosi di DSD da parte delle madri. Uno studio sui processi di sensemaking attraverso una prospettiva semiotico-psicologica. *Rivista di Psicologia della Salute* (Franco Angeli), 2/2015, 47-75. doi: 10.3280/PDS2015-002004.
- De Luca Picione, Raffaele, Freda, Maria Francesca (2016a). Borders and Modal Articulations. Semiotic Constructs of Sensemaking Processes Enabling a Fecund Dialogue Between Cultural Psychology and Clinical Psychology. *Journal of Integrative Psychological and Behavioral Science*, 50: 29-43. doi: 10.1007/s12124-015-9318-2
- De Luca Picione, Raffaele, Freda, Maria Francesca (2016b). The processes of meaning making, starting from the morphogenetic theories of René Thom. *Culture and Psychology*, 22 (1), 139-157. doi: 10.1177/1354067X15576171
- De Luca Picione, Raffaele, Freda, Maria Francesca (2016c). Possible use in psychology of threshold concept in order to study sensemaking processes. *Culture and Psychology*. doi: 10.1177/1354067X16654858
- De Luca Picione, Raffaele, Martino, Maria Luisa, Freda, Maria Francesca (2016 in press). Understanding cancer patients' narratives: meaning-making process, temporality and modalities. *Journal of Constructivist Psychology*.
- Dow, Hassey K. (1991). The growing phenomenon of cancer survivorship. *Journal of Professional Nursing*, 7 (1), 54-60.
- Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Faucault, Michel (1966). *Le parole e le cose: un'archeologia delle scienze umane*. Milano: Rizzoli, 1967.

- Feuerstein, Michael (2007). Cancer survivorship: Research, practice, and policy. In Feuerstein M. (ed.). *Handbook of Cancer Survivorship* (pp. 483-494). New York: Springer.
- Fornari, Franco (1981). *Il codice vivente*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Frank, Arthur W. (1998). Just listening: Narrative and deep illness. *Families, Systems & Health*, 16, 197-212.
- Freda, Maria Francesca (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica. Costruire, pensare e trasformare narrazioni*. Napoli: Liguori.
- Freda, Maria Francesca, De Luca Picione, Raffaele, Martino, Maria Luisa (2015a). Times of illness and illness of time. In Livia M. Simao, Doria S. Guimaraes & Jann Valsiner (eds.). *Temporality: Culture In The Flow Of Human Experience* (pp. 209-234). Charlotte: IAP Information Age Publishers.
- Freda, Maria Francesca & Martino, Maria Luisa (2015c). Health and Writing: Meaning-Making Processes in the Narratives of Parents of Children With Leukemia. *Qualitative Health Research*, 25, 3, 348-359. doi: 10.1177/1049732314551059
- Freud, Sigmund (1923). *L'Io e l'Es*. In *OSF*, vol. 9. Torino: Boringhieri, 1977.
- Freud, Sigmund (1971). *The Uncanny* (1919). Transl. by James Strachey. London: Hogarth.
- Froggatt, Katherine (1997). Rites of passage and the hospice culture. *Mortality*, 2 (2), 123-136.
- Gifford, Sandra M. (1986). The meaning of lumps: A case study of the ambiguities of risk. In C. R. James, R. Stall, & S. M. Gifford (eds.), *Anthropology and epidemiology Interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (pp. 213-246). Dordrecht, Holland: D. Reidel.
- Gillies, James & Neimeyer, Robert A. (2006). Loss, grief, and the search for significance: Toward a model of meaning reconstruction in bereavement. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 31-65. doi:10.1080/10720530500311182
- Greenhalgh, Trisha & Hurwitz Brian (1999). Narrative based medicine. Why study narrative? *British Medical Journal*, 318, 48-50. doi:10.1136/bmj.318.7175.48
- Hall, Joanne M. (2011). Narrative methods in a study of trauma recovery. *Qualitative Health Research*, 21, 3-13. doi:10.1177/1049732310377181
- Haraway, Donna J. (1999). *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*. Milano: Feltrinelli Interzone.

- Hawking, Stephen W. (1988). *A Brief History of Time*. London: Bantam Books.
- Hillmann, James (1984). *Le storie che curano* [*Stories that heal*]. Milano: Raffaello Cortina.
- Hjelmblick, Finn & Holmström, Helena (2006). To cope with uncertainty: Stroke patients' use of temporal model in narratives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 367-374. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00415.x
- Janoff-Bulman, Ronnie (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, 15, 30-34.
- Joseph, Stephen & Linley, Alex (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9, 262-280. doi:10.1037/1089-2680.9.3.262
- Kaufman, Sharon R. (2000). In the shadow of "death with dignity": Medicine and cultural quandaries of the vegetative state. *American Anthropologist*, 102 (1), 69-83.
- Kleinman, Arthur (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Lacan, Jacques (2004). *Le séminaire*, Livre X, L'angoisse (pp. 55-68). Paris: Seuil.
- Little, Miles, Jordens, Christopher, Paul, Kim, Montgomery, Kathleen & Philipson, Bertil (1998). Liminality: a major category of the experience of cancer illness. *Social Science & Medicine*, 47 (10), 1485-1494.
- Lorber, Jurij (1999). Crossing borders and erasing boundaries: Paradoxes of identity politics. *Sociological Focus*, 32 (4), 355-370.
- Lotman, Jurij (1985). *La semiosfera. L'asimmetria e il dialogo nelle strutture pensanti*. Venezia: Marsilio.
- Lotman, Jurij (2005). On the semiosphere. *Sign Systems Studies*, 33 (1), 205-229.
- Lotman, Jurij (2009). *Culture and explosion* (vol. 1). Berlin: Walter de Gruyter.
- Marsico, Giuseppina, Cabell, Katrine R., Valsiner, Jaan & Kharlamov, N. (2013). Interobjectivity as a border: the fluid dynamics of Betweenness. In Gordon, Sammut, Paul, Daanen & Fathali, Moghaddam (eds.). *Understanding the self and others: explorations in intersubjectivity and interobjectivity*. London: Routledge.
- Martino, Maria Luisa & Freda, Maria Francesca (2016). Post-Traumatic Growth in Cancer Survivors: Narrative Markers and Functions of The Experience's Transformation. *The Qualitative Report*, 21 (4), 765-780. Retrieved from: <http://nsuworks.nova.edu/tqr/vol21/iss4/11>

- Martino, Maria Luisa, Onorato, Raffaella, D'Oriano, Veronica, Freda, Maria Francesca (2013). Donne e tumore al seno: effetti del protocollo guidato di scrittura sui sintomi associati al disturbo post traumatico da stress. *Psicologia della salute*, 1, 125-137, doi: 10.3280/PDS2013-001007 ISSN 1721-0321.
- Martino, Maria Luisa, Onorato, Raffaella, Freda, Maria Francesca (2015d). Linguistic Markers of Processing Trauma Experience in Women's Written Narratives During Different Breast Cancer Phases: Implications for Clinical Interventions. *Europe's Journal of Psychology*, 11, 4, 651-663. doi:10.5964/ejop.v11i4.991
- McKenzie, Heather & Crouch, Mira (2004). Discordant feelings in the lifeworld of cancer survivors. *Health* 8 (2), 139-157.
- Mehnert, Anja & Koch, Uwe (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 181-188. doi: 10.1002/pon.1057
- Miller, Kenneth, Merry, Brian & Miller, Joan (2008). Seasons of survivorship revisited. *Cancer Journal*, 14 (6), 369-374.
- Mullan, Fitzhugh (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *New England Journal of Medicine*, 313 (4), 270-273.
- Murphy, Robert, Scheer, Jessica, Murphy, Yolanda & Mack, Richard (1988). Physical disability and social liminality: A study in the rituals of adversity. *Social Science & Medicine*, 26 (2), 235-242.
- Mwaria, Cheryl B. (1990). The concept of self in the context of crisis: a study of families of the severely brain-injured. *Social Science & Medicine*, 30 (8), 889-893.
- Naus, Mary J., Ishler, Marilyn D., Parrott, Charlotte E. & Kovacs, Stephanie A. (2009). Cancer survivor adaptation model: conceptualizing cancer as a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (12), 1350-1359.
- Navon, Liora & Morag, Amira (2004). Liminality as biographical disruption: unclassifiability following hormonal therapy for advanced prostate cancer. *Social Science & Medicine*, 58 (11), 2337-2347.
- Neimeyer, Robert A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry*, 15, 53-59.

- Neimeyer, Robert A. (2006). Complicated grief and the quest for meaning: A constructivist contribution. *Journal of Death and Dying*, 52, 37-52. doi:10.2190/EQL1-LN3V-KNYR-18TF
- Neuman, Yair (2003). *Process and boundaries of the mind*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Park, Crystal L., Edmondson, Donald, Fenster, Juliane R. & Blank, Thomas O. (2008). Meaning-making and psychological adjustment following cancer: The mediating roles of growth, life meaning, and restored just-world beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 863-875. doi:10.1037/a0013348
- Pelusi, Jody (1997). The lived experience of surviving breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24 (8), 1343-1353.
- Pinder, Ruth (1995). Bringing back the body without the blame? The experience of ill and disabled people at work. *Sociology of Health and Illness*, 17 (5), 605-631.
- Preves, Sharon E. (2000). Negotiating the constraints of genderbinarism: Intersexuals' challenge to gender categorization. *Current Sociology*, 48 (3), 27-50.
- Rasmussen, Dorte M. & Elverdam, Beth (2007). Cancer survivors experience of time disruption and time appropriation. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 614-622.
- Royer, Ariela (1995). Living with chronic illness. In John J. Kronenfeld (ed.), *Research in the sociology of health care*, vol. 12 (pp. 25-48). Greenwich, CT: JAI Press.
- Salvatore, Sergio (2004). Inconscio e discorso. Inconscio come discorso. In B. Ligorio (a cura di), *Psicologie e culture. Contesti, identità e interventi* (pp. 125-155). Roma: Carlo Amore.
- Salvatore, Sergio & Freda, Maria Francesca (2011). Affect, unconscious and sensemaking. A psychodynamic, semiotic and dialogic model. *New Ideas in Psychology*, 29 (2), 119-135.
- Shalinsky, Audrey & Glascock, Anthony (1988). Killing infants and the aged in nonindustrial societies: Removing the liminal. *Social Science Journal*, 25 (3), 277-287.
- Shomaker, Dianna J. (1989). Age disorientation, liminality and reality: The case of the Alzheimer's patient. *Medical Anthropology*, 12 (1), 91-101.
- Sommantico, Massimiliano (2008). Io-pelle, involucro psichico, significanti formali. Elementi di una teoria per pensare il limite in psicoanalisi. *Psicoterapia Psicoanalitica*, 2, 161-177.

- Sorenson, Pamela (2000). Observations of transition facilitating-behavior – developmental and theoretical implications. *The International Journal of Infant Observation*, 3 (2), 46-54.
- Suchman, Anthony L., Markakis, Kathrin, Beckman, Howard B. & Frankel, Richard (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *Jama*, 277 (8), 678-682.
- Sumalla, Enric C., Ochoa, Cristian & Blanco, Ignacio (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical Psychology Review*, 29, 24-33. doi:10.1016/j.cpr.2008.09.006
- Sutherland, Bernice & Jensen, Louise (2000). Living with change: Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 10 (5), 661-676.
- Tedeschi, Richard G. & Calhoun, Lawrence G. (2004). Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-18.
- Thompson, Kimberly (2007). Liminality as a descriptor for the cancer experience. *Illness, Crisis, & Loss*, 15 (4), 333-351.
- Turner, Victor W. (1967). *The Forest of Symbols: Aspects of Ndembu Ritual*. New York: Cornell University Press.
- Turner, Victor W. (1969). Liminality and communitas. In Id. *The ritual process: Structure and anti-structure* (pp. 94-131). Chicago: Aldine.
- Turner, Victor, Harris, John C. & Park, Richard J. (1983). *Liminal to liminoid, in play, flow, and ritual: an essay in comparative symbology. Play, games and sports in cultural contexts*. London: Human Kinetics Publisher.
- Turp, Meggie (2003). Encountering self-harm in psychotherapy and counselling practice. *British Journal of Psychotherapy*, 15 (3), 306-321.
- Valsiner, Jaan (2007). *Culture in Minds and Societies. Foundations of Cultural Psychology*. New Delhi: Sage Publications.
- Valsiner, Jaan (2014). *An invitation to cultural psychology*. London: Sage.
- van Gennep, Arnold (1960). *The rites of passage*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Waters, Theodore E. A., Shallcross, John F. & Fivush, Robyn (2013). The many facets of meaning-making: Comparing multiple measures of meaning-making and their relations to psychological distress. *Memory*, 21, 111-124. doi:10.1080/09658211.2012.705300

Winnicott, Donald (1975). *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.

MATERIALI

Maria Luisa Martino, Università degli Studi di Napoli, Federico II. Dottore di Ricerca presso il Dipartimento di Studi Umanistici e Assegnista di Ricerca presso il Centro di Ateneo SInAPSi dell'Università Federico II di Napoli.

Maria Luisa Martino, PhD at Department of Humanistic Studies and Post-Doc Research at SInAPSi Centre, Federico II University, Naples.

marialuisa.martino@unina

Raffaele De Luca Picione, Università degli Studi di Napoli, Federico II. Dottore di Ricerca, Professore a contratto presso il Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Raffaele De Luca Picione, Ph.D., Adjunct Professor, Department of Humanistic Studies, Federico II University, Naples.

raffaele.deluicapicione@unina.it

Maria Francesca Freda, Università degli Studi di Napoli, Federico II. Professore Associato presso il Dipartimento di Studi Umanistici, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Maria Francesca Freda, Associate Professor, Department of Humanistic Studies, Federico II University, Naples.

fm.freda@unina.it