

Adele Nunziante Cesàro, Daniela Lemmo

Ferite scritte nei geni

Abstract

In una prospettiva teorica psicodinamica le autrici riflettono sulla trasmissione della mutazione dei geni BRCA1/2. Mutazione che, com'è noto, predispone le donne che ne sono portatrici al rischio di poter sviluppare, nel corso della vita, una forma di cancro al seno e/o alle ovaie. Spesso questa malattia ha già colpito diverse donne nella propria famiglia, generando ferite dolorose nella psiche e nel corpo che, nell'attualità, portano la donna *a rischio* a dover decidere le strade preventive da intraprendere. Curarsi ferite inscritte nella propria storia e che diventano una minaccia per i luoghi contraddistintivi della femminilità, diventa impresa ardua. Le autrici commentano il racconto autobiografico di una giornalista e presentano una parte più specifica di ricerca sui forum on-line, assumendo le narrazioni delle donne come materiale testuale da analizzare al fine di evidenziare i significati attribuiti alla mutazione tra dimensioni identitarie, gruppali e generazionali.

In a psychodynamic framework, the authors reflect upon the transmission of the BRCA1/2 genes' mutation. This mutation exposes carrier women to the risk of developing, during their lives, a form of breast and/or ovarian cancer. This illness has already affected different women of their family causing wounds inscribed in soma and in psyche. These wounds are significant in woman's decision making of prevention strategies. It is very hard to care wounds inscribed in one's own history that became a threat for femininity. The authors comment on the journalist's autobio novel and submit a research on on-line forums, using women's narration as material to be analysed in order to highlight the meanings linked to the mutation between identity, group and generational dimensions.

Parole chiave: ferite del femminile, mutazione genetica BRCA1/2, scelta chirurgia preventiva

Keywords: feminine wounds, BRCA1/2 genes' mutation, choice prevention surgery

*Da mia nonna, alle mie zie, a mia madre.
La stessa malattia, negli stessi tempi, nello stesso modo.
Per arrivare – quasi – fino a me.
Così ho iniziato ad aspettare il nemico senza essere in guerra,
sapendo che a sera o a mattina – forse – sarebbe arrivato.
Quasi sicuramente.
Quel quasi che arrivava a contagiare come un virus
ogni pensiero o emozione.
Il momento appena prima di una tempesta.
La calma apparente, il vulcano sotto i piedi [...].
La vita arrotolata sulla trama del passato
come in un eterno presente[...].
Non sono guarita.
Semplicemente finora non mi sono ammalata.*

Silvia Mari, 2010

Introduzione

Il tumore al seno è il più frequente nella popolazione femminile e la presenza di alterazioni genetiche costituisce un fattore di rischio che aumenta la predisposizione a svilupparlo nel corso della vita. Tra queste, particolare rilievo assumono le mutazioni dei geni BRCA1/2¹ che espongono le donne a un maggiore rischio di cancro al seno e/o alle ovaie nel corso della vita, con un'insorgenza che si manifesta maggiormente prima dei 50 anni.

Si stima che rispetto alla totalità dei tumori della mammella e dell'ovaio, quelli a carattere eredo-familiari rappresentino una percentuale variabile dal 5 al 10%. Si distinguono da una parte, le forme tumorali familiari, caratterizzate dall'aggregazione di casi di malattia in più membri della stessa famiglia collocati sulla stessa linea

¹ La sigla sta per Breast Cancer Susceptibility Gene. La scoperta dei geni BRCA 1 e 2 risale alla metà degli anni '90 a opera di un gruppo di scienziati statunitensi guidati dalla genetista e ricercatrice Marie-Claire King che iniziò ad analizzare campioni di sangue delle donne appartenenti a famiglie in cui il tumore al seno era frequente e individuò il gene BRCA 1 sul cromosoma 17. Nel 1994 gli scienziati M. Stratton e R. Wooster scoprirono il gene BRCA 2 presente sul cromosoma 13. Una mutazione a carico di questi due geni, definiti oncopressori – incaricati cioè di frenare la moltiplicazione incontrollata delle cellule anomale che possono causare l'insorgenza di tumori – renderebbe inattiva la loro normale funzione di “oppressione”, conducendo al tumore.

Più nello specifico, le donne che ereditano la mutazione a carico del gene BRCA 1 hanno il 45-60% di probabilità di sviluppare un tumore della mammella e il 20-40% di probabilità di sviluppare un tumore dell'ovaio nell'arco della loro vita. Le donne che ereditano una mutazione a carico del gene BRCA 2 hanno il 25-40% di probabilità di sviluppare un tumore della mammella e il 10-20% di probabilità per quello dell'ovaio. In caso di pregressa malattia, la mutazione aumenta il rischio di sviluppare un tumore dell'altra mammella. A ogni modo, bisogna tener presente che l'alterazione di per sé non è sufficiente affinché si sviluppi la malattia che richiede una seconda mutazione sull'allele sano.

generazionale e dall'altra, le forme ereditarie che generalmente coinvolgono più membri della famiglia, collocati in generazioni diverse.

Nel caso dell'ereditarietà vi sono inoltre caratteristiche cliniche peculiari, quali: l'insorgenza in un'età più precoce rispetto all'età tipica di sviluppo, la bilateralità della neoplasia (cioè in entrambe le mammelle), un caso di tumore della mammella maschile e lo sviluppo multiplo nello stesso soggetto, associazione quindi tra tumori del seno e dell'ovaio. Oltre queste caratteristiche, per le forme ereditarie si parla della trasmissione di mutazioni di geni (BRCA 1 e 2), ereditati in una forma alterata, ovvero è presente in loro un "errore", per cui la donna che ne è portatrice ha un rischio aumentato di sviluppare un tumore della mammella e/o dell'ovaio.

Per valutare la presenza di una mutazione a carico di uno dei due geni, le donne con storia familiare o personale di tumore al seno e/o all'ovaio² possono effettuare una consulenza oncogenetica e analisi molecolari predittive³, trovandosi dinanzi al rischio di essere predisposte a poter sviluppare nel corso della propria vita un cancro agli organi sessuali femminili.

Con "predisposizione" s'intende la "susceptibilità", il "rischio potenziale", la formulazione di un'"ipotesi di malattia" (Silvestri, 2004) e di un "giudizio di probabilità" che si possa contrarre in futuro una patologia (Santosuoso, 1999).

La scelta di ricorrere a una consulenza genetica e la considerazione di eventuali attività preventive da valutare sono processi che pongono problemi di ordine interpretativo, clinico, sociale, psicologico, etico e legale. In particolare però, riteniamo, in accordo con la recente letteratura (Zaccaro & Freda, 2011) che le delicate implicazioni psicologiche, connesse al percorso decisionale suddetto, richiedono la necessità di un modello integrato d'approccio medico-psicologico.

Il risultato genetico, argomenta Zinzi (2004), può causare da un punto di vista psicologico importanti cambiamenti nel modo stesso di percepirsi e può ripercuotersi sia sul senso d'identità personale, sia sul senso di appartenenza familiare. Il rischio oncologico è scritto nel DNA, ovvero ereditato nella costituzione originaria di ciascun

² Nel linguaggio medico si opera una distinzione terminologica per le donne che chiedono una consulenza oncogenetica. Si definisce "consultante" la donna che richiede la consulenza e non ha mai avuto un tumore mammario o ovarico, mentre si chiama "probanda" se è affetta da tumore mammario o ovarico. In base a tale distinzione, se la donna è sana, la probanda dell'albero genealogico sarà la persona con il caso di tumore a lei più vicina.

³ Grazie alle recenti acquisizioni sul genoma umano è possibile oggi effettuare su un campione di sangue il test genetico per l'identificazione di possibili mutazioni ereditarie. I test sono classificati in base alle loro finalità e al loro utilizzo. Si definisce Test predittivo quello che permette di individuare, in termini probabilistici, i soggetti ad alto rischio di una data malattia.

individuo e, pertanto, può diventare un aspetto fortemente identitario, assumendo carattere di permanenza e immanenza. Il pericolo mortale, che investe gli organi sessuali femminili, può essere stato trasmesso, la donna è eventuale “portatrice” e, ancora, può trasmetterlo in linea materna.

Ci sembra molto efficace la considerazione di Zinzi:

L'occorrenza, il rischio di occorrenza o di ricorrenza di un disordine di natura genetica, colpisce a livello intrapsichico il desiderio interno di stabilità personale, di controllo e *onnipotenza*, e ferisce i normali bisogni narcisistici della persona. È in ogni caso un attacco all'autostima ed al senso d'identità personale, una ferita *narcisistica* alla quale la persona facilmente risponde con un insieme di sentimenti che comprendono vergogna, senso di colpa, rabbia, tristezza e molti altri ancora, che possono paralizzare la persona in una sorta di impotente passività e mancanza di speranza [2004 p. 5].

La letteratura psicologica che si occupa di consulenze genetiche concentra l'attenzione sui temi della comunicazione, della percezione del rischio (Andersen *et al.*, 2014; Pilarski, 2009; Caruso *et al.*, 2009; Smereenik, Mesters, Verweij & de Vries, 2009), della presa di decisione, sottolineando che l'utente si trova ad assumere la titolarità del problema e delle scelte, titolarità che rinvia alla pienezza della sua soggettività (Guerra & Bartolozzi, 2011).

Una donna che riceve un risultato positivo vive un momento in cui il “sapere” irrompe sull'opacità del destino e la pone a confronto con le opzioni di riduzione del rischio ovvero le strade preventive (Razzaboni, 2010) da poter intraprendere: programmi di sorveglianza e controlli periodici, la farmaco-prevenzione oppure optare per la prevenzione chirurgica (mastectomia e/o ovariectomia profilattica), cioè l'asportazione dell'organo a rischio di malattia.

In un momento d'intensa vulnerabilità psico-emotiva, relativo alla conoscenza di essere portatrici di una mutazione, una delle preoccupazioni per la donna può diventare quella di «massimizzare la sopravvivenza» (Jeffers, Morrison, Mc Caughan & Fitzsimons, 2014), muovendosi tra profondi enigmi legati a strategie complesse che comportano sia rischi sia benefici (Howard *et al.*, 2009) e che investono il senso di identità femminile, le possibilità procreative, la qualità della vita e di benessere psicologico (McCullum, Bottorff, Kelly, Kieffer, & Balneaves, 2007; Hallowell *et al.*, 2012).

Il rischio oncologico: un'eredità al femminile da maneggiare

Pensiamo che il tema della mutazione genetica che predispone una donna a un tumore degli organi sessuali femminili (seno e ovaia) si iscriva in un più ampio discorso che attraversa le ferite della trasmissione generazionale di un femminile ammalato, le ferite di una memoria traumatica che si iscrive nel proprio corpo, le ferite del rischio che investe la propria vita nell'attesa di un destino comune alle donne della propria famiglia. Chiedere alla scienza in che misura si è predisposti geneticamente a sviluppare una malattia significa porre questioni che non riguardano solo il sapere sul corpo biologico e il suo codice genetico, su malattia, prognosi e cura. Dinanzi a un risultato positivo o negativo del test predittivo si dispiegano ben altre questioni che sottendono una dolorosa lavorazione psichica strettamente connessa peraltro allo sviluppo dell'identità psicosessuale femminile: Come posso non volerne a mia madre attaccata da una malattia di cui io sono potenzialmente una erede? Come nominare questa malattia con le mie sorelle/cugine che non vogliono parlarne? Come sopportare il pensiero di avere trasmesso una malattia a mia figlia?

Trasmettere o ricevere un gene difettoso può far emergere, accanto alla paura e all'angoscia di morte, sentimenti di colpa verso la discendenza e di rabbia verso l'ascendenza. Il corpo femminile, di per sé un *contenitore d'identità e origine di nascite* (Zanardi, 2012, p.103), rappresenta la memoria della continuità generazionale in quella primaria identificazione corporea con la madre e le donne che l'hanno preceduta. «Il sé corporeo mantiene generalmente la memoria storica, esprimendo, nella continuità e nei suoi inevitabili conflitti, i passaggi generazionali, solchi non rappresentabili della mente» (*ivi*, p.104). La mutazione genetica può allora accentuare le identificazioni speculari nell'eguaglianza confusiva dei corpi (Nunziante Cesàro, 2014), producendo una *marcatura* della somiglianza mentre la mente dovrà farsi carico di una risoluzione.

Il carattere genetico rimanda ai temi dell'ereditarietà (Freud, 1912-13), alle questioni relative a ciò che si trasmette, ciò che lega e ciò che si condivide. I legami transgenerazionali assumono allora la forma di legami dolorosi di cui la trama narrativa è nota, ma la mancata elaborazione, le ferite non rimarginate, la scissione in parti non comunicate né comunicabili, la stravolgono e la rendono irriconoscibile (Meotti, 2012).

La trasmissione di una mutazione genetica pone in evidenza in modo esacerbato tutta la violenza e l'innominabilità che possono essere associati al processo dell'ereditarietà. Trasmissione al di qua di un senso accessibile al linguaggio della parola: si tratta di una

trasmissione di cose di difficile accesso al pensiero, alla simbolizzazione, alla visibilità. Trasmissione al di là di ogni possibilità di controllo che rivela al soggetto di che cosa, per così dire, può essere spossessato in relazione alla sua soggettività (Coopman & Janssen, 2006). Si potrebbe obiettare che tutto quanto è inscritto nel DNA, nel proprio patrimonio ereditato è una *trasmissione di cose*, ma quanto vogliamo portare all'attenzione è che la trasmissione BRCA, nella sua invisibilità e nel suo alto potenziale mortifero, si differenzia dalla trasmissione di qualunque altro carattere ereditario dato.

Una consulenza oncogenetica appare, allora, come un'immersione profonda nelle origini di una storia traumatica e minacciante, un viaggio nella memoria che porta a recuperare e rivivere un passato ingombrante, colmo di ferite. Le ferite sono quelle dei silenzi, delle censure di eventi indicibili, del segreto, inteso come forma di organizzazione psichica prima ancora di essere una forma di relazione (Tisseron, 1999) che costituisce, poi, una protezione immaginata dei legami familiari orientando tutti i membri della famiglia nei loro atti, nelle loro scelte e nelle loro eventuali cecità (Serrano, 1983).

Riteniamo, invece, che la richiesta di una consulenza oncogenetica rappresenti, a livello immaginario e reale, l'inizio di un processo *veritativo* (Bion, 1992; Neri, 2007) che s'inscrive in un divario tra la *fantasmaticizzazione e il conoscere* (De Simone, 2008) attraverso la ripresa di una storia di famiglia che va a coincidere in ogni suo sviluppo con quel punto di rottura del gene, dato oggettivo fermo al suo stato potenziale. Non si è dinanzi a una malattia che incombe e sconvolge d'improvviso in modo traumatico la propria vita. La malattia si configura come un'attesa, un'angoscia di un trauma che ha scandito la vita delle donne della propria famiglia e che incombe su di loro come continua e costante paura di ammalarsi di quell'«accidente organico che flagella l'umano [...] osceno perché [...] situato fuori della scena; non è rappresentabile per via metaforica; materia [...] guasta, nociva, schifosa» (Sontag, 2002, p.68). Anche la morte, se ha rappresentato l'epilogo della malattia nelle esperienze familiari, sembra poter acquistare, per la donna a rischio, una valenza concreta. Il termine della propria esistenza, in seguito alla comunicazione di una mutazione nei propri geni che predispone al rischio oncologico, può configurarsi come questione cogente, quasi annunciata e anticipata. Se la morte personale è per la psicoanalisi estranea all'ordine simbolico (Freud, 1915) ciò non significa che non sia presente (De Masi, 2002). Bensì, proprio in quanto impensabile, si costituisce come l'evento traumatico per eccellenza

che crea angoscia e terrore e distrugge l'illusione positiva di poter governare la vita, facendo riemergere le profondissime angosce di annichilimento di cui ognuno è portatore (Winnicott, 1963). Pensiamo che una consulenza oncogenetica rappresenti la comunicazione della personale condizione di vulnerabilità che pone tra l'irrepresentabilità nell'inconscio della propria morte e la sua inquietante presenza nella mente⁴.

Una massa di "materia oscura"⁵ che esercita una tale azione nella loro vita e nei loro pensieri da costringerle a confrontarsi con la possibilità di fare attivamente fronte ai fardelli ereditari, rifiutando una collusione con il destino di malattia e morte o con il rischio: «Ogni caduto somiglia a chi resta e gliene chiede ragione», scrive Calvino ne *Il barone rampante* (1957).

Il rapporto tra destino ereditato e possibili scelte per evitarne le conseguenze diviene allora il punto critico che si evidenzia al comparire del risultato del test. Inizia nella donna un processo psichico di duplice rinvio tra trasmissione e ricezione/appropriazione⁶, colpevolizzazione e riparazione, che accompagna l'informazione ricevuta. Paura e ribellione: sfidare il caso e attendere il potenziale evento mortifero, nella speranza di non esserne travolta? Non piegarsi a un fato che appare già tracciato e provare a invertire il corso del proprio destino spezzando la continuità con il passato?

Latenti, ma pur sempre cruciali, i vissuti connessi alla perdita di parti del corpo che caratterizzano l'identità psicosessuale femminile (Nunziante Cesàro, 2014): perdite che minano l'immagine di sé, l'integrità del corpo (Nicolleau-Petit, 2009; Reich, 2009), le capacità seduttive e procreative, imponendo alla donna un lavoro di ridefinizione identitaria (Martino, Onorato, D'Oriano & Freda, 2013).

Nell'apprendere i risultati del test genetico predittivo, la donna si trova, tra fantasie e scienza, filiazione e trasmissione (Espie, 2009; Feissel-Leibovici, 2001), a dover dare significato e a elaborare emozioni e affetti consci e inconsci, relativi al sentirsi in bilico sull'orlo di un precipizio, tra salute e malattia (Masson, 2004), vita e morte, corpo sano

⁴Nel panorama teorico della psicologia sociale, distinguiamo i contributi di Ines Testoni sulla rappresentazione ontologica della morte (Testoni, Ancona & Ranconi, 2015) che, intesa come annientamento o passaggio, può influire sulla ragione del proprio vivere e sulla capacità di resilienza.

⁵Nell'introduzione al bel libro *Corpo, Generazioni e Destino*, a cura di Corsa & Gabriellini, Franca Meotti riprende fenomeni astrofisici per evidenziare che una "materia oscura" si configura come un'enorme massa di materia che non è direttamente osservabile, ma che si manifesta attraverso effetti gravitazionali che possono essere osservati.

⁶Facciamo riferimento qui a quanto Freud scrive in *Totem e tabù* (1912-13) a proposito della trasmissione di contenuti psichici e della spinta individuale della ricezione a appropriazione.

e corpo ferito o da mutilare. Un risultato positivo al test genera interrogativi sull'esistenza in quanto, come scrive Fedida: «tout ce qui touche à l'hérédité et à la procréation définit une zone interhumaine violemment fragile où se cristallisent les angoisses les plus archaïques et qui donne la parole aux croyances les plus énigmatiques» (1982, p. 41).

Da corpo a corpo, di madre in figlia: ricordare, ripetere, trasformare

Per meglio comprendere gli affetti e i vissuti in gioco nella relazione matrilineare riteniamo utile avvalerci del contributo di una giornalista, Silvia Mari. L'autrice, nel suo volume intitolato *Il rischio* (2010), narra, in forma autobiografica, la sua ricerca di verità e la battaglia personale a proposito della mutazione genetica BRCA che le è stata trasmessa.

Si è avuto un gran rumore mediatico intorno al problema della mutilazione chirurgica volontaria e sono stati espressi fiumi di parole critiche su decisioni dolorose e gravide di conseguenze sul piano corporeo e psichico che non andrebbero mai giudicate, tantomeno in assenza di uno studio approfondito del problema. Non prendiamo posizione in astratto su questo argomento, per noi vale sempre il principio di autodeterminazione delle donne e la considerazione che ogni storia è diversa dall'altra, preziosa nella sua unicità, e che ciascuna donna decide secondo il suo passo.

Va evidenziato che le strutture di consultazioni, anche quando prevedono nel proprio team la figura dello psicologo,⁷ non abbinano pariteticamente il lavoro del genetista con quello dello psicologo clinico, come invece nel modello francese da noi condiviso.⁸ Ne

⁷ Presso il Dipartimento di Senologia dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli, è attivo il primo Progetto Europeo di Prevenzione, Diagnosi e Cura del Tumore al Seno nelle giovani donne, di cui è responsabile il Prof. Massimiliano D'Aiuto. Il progetto propone un modello di prevenzione strutturato intorno alla persona sulla base del rischio individuale che ciascuna donna ha di sviluppare un tumore al seno. Nello specifico, il counseling eredo-familiare senologico è un'attività ambulatoriale multidisciplinare istituita per la caratterizzazione del rischio personale, familiare e genetico di sviluppare un tumore al seno e/o alle ovaie. Il consulto psicologico è finalizzato alla valutazione della percezione del rischio in funzione della storia familiare per implementare l'adozione di comportamenti preventivi e l'adesione a programmi di prevenzione e sorveglianza clinico-strumentale dedicati.

⁸ Nell'articolo *La maladie génétique au coeur de la fratrie: «tabou» et «secret»* (Coopman & Janssen, 2006) gli autori delineano un modello di consultazione oncogenetica messo a punto nel 1999 da un genetista, C. Sibille e da uno psicoanalista, A. Joos per il Centre de Génétique Humaine de L'UCL. I protocolli sono stati pensati per consentire alle utenti di valutare se le loro domande e la conoscenza dei risultati (positivi o negativi) non sarebbero stati più nefasti. Queste procedure comprendono parecchi incontri con genetisti e psicologi. Questi ultimi incontrano le donne che chiedono la consulenza oncogenetica a più riprese sia da soli, sia insieme con i genetisti. Il primo colloquio con il genetista avviene in presenza dello psicologo e riguarda la redazione lunga e laboriosa di un albero genealogico lungo l'arco di tre o quattro generazioni. Ciò testimonia l'importanza che la dimensione transgenerazionale (Kaës, 1993, 2007) può avere lungo il percorso che accompagna i test predittivi.

risulta che la voce delle donne BRCA in Italia è poco nota, laddove sarebbe essenziale tener conto e supportare tutto il lavoro psichico che queste ultime sono chiamate a svolgere.

La testimonianza del bel libro della Mari prende, in qualche modo, il posto lasciato vuoto in questo campo dalla ricerca dalla pratica clinica a orientamento psicomotricistico ed evoca gli aspetti emozionali esposti in precedenza:

Da piccola non credevo di correre rischi perché figlia di una mamma che se ne era andata troppo presto per la stessa malattia di sua madre e delle sue sorelle. Ero assolutamente sicura che sarei morta alla stessa età e per la stessa malattia. Questa idea mi si è come infilata nelle vene. La mia era una certezza costruita sulle somiglianze, sulle combinazioni emotive, sulle analogie simboliche che solo raramente lasciavano il passo a un po' di logica e di razionalità [Mari, 2010, p.19].

Già nell'incipit è possibile notare il peso di un'identità che si modella sul destino materno e familiare, dove i corpi si confondono e il destino è introiettato come copia invariabile, senza scampo, di quello materno. La predisposizione ad ammalarsi è incistata alla stregua di tracce primitive di memoria, trasmesse nel silenzio del corpo. Vi è un collegamento genetico, una predisposizione. Le donne sono legate da una stessa sigla, la ripetizione dell'uguale. L'autrice ci aiuta a evidenziare che il DNA non è solo il codice dell'identità e non risponde solo alla domanda "chi sono"? Ma anche a "cosa porto in eredità"?

Nel racconto la vita della famiglia è scandita dalla precarietà di vita delle donne:

Le gravidanze e le nascite che diventavano sempre il sigillo di un anatema. La pelle dei piccoli aveva addosso già il ricamo di una storia. Io osservavo. Senza pazienza e con l'amarizzatura di un'adulta. Di una bambina nata grande o vecchietta, come diceva mia madre. Lei è stata l'inizio di questa ricerca ossessiva. Non fosse morta così giovane e dopo anni una battaglia sfiancante forse non avrei trovato la ragione di questa immersione profonda nelle origini di quella che sembrava una ragionevole iattura della sorte [ivi, p. 27].

Il dolore della perdita fa qui il suo ingresso con violenza, una perdita che è quasi inelaborabile perché la somiglianza marcata nei corpi – *sigillo dell'anatema* – lascia emergere sempre il ricordo mescolato con la paura e con il desiderio indomito di sapere.

L'evento della morte materna è stato preceduto dal non detto, la sua malattia e quella delle sue sorelle avvolta nel segreto che l'io narrante ha visto, ma non compreso. La forza delle immagini del corpo ferito, malato si è imposta, ma il significato ultimo è andato smarrito.

Si stava tutti insieme, sempre, in un permanente circolo di condivisione apparente. Il silenzio e la censura di alcuni argomenti era la regola. I referti nascosti, i foulard sul capo con pochi capelli, i ricoveri raccontati alle altre sorelle come vacanze estive. I seni nascosti. Rimpiccioliti, tagliati, coperti. L'intimità era vietata e la sorte comune. Esisteva un parallelo procedere di medicina e anima [ivi, p. 28].

Molto più tardi, nell'età adulta tanti perché saranno trovati, ma il marchio non perde di violenza. Interrompere la catena ereditaria diviene la preoccupazione prioritaria dell'autrice e la via maestra da seguire è la consulenza genetica che al primo passo richiede di fornire l'albero genealogico:

Quell'albero per me erano sempre due. Non potevo farci niente. Uno era la linea dei geni, l'origine dell'ereditarietà, percentuale della procreazione e del concepimento. L'altro era fatto di madri e figlie. Di padri e fratelli. L'albero delle fotografie. Le feste, le ricorrenze, le date. Le piccole diventate donne, le mamme con la pelle più grigia. I rami si intersecano, impossibile dividerli in modo definitivo. Questa staffetta genetica passa dal corpo ai pensieri in perfetta continuità. Invade il fuoco della femminilità e della fertilità. Parla di ormoni e disegna i contorni della vita affettiva. Parla di maternità e di prole. Di umori profondi, pensieri e desideri. Di figlie. Di spose e maschi. Così, ogni volta che un medico mi srotolava la pergamena della trasmissione genetica e mi parlava di albero genealogico, io ne vedevo sempre due. In uno i corpi, nell'altro il tempo attraverso. E non c'era moto di sentimento o analisi di ragione che potesse prescindere da uno dei due. Sapevo che il superamento di quella condizione di rischio non sarebbe stata esorcizzata con una scelta unica e univoca. Ero in una danza tra quei rami. I passi di una bambina e di una donna che doveva nascere ancora, chissà quante volte. Una sola non poteva bastare [ivi, p. 57].

La conoscenza del rischio arriva a placare la sete di sapere dell'autrice, ma suona anche come la conferma di una condanna percepita fin da bambina:

In un primo momento il rischio mi arriva addosso come un macigno. Mi trascina a terra e ne subisco tutta la violenza. Poi diventa un rischio attivo. E lo diventa attraverso la mia scelta di operarmi da sana. Ho scoperto che mi faceva più terrore l'idea di rimanere ferma della malattia. Il pensiero di togliere l'organo che forse un giorno si sarebbe ammalato, non mi garantiva l'immunità dalla patologia, ma mi proteggeva dal terrore ben più grande di esser rimasta in paziente attesa, di non aver tentato, di non aver cercato una via d'uscita [ivi, p. 20].

La scelta di operarsi, in assenza di sintomatologia, appare come l'unica possibilità di stare un passo prima della possibile ripetizione e scegliere di sottrarsi all'attesa della morte per cancro già tanto a lungo sperimentata, fino a essere un habitus mentale, un fardello psichico traumatico e insopportabile:

Ho deciso di togliere il seno da sana per sottrarmi alla spietata parabola del rischio. Ho solo scelto di interrompere una catena di silenzi e devozione: la prima malattia della mia famiglia. La bestia nera seduta nell'angolo più scuro della casa. Temuta e attesa. Misteriosa e terribile. Conservata e custodita. La bestia è servita. Denudata, analizzata, svelata e tradita. Così è venuto al mondo il futuro per me. Ha sembianze femminili, un corpo mutato, una nuova nascita in un posto dove i ricordi non sono cappi, i sapori del passato non sono scomparsi.[...]Non credo si guarisca mai dai ricordi. Per non disperare ho scelto il più possibile quello che sembrava un destino. E so per certo che, grazie alle decisioni che ho preso, non ho smesso di sognare [ivi, p. 5].

Il pensiero del rischio e l'attesa di una catastrofe non possono occupare troppo a lungo la mente della giovane donna: bisogna fare spazio ad altri pensieri, di progettualità vitale e non di morte. La parabola, la storia di questa singola donna mostra un percorso di trasformazione della paura che paralizza, in azione. Un'azione che è anche una fantasia di riparazione della propria madre.

Storie di mutazioni: una ricerca nei forum virtuali

A partire dal volume della Mari ci siamo chieste come reperire altre voci in merito al tema scottante della mutazione genetica. L'impossibilità di incontrarle a causa del segreto che avvolge questa malattia, ci ha spinto a cercare su internet i forum di discussione on-line⁹ specifici per ascoltare la voce delle donne.

Il forum rappresenta un importante strumento per il costituirsi e il definirsi di una comunità virtuale i cui membri possono comunicare in maniera asincrona, senza dunque la necessità che siano contemporaneamente presenti on-line.

Assumiamo quindi i forum come gruppi virtuali significativi (Margherita, 2013; Margherita & Gargiulo 2014) in cui lasciare traccia di sé, leggere e scrivere della malattia per potersi riconoscere in uno spazio collocato tra la dimensione intrapsichica e quella interpersonale. Uno spazio invisibile, una particolare forma di «non luogo» (Augé, 1993) che Ferraro (2003) definisce come «un vero e proprio spazio transizionale winnicottiano, un'inter-zona esperienziale tra individuale e collettivo, dentro e fuori, mente e altro da sé».

⁹ In accordo con gli studi precedenti su siti web abbiamo applicato un metodo di osservazione non intrusiva (Bates, 2015). I tre forum esaminati in questo studio sono pubblici e la ricerca ha rispettato la privacy e l'anonimato delle utenti, nascondendo i loro pseudonimi e i nomi dei forum. Questi ultimi sono stati scelti in quanto più attivi sulle tematiche femminili su quelle del tumore al seno.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio consiste nell'esplorazione dei significati che le donne attribuiscono alla mutazione BRCA 1/2 all'interno di forum on-line, indagando le principali questioni che tale tematica evoca. Riteniamo che la parola scritta sullo schermo crei un *con-testoin* cui conoscere «altri come noi» (Longo, 1997, 2001) con cui condividere storie, vissuti ed esperienze.

Metodo di raccolta dati

Abbiamo ricercato sui principali forum femminilipubblici le sezioni dedicate al “cancro al seno e alla mutazione genetica”, soffermandoci su 40topicche aprono discussioni sui complessi aspetti psichici, emotivi, relazionali e decisionali legati alla mutazione genetica. Quello che ci ha colpito è che molte delle donne che si scambiano messaggi hanno già avuto un tumore al seno in prima persona, all'interno di una storia familiare di tumore al seno. Questo aspetto è stato scelto come criterio di inclusione per la selezione dei messaggi, al fine di allargare lo sguardo anche alle donne che effettuano il test dopo essersi ammalate già una volta.

Abbiamo assunto i messaggi scritti dalle donne nei forum quali brevi narrazioni, intese come dispositivi di senso (Margherita, 2009), che consentono di rappresentare eventi, costruire significati inediti, trasformare l'informe della malattia, del rischio e della morte in una forma pensabile (Bruner, 1990; Barbieri, 2007; Freda, 2008).

Metodo di analisi dei dati

Dopo aver selezionato, trascritto e letto il materiale testuale, si è proceduto ad adottare una metodologia di analisi del contenuto (Losito, 1993; Rositi, 1970) carta e matita al fine di mettere in luce, ex post, categorie tematiche a partire dai testi. L'analisi condotta si è articolata entro una logica di astrazione al fine di eliminare eventuali ridondanze nelle categorie tematiche emerse. L'analisi è stata condotta attraverso il confronto tra tre giudici indipendenti.

Risultati e discussioni

1) *Noi mutate-mutanti*. Nell'esperienza di tutte le donne considerate, la diagnosi di mutazione genetica BRCA è successiva all'esordio della malattia e a un'operazione. Mutate nei geni, mutate nel corpo per il trauma subito, mutanti per il rischio di recidiva. Le donne che hanno già vissuto un'esperienza di tumore al seno e che risultano positive al test genetico, sembrano ricevere la prova/conferma di ciò che hanno già attraversato e che si vorrebbe scongiurare. Gli stralci riportati evidenziano inoltre la dimensione propria dei tumori ereditari, cioè la loro bilateralità e lo sviluppo multiplo.

Io ho scoperto di essere positiva al brca1 un anno fa, e anch'io me lo aspettavo, tanto che avevo già scelto di fare un intervento bilaterale. Sinceramente oggi sono molto contenta della mia scelta, e al momento non ebbi molti dubbi, ma se non mi fossi ammalata non credo avrei mai fatto il test.

Ciao ragazze, dopo aver fatto una mastectomia a dx hanno trovato un altro tumore a sinistra...e quindi altra mastectomia a cui però abbiamo aggiunto anche l'ovariectomia bilaterale. Via anche le ovaie in via preventiva visto che ho il BRCA1. [...] ho 38 anni... e mi hanno trovato il primo cancro a 36 e poi quest'anno. Per le ovaie mi avevano consigliato i 40 anni ma visto che ormai andavo sotto i ferri per la mastectomia... dopo due mastectomie, e chemio, l'idea di ritrovarmi un altro tumore era too much. ho già due bimbi quindi... quel che ho dato ho dato!

Ciao anche io mutata e percorso completato. Ho tolto le ovaie nel 2009 e devo dire che come intervento non è particolarmente invasivo. Sono uscita il giorno dopo e quello dopo già in giro... per quanto riguarda la mastectomia ho inserito gli espansori lo scorso anno anche su seno già irradiato con il primo tumore del 2008... ad ottobre di quest'anno mi hanno tolto gli espansori ed inserito le protesi. I chirurghi plastici mi avevano avvisato che il seno irradiato correva il rischio di essere più duro rispetto all'altro. Lo è, ma non così fastidioso e, pian piano che il tempo passa, va sempre meglio.

Il forum si costituisce come gruppo di auto-aiuto che, con un linguaggio asciutto, fornisce sostegno informativo ed emotivo sulla base di un senso di appartenenza che rende somiglianti e tesse legami e identificazioni speculari. Nel forum viene a crearsi tra le donne la rappresentazione fantasmatica di un *Noi*¹⁰ e di un transgenerazionale verticale che le rende tutte *sorelle* dal dna marchiato e inalterabile. Le sorelle reali, invece, sono per lo più descritte come coloro cui comunicare il marchio ereditario come atto

¹⁰ All'interno del forum le donne, accomunate dalla mutazione genetica e dall'esperienza già vissuta di malattia, si chiamano tra di loro *sorelle* e si accomunano in un *Noi* che sempre allude alla patologia comune, evidenziando la funzione aggregante che il forum svolge.

responsabile nei loro confronti.

Benvenuta nel nostro club...

Da tempo non vi scrivevo, ma siete sempre nei miei pensieri e quando c'è un dubbio mi rivolgo sempre a voi... altro che dottore!

Certo è che è sempre bello confrontarsi tra di noi, si torna sempre con qualche amica in più.

Sei identica a me! stessa altezza e stesso identico peso.

Benvenuta tra noi siamo quasi coetanee... Baci sorellina.

Siamo in tante e siconfondono le storie.

2) *Bestia nel corpo*. Un tumore al seno è già stato vissuto, la Brutta Bestia (BB), così lo nominano le donne che l'hanno visto stabilirsi nelle loro famiglie e nei loro corpi. Tracce evidenti sono le cicatrici fisiche e psichiche che ha lasciato. I percorsi di cura, gli interventi chirurgici demolitivi e le successive ricostruzioni evocano il faticoso lavoro psichico che hanno dovuto affrontare per reintegrare e reinvestire libidicamente le parti del corpo danneggiate.

Il seno sinistro (quello "sano" per intendersi) è bello, mobile. L'altro (quello irradiato) è ancora bello rigido, duro, fisso. All'inizio erano alti uguali, ma ora il seno sano si è abbassato di un paio di centimetri (e ha la tipica forma a goccia), l'altro è rimasto pari pari, a semisfera. Il seno irradiato non mi ha dato mai problemi, è stato sempre ubbidiente, non mi ha fatto mai male.

Visto chela BB mi è sbucata a 26 anni, era molto aggressiva, grande e multifocolare...ho fatto comunque mastectomia bilaterale... a 6 mesi dalla ricostruzione posso dirti che le cicatrici si vedono un po' meno...poi calcola che quella dove han tolto il "seno sano" è più "nascosta" rispetto all'altra...

Il corpo, già segnato dalle cicatrici del precedente cancro, potrebbe tornare a tradire così come il fantasma della malattia può tornare a colpire la *parte ancora sana*, ma potenzialmente malata, perché la minaccia di morte è inscritta nei geni.

Ciao, anche io bracl positiva e tra qualche giorno mastectomia profilattica preventiva al seno che è ancora sano o almeno finora!

E come in un coro, la minaccia paventata viene rilanciata, in forma attualizzata, dalla voce di un'altra donna:

Ancora una volta il fato ha giocato un brutto scherzo. Dopo un anno di quiete è tornata la tempesta. Mi è stato diagnosticato un altro tumore nel seno che era sano. A quel punto non ho

nemmeno aspettato che l'oncologo aprisse bocca. Visto che devo farmi un'altra mastectomia, toglietemi anche le ovaie e basta con le sale operatorie. Quando sarò sotto i ferri fatemi anche l'isterectomia. Così è stato.

3) *Tra incertezza e scelte, la preoccupazione della trasmissione.* Le donne nei forum esprimono il bisogno di condividere l'incertezza diffusa sui più svariati piani dell'esame genetico: dall'attesa dei risultati alla chirurgia profilattica, dalla fiducia nel medico ai risultati sul e nel corpo.

La comunicazione del risultato del test genetico assume connotazioni traumatiche nello psichismo, creando una rottura nei processi di pensiero e di significazione dell'esperienza:

Mentre parlava in una lingua a me sconosciuta, piena zeppa di termini mai sentiti prima, non riuscivo né a fermarla né a porre domande. Ero come imbambolata sulla sedia. Mastectomia preventiva? Asportazione delle ovaie? Conseguente menopausa anticipata? «E poi può essere utile anche per i suoi figli, perché così capiremmo se anche loro rischiano, al cinquanta per cento, di avere un gene modificato». A quel punto mi sono ripresa: rischiano anche i miei figli? Devo sapere.

Le tematiche emerse investono i più profondi piani della salute e della femminilità. I temi della sessualità e della maternità possibile o impossibile, della trasmissione ai propri figli, sono oggetto frequente delle discussioni.

Dopo la consulenza genetica ho pensato bene di parlare di gravidanza con la mia oncologa, non ho figli. Mi ha fatto capire che sarebbe meglio aspettare 5 anni per scongiurare i rischi... Ho anche paura che il mio compagno possa scappare adesso. So che è un pensiero assurdo perché ha dimostrato di amarmi più di quanto avrei anche solo potuto desiderare, ma ora sono completamente nel panico. Scusate lo sfogo, ma nessuno meglio di voi mi può capire. Voi cosa pensate della mia situazione? cosa fareste? io non ho tanta voglia di fare un'altra mastectomia, la protesi sinistra (già definitiva) è pesante e spesso mi dà un fastidio tremendo. E poi le cicatrici... le odio, due non so se potrei sopportarle. Eppure a giugno quando mi hanno chiesto di scegliere tra un intervento conservativo o meno non ho avuto dubbi, ma dopo averlo provato... beh cavolo non è una passeggiata... E poi il sogno di avere un bambino e poterlo allattare almeno un po' anche solo un goccino... Questa malattia di mxxxx mi ha portato via la mia spensieratezza dei 29 anni, i miei splendidi capelli, il mio seno e la mia femminilità (enantone ti odio). Non voglio che mi porti via altro.

Sono un po' preoccupata per la menopausa ma soprattutto qualcuno sa quando si possono riprendere i rapporti? giusto per non dimenticare... grazie!

Certo al momento di scegliere non sai bene cosa ti succederà, sai che inevitabilmente cambierà il tuo aspetto fisico, la condivisione della tua intimità, ma fino a che punto non lo sai,

per scoprirlo devi passarci e viverlo pure questo cambiamento è stato vissuto e continua a esserlo, ogni giorno.

Tra tutte, con forza emerge la preoccupazione di trasmettere/aver trasmesso il “gene matto” ai figli, passando così, attraverso vissuti di colpa, da un’esperienza personale a un’esperienza familiare, caricandosi della responsabilità e della speranza di “spezzare la catena” della malattia, tra questioni legate a ciò che si è ereditato e ciò che si deve restituire, riparare. Un debito da corrispondere.

Nel frattempo ho scoperto della positività genetica che purtroppo c’è anche per altre donne della mia famiglia... e ho pensato “non vorrai mica che quello che sto passando io lo passi anche mia figlia! E poi magari anche la figlia di mia figlia/figlio e per generazioni e generazioni”. Io ho la fortuna di sapere della mia mutazione e di non avere ancora figli e farò di tutto per non mandarla oltre.

Speriamo che la cosa finisca con noi. Speriamo davvero di essere l’ultima aliena della famiglia.

Se per la mastectomia le donne hanno una possibilità difensiva nel trovare vantaggi legati all’estetica, per l’ovariectomia sembra più difficile farne un oggetto di discussioni nei forum. Direttamente agita nel privato, in quanto operazione più “facile” e al contempo meno visibile sul corpo, sebbene provochi ferite inscritte nel corpo e nella femminilità: sterilità, menopausa precoce, sessualità difficile.

Ho chiesto a che taglia mi porteranno e la risposta è stata più o meno «dipende da te, quando non ne potrai più e dirai basta»... l’ho riferito al marito e gli si sono illuminati gli occhi.

Tra qualche anno, perché ora ne ho solo 29, dovrò pensare anche all’ovariectomia (che a me è stata prospettata anche prima dei quarant’anni, che felicità), intervento verso cui adesso ho una fortissima resistenza psicologica, e spero di cambiare idea nel tempo perché è vero che il tumore all’ovaio è insidioso e difficile da diagnosticare, quindi a maggior ragione va prevenuto.

Per le donne più giovani emerge forte il rischio di non poter soddisfare il proprio desiderio di maternità, mentre per le donne che hanno avuto figli e/o sono già in menopausa la decisione appare meno conflittuale.

Non ho bimbi...spero che le mie ovaie aspettino un po’ prima di fare capolino.

Avendo 43 anni e due figli (e non desiderandone altri) il fatto di togliere le ovaie non è stato per niente difficile psicologicamente, non oso pensare come sarebbe stata difficile la scelta se avessi scoperto la mutazione prima di avere avuto figli!

Considerazioni conclusive

Le categorie tematiche emerse dalla ricerca permettono di individuare i significati che ruotano intorno alla mutazione genetica BRCA 1/2 che rimandano a una molteplicità di dimensioni identitarie, gruppali e generazionali, espresse nei forum.

La tematica che abbiamo trattato nei suoi aspetti medici e psichici, parla da sé e investe dolorosamente il corpo, la salute, il mondo interno, le funzioni dell'Io, la possibilità di ripetere e di trasformare la propria storia offrendo allo sguardo del lettore due possibili scenari: il corpo sano a rischio, come nel romanzo di Silvia Mari, e il corpo che ha già esperito la malattia, come per le donne dei forum. Entrambi gli scenari richiedono decisioni, drastiche e difficili, a causa della mutazione genetica che predispone al cancro al seno e/o alle ovaie.

Pensiamo che per nessuno dei due scenari, per quanto entrambi connotati da traumi psichici e fisici, si possa parlare della decisione demolitoria completa come di un acting legato sia al trauma, sia all'angoscia che il trauma si ripeta. L'azione in questi casi ci sembra rispondere a un bisogno profondo e vitale di trasformazione di un proprio destino infausto, di una morte annunciata.

Come abbiamo già detto, vale il principio di autodeterminazione delle donne e la loro libertà di scelta. Ci auguriamo che, di fronte alla complessa dolorosità di questo percorso, la genetica e la psicologia clinica si muovano con protocolli congiunti che donino a entrambi pari dignità affinché il corpo e la psiche delle donne possano essere sostenuti insieme e adeguatamente al fine di non esitare in possibili depressioni. Il bisogno di ascolto delle donne appare chiaro sia nel romanzo della Mari, sia nei forum delle donne citate che fanno funzionare uno speciale gruppo di auto-aiuto. C'è bisogno di orecchie che intendano queste ferite e che supportino senza giudicare, di testimoni attivi in un viaggio che vede corpo e mente quali attori comprimari, non disgiungibili. Non un monologo quindi, ma un dialogo continuo dall'esordio alla scelta e oltre la scelta.

Riferimenti bibliografici

- Andersen, Robin, Thorpe, Jeson, Buist, Diana, Beatty, David, Watabayashi, Kate, Hanson, Nancy, Resta, Roberto, Chubak, Jessica & Urban, Nicole (2014). Cancer Risk Awareness and Concern among Women with a Family History of Breast or Ovarian Cancer. *Behav. Med.*, 25:1-11.
- Augé, Marc (1993). *Non luoghi. Introduzione a un'antropologia della sub-modernità*. Milano: Elèuthera.
- Bates, Carolina Figueras (2015). "I am a waste of breath, of space, of time": metaphors of self in a pro-anorexia group. *Qualitative Health Research*, 25(2): 189-204.
- Barbieri, Gian Luca (2007). *Tra testo e inconscio. Strategie della parola nella costruzione dell'identità*. Milano: Franco Angeli.
- Bion, Wilfred (1992). *Cogitations*. Roma: Armando, 1997.
- Bruner, Jerome (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Caruso, Anita, Vigna, Cristina, Marozzo, Bruna, Segà, Fabio, Sperduti, Isabella, Cognetti, Francesco & Savarese, Antonella (2009). Subjective versus objective risk in genetic counseling for hereditary breast and/or ovarian cancers. *Journal of Experimental & Clinical Cancer Research*, 28:157.
- Coopman, Anne – Laurence & Janssen, Christophe (2006). La maladie génétique au cœur de la fratrie: «tabou» et «secret». *Cahiers de psychologie clinique*, 27, 39-54.
- De Masi, Franco (2002). *Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita*. Torino: Bollati Boringhieri.
- De Simone, Gilda (2008). Edipo e la conoscenza. In Campanile, Patrizio. *Parricidio e filicidio: crocevia d'Edipo. Rivista di psicoanalisi*, Monografie, Roma: Borla.
- Espie, Natacha (2009). Gynécologie psychosomatique: Vivre avec un risque génétique de cancer du sein. *Reproduction humaine et hormones*, 22, 1:17-20.
- Fédida, Pierre (1982). La clinique psychanalytique en présence de la référence génétique. In Fédida, Pierre, Guyotat, Jean & Robert, Jacques Michel, *Génétique clinique et psychopathologie, hérédité psychique et hérédité biologique*. Villeurbanne: Simep.
- Feissel-Leibovici, Anna (2001). *Le gène et son génie: Patient, médecin, psychanalyste face à l'hérédité et au cancer*. Toulouse: Erès.
- Ferraro, Giovanni (2003). Nuove tecnologie mediatiche: la suggestività dei rifugi mentali. *Psychomedia*, Sezione: Memoria e (tele)comunicazione, Area Mass-Media,

1-4.

Freda, Maria Francesca (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica*. Napoli: Liguori.

Freud, Sigmund (1912-13). Totem e tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici. In *OSF*, Vol.7. Torino: Bollati Boringhieri, 1975.

Freud, Sigmund (1915). Caducità. In *OSF*, Vol.8. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.

Guerra, Giovanni & Bartolozzi, Claudio (2011). Comunicare, valutare il rischio, prendere decisioni: per la costruzione del setting della consulenza genetica. *Psicologia della salute*, 3: 29-48.

Hallowell, Nina, Baylock, Brandi, Heiniger, Louise, Butow, Phyllis N., Patel, Deepa, Meiser, Bettina *et al.*, (2012). Looking different, feeling different: women's reactions to risk-reducing breast and ovarian surgery. *Familial Cancer*, 11: 215-224.

Howard, A. Fuchsia, Balneaves, Lynda G. & Bottorff, Joan L. (2009). Women's decision making about risk-reducing strategies in the context of hereditary breast and ovarian cancer: a systematic review. *Journal of Genetic Counseling*, 18: 578-597.

Jeffers, Lisa, Morrison, Patrick, McCaughan, Eilis & Fitzsimons, Donna (2014). Maximising survival: The main concern of women with hereditary breast and ovarian cancer who undergo genetic testing for BRCA1/2. *European Journal of Oncology Nursing*, 18: 411-418.

Kaës, René (1993). Il soggetto dell'eredità. In Kaës, René, Faimberg, Haydée, Enriquez, M. & Baranes, Jean Jose, *Trasmissione della vita psichica tra le generazioni*. Roma: Borla, 1995.

Kaës, René (2007). Per una terza topica dell'intersoggettività e dell'individuo all'interno dello spazio psichico comune e condiviso. *Funzione Gamma*, 21.

Longo, Marco (1997). Per una psicoanalisi della Masse Mediatiche e della Grande Rete. *PSYCHO*, <http://www.psychomedia.it/pm/telecomm/telematic/psanmass.htm>

Longo, Marco (2001). Psicodinamica dei "gruppi mediatici". In Caretti, Vincenzo & La Barbera, Daniele (a cura di). *Psicopatologia delle realtà virtuali. Comunicazione, identità e relazione nell'era digitale*. Milano: Masson.

Losito, Gianni (1993). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Milano: Franco Angeli.

Margherita, Giorgia (2009). *Narrazione e rappresentazione nella psicodinamica di gruppo*. Milano: Franco Angeli.

Margherita, Giorgia (2013). *Anoressie contemporanee. Dal digiuno ascetico al blog Pro-*

- Ana. Milano: Franco Angeli.
- Margherita, Giorgia & Gargiulo, Anna (2014). Attacks on body in the virtual era. An analysis of the phenomenon of blogs pro-anorexia and pro-self-injury. VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Sevilla (España). 14-16 de noviembre de 2014.
- 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(1), 125-137.
- Masson, Anne (2004). Contribution psychanalytique à la réflexion sur l'après-cancer: vers la conceptualisation du statut d'être-à-risque. *Revue Francophone de Psycho-Oncologie*, 2:91-96.
- McCullum, Mary, Bottorff, Joan, Kelly, Mary, Kieffer, Stephanie & Balneaves, Lynda (2007). Time to decide about risk-reducing mastectomy: a case series of BRCA1/2 gene mutation carriers. *BMC Womens Health*, 7:3.
- Meotti, Alberto (2012). Transgenerazionale, destino e resilienza. In Corsa, Rita & Gabbriellini, Gabriela (a cura di). *Corpo, generazioni e destino*. Roma: Borla.
- Neri, Claudio (2007). La verità come fattore terapeutico. *Funzione Gamma*, 17.
- Nicolleau-Petit, Valerie (2009). Les séquelles psychoaffectives après le traitement d'un cancer du sein. *La Lettre du Sénologue*, 44.
- Nunziante Cesàro, Adele (2009). La paura della perdita: riflessioni sulla vita e sulla morte. *La Camera Blu*, 5, 85-92.
- Nunziante Cesàro, Adele (2014). *Chiaroscuri dell'identità. Sessuazione, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli.
- Pilarski, Robert (2009). Risk perception among women at risk for hereditary breast and ovarian cancer. *Journal of Genetic Counseling*, 18(4):303-312.
- Razzaboni, Elisabetta (2010). La consulenza oncogenetica: interventi psicologici nei soggetti a rischio. In Braibanti, Paride (a cura di). *La psicologia della salute tra ricerca e intervento nei servizi sociosanitari, nella comunità, nei luoghi di lavoro e nella scuola. XI Congresso Nazionale*. Milano: Franco Angeli.
- Reich, Michel (2009). Cancer et image du corps: identité, représentation et symbolique. *L'Information Psychiatrique*, 85, 3: 247-254.
- Rositi, Franco (1970). *L'analisi del contenuto come interpretazione*. Torino: Eri.
- Santosuosso, Amedeo (1999). Le categorie della medicina e del diritto messe alla prova. In Tamburini, Marcello & Santosuosso, Amedeo (a cura di). *Malati di rischio*.

- Implicazioni etiche, legali e psicosociali dei test genetici in oncologia*(pp. 181-193). Milano: Masson.
- Serrano, J.A. (1983). Secret partagé... secret formulable en thérapie familiale. *Thérapie Familiale*, Genève, vol. 4,347-358.
- Silvestri, Giorgio (2004). *La medicina predittiva: genetica e salute*. Padova: Piccin.
- Smerecnik, Chris M.R., Mesters, Ilse, Verweij, Eline, de Vries, Nanne K. & de Vries, Hein (2009). A Systematic Review of the Impact of Genetic Counseling on Risk Perception Accuracy. *Journal of Genetic Counseling*, 18:217-228.
- Sontag, Susan (2002). *Malattia come metafora. Cancro e Aids*. Milano: Mondadori.
- Testoni, Ines, Ancona, Dorella, & Ranconi, Lucia (2015). The Ontological Representation of Death: A Scale to Measure the Idea of Annihilation Versus Passage. *OMEGA. Journal of Death and Dying* (OME), 71(1):60-81.
- Tisseron, Serge (1999). *Nos secrets de famille. Histoire et mode d'emploi*. Paris: Ramsay.
- Winnicott, Donald (1963). La paura del crollo. In *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.
- Zaccaro, Antonella & Freda, Maria Francesca (2011). La consulenza genetica: verso un modello integrato medico-psicologico. *Psicologia della Salute*, 1: 11-31.
- Zanardi, Claudia (2012). Solchi generazionali nel corpo femminile. In Corsa, Rita & Gabbriellini, Gabriela (a cura di). *Corpo, generazioni e destino*. Roma: Borla.
- Zinzi, Paola (2004). Psicologia e Medicina genetica. Promuovere la salute secondo l'approccio centrato sulla persona. Da persona a persona. *Rivista di Studi Rogersiani*, novembre: 49-75.

Adele Nunziante Cesàro, Professore ordinario di Psicologia Clinica, Università degli Studi di Napoli Federico II, Dipartimento di Studi Umanistici. Psicoterapeuta e autrice di numerosi lavori tra i quali *Lo spazio cavo e il corpo saturato* in collaborazione con Fausta Ferraro (Milano: Franco Angeli, 1985; Paris: Editions de femmes, 1990), *Chiaroscuro dell'identità. Sessuazione, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica* (Milano: Franco Angeli, 2014). La sua produzione scientifica comprende numerosi articoli in riviste nazionali e internazionali sui temi del genere e della femminilità, dello sviluppo infantile precoce, del sostegno alla genitorialità e della metodologia nella ricerca clinica. adenunzi@unina.it

Adele Nunziante Cesàro, Full Professor of Psycho-Clinic Psychology, University of Naples Federico II. Psychotherapist, authors of several works and among her productions there are *Lo spazio cavo e il corpo saturato* in collaboration with Fausta Ferraro (Milano: Franco Angeli, 1985; Paris: Editions de femmes, 1990), *Chiaroscuri dell'identità. Sessuazione, sesso e genere. Una lettura psicoanalitica* (Milano: Franco Angeli, 2014). Her scientific production consists of several essays on national and international reviews on the themes of sexual gender, child sexual development, parent supporting and methodology of clinic research. adenunzi@unina.it

Daniela Lemmo, Psicologa, Dottore di Ricerca in Studi di Genere. Ha conseguito, presso Università degli Studi di Napoli Federico II, Master di II livello in Assessment psicologico con adolescenti e giovani. Specializzanda in Psicoterapia relazionale e familiare (ISPPREF-Napoli). La sua attività di ricerca si iscrive nell'ambito della clinica della salute con particolare attenzione alla prevenzione oncologica e alle mutazioni e sindromi genetiche. daniela.lemmo@unina.it

Daniela Lemmo, Psychologist, PhD in Gender Studies, University of Naples Federico II. She has a II level University Master Course in Psychological assessment with adolescents and young. Relational and family psychotherapist in training (ISPPREF-Naples). Her research activity field is clinical health psychology with a particular focus on oncological prevention and genetic mutation and syndromes. daniela.lemmo@unina.it