

Da: “IL GRUPPO E L’ANORESSIA”

Relatrice: Stefania Marinelli

Perché parlo di gruppo con questo libro e perché riguarda il nostro corso? Per due motivi principali. In primis perché riguarda il gruppo sociale in senso lato, cioè noi tutti apparteniamo a tanti gruppi da quando siamo creature fino alla fine della vita, non esiste nessuno di noi che non appartenga ad un insieme di gruppi, anche molto diversi tra loro, con significati diversi, con appartenenze diverse. Dunque è una ovvietà dire che una malattia, un sintomo, un disagio è parte del gruppo. Però se poi noi usiamo proprio uno sguardo specifico andando a vedere in che modo avviene il passaggio tra il gruppo e l'individuo, o ancora perché si sviluppa quella determinata patologia in quella determinata società o in più società, come l'anoressia per esempio, qui andiamo anche a dire una cosa: noi possiamo vedere la questione dell'anoressia come una sofferenza, un disagio, a volte una malattia, a volte una grave malattia, di tipo sociale. Ecco: di tipo sociale. Perché? Allora cerchiamo di capire il perché, se è vero che c'è una società che produce di più una patologia rispetto ad un'altra, in un determinato momento storico, piuttosto che in un altro. Oppure possiamo anche fare un'affermazione più generale, ovvero: l'anoressia è una patologia sociale nella misura in cui, ad esempio, alcune categorie di persone, mettiamo le ballerine, le modelle dimagriscono, per cui c'è una ideologia dominante, c'è un ideale della bellezza, insomma chi più ne ha più ne metta, si può dire molto su questo punto. Allora però in questo caso abbiamo cambiato il piano di dichiarazione: non possiamo affermare che se non ci fosse la richiesta delle modelle non ci sarebbe l'anoressia. Quindi da un punto di vista psicopatologico dovremmo cercare di capire perché si sviluppa quella sofferenza psichica invece che un'altra in quella determinata società, che connubio c'è, che legame c'è tra questi due fattori e dal punto di vista della moda sociale possiamo andare a vedere che presumibilmente è una moda, superficialmente, che in effetti cattura una vasta attenzione sociale e motivazione sociale e che questo va anche tenuto in conto.

Il secondo aspetto per cui ho parlato del gruppo e dell'anoressia è perché il gruppo si rivela essere un formato di cura molto efficace, non sempre, non per tutti i pazienti che hanno questo tipo di sofferenza, ma in molti casi. Andiamo

per esempio a vedere, tanto per cominciare il discorso, le istituzioni pubbliche e private: questo è un settore dove c'è molto associazionismo, adesso i servizi di psichiatria territoriali sono pieni di casi di disturbi alimentari, anni fa non era così, adesso c'è una specializzazione dovuta alla crescita enorme di questa malattia, di questa sofferenza, quindi ci sono molti sportelli. Guardate, è stato anche molto difficile formarsi perché lavorare con i pazienti anoressici è estremamente difficile ed è soprattutto estremamente faticoso e frustrante, poi cercheremo di dire il perché. Può essere più facile lavorare con un paziente psicotico che con un paziente che ci depriva, ci frustra, ci fa sentire inutili, quindi è un tipo di dialogo clinico complesso, molto difficile, però adesso quasi tutti i servizi hanno una parte che è dedicata, che è specializzata. Fino a poco tempo fa esisteva solo l'associazionismo, cioè c'erano molte associazioni e parecchie iniziative private che avevano poi uno scopo di cura e spesso anche di radunare i familiari delle pazienti anoressiche. Perché? Perché le pazienti anoressiche mettono a dura prova le famiglie, le madri più di tutto per il contatto quotidiano e per via della preoccupazione materna sull'alimentazione, sulla salute della figlia naturalmente, poi perché c'è un conflitto, cioè l'anoressia insorge di solito nell'epoca adolescenziale, quindi il conflitto materno è più sensibile. Quindi, diciamo, molto spesso quello che succede è che le famiglie sono messe alla prova, le madri ancora di più, i padri spesso tendono a distaccarsi, o più spesso invece tendono a braccare la figlia, a occuparsene esclusivamente loro (questo risale a quando ci sono state tradizioni di collusione tra il padre e la figlia anoressica). Questo capita molto spesso, diciamo che va sempre visto questo aspetto; quando c'è una paziente anoressica molto spesso c'è stata una molestia intrafamiliare o comunque un legame paterno troppo fusionale, spesso collusivo, ripeto. Oppure il padre si defila e rimane la madre con tutti i suoi conflitti. Quindi spesso in queste associazioni quello che viene offerto è il lavoro con le famiglie. Ma andiamo a cercare di vedere perché questa patologia è così impegnativa. Diciamo che la diagnosi di anoressia viene descritta dal DSM IV, e adesso anche dal DSM V, con la sottolineatura della dimensionalità, in una maniera che è stata molto contestata. Perché? Facciamo due esempi:

Il primo è quello della diagnosi stessa. La paziente è dichiarata anoressica quando ha: un certo peso; poi assenza del ciclo mestruale (amenorrea); è sottopeso da "x" mesi; ha una dispercezione della immagine corporea, e altri parametri ancora. Prendendone alcuni, su cui si è accanita la discussione, abbiamo per esempio il fatto che si parli di amenorrea ma che questo non è un criterio valido per i maschi –però anche loro possono essere anoressici. I

ragazzi che soffrono di anoressia sono in crescita, anche se spesso sono più mascherati e hanno un modo diverso di vivere la dimensione anoressica, forse sono meno coinvolti ma hanno la stessa restrittività, la stessa caduta della fiducia, la stessa alimentazione super controllata, la stessa magrezza a rischio, cioè sviluppano delle vere e proprie patologie di questo tipo. Allora dicevamo l'ultimo DSM, il V, mette l'accento sulla dimensionalità, quindi non si ha più una nosografia totalmente categoriale ma dimensionale e questo cambia un po', però è sempre molto difficile categorizzare questo tipo di disturbo, è sempre molto difficile "immobilizzarlo".

Il secondo esempio che vi voglio fare (perché se ne potrebbero fare molti) riguarda il problema trans-diagnostico, cioè la paziente che esordisce in adolescenza come anoressica (o come bulimica, ma continuiamo l'esempio dell'anoressia) è molto probabile che successivamente diventi bulimica, dopo un certo numero di anni, questo indipendentemente che faccia delle cure o no. Cioè per trans-diagnostico intendiamo quell'aspetto per il quale noi dobbiamo rendere ragione quando usiamo una categoria, se quella persona è stata restrittiva per tanto tempo e poi diventa tendente all'abbuffata, ha le condotte espulsive come il vomito, le dissenterie autoindotte etc, allora non riusciamo a categorizzare in modo univoco. Vi ho fatto questi due esempi per farvi capire come noi dobbiamo usare i manuali diagnostici come una traccia perché è utile per comunicare, per il sapere, per il rendersi conto, però con molta cautela. È presente anche una letteratura che ha criticato le dimensioni del DSM.

Io ora farei una piccola descrizione di base per chi non è al corrente di questi temi che ho accennato in maniera preliminare. La condizione anoressica solitamente insorge in adolescenza, però non è detto. Esiste sia una anoressia infantile, che a volte viene confermata in adolescenza a volte no, a volte era quella mamma con quella bambina che creavano una non buona relazione alimentare, che però non verrà confermata nel seguito. La Prof.ssa Silvia Cimino ha fatto ricerche per anni con il gruppo del Prof. Ammaniti, e ha tanti video molto interessanti su questa alimentazione in epoca anche precoce, anche proprio post natale fino a verso i due - tre anni, insomma in diverse fasce di età, in cui si vede l'interazione madre-bambino durante i momenti alimentari. Di solito la coppia madre-bambino è al corrente delle riprese, ha dato il consenso, questo aspetto naturalmente va valutato. Però poi si assiste sicuramente a qualcosa di piuttosto spontaneo, essendo quelle madri rivoltesi al servizio in difficoltà durante l'allattamento o nello svezzamento o nei momenti del pasto; allora lì si vedono veramente molte interazioni, si vede

quella mamma che è ansiosa, quella che è insistente, quella che è fredda, quella che è spaventata di stare in un posto in cui sarà giudicata, si vede quella che è amorevole verso la figlia o il figlio e quindi è molto tollerante rispetto al fatto che mangi o non mangi, e quindi questo fa una bella differenza. Sono stati anche effettuati dei follow-up da questa équipe di ricerca e soprattutto adesso stanno cercando di vedere anche come arrivano all'adolescenza questi bambini, se sottopeso o se con difficoltà ad accettare il cibo oppure no, e spesso è no. Poi ancora non è stata presa posizione da parte loro, perché non è facile, la ricerca è longitudinale e molto complessa. Però insomma alla fine sembra di fatto, e anche la clinica ci dice questo, che l'epoca infantile e le problematiche infantili non sono sempre in linea e non sono uguali a quelle degli adulti. I bambini hanno un altro metabolismo, hanno un'altra maniera di approcciare i loro problemi, hanno un'altra maniera di ammalarsi, cioè l'età pediatrica davvero è diversa dalla medicina dell'adulto. E quindi anche nel campo dell'anoressia sembra confermato questo: un'anoressia infantile non è detto che esiti in una vera anoressia successiva. A volte è il sintomo di uno squilibrio della regolazione tra madre e figlio, un problema diciamo così, adesso è molto trend dire che c'è un problema dell'attaccamento, oppure qualche problema familiare, della coppia dei genitori (ad esempio la coppia genitoriale confligge ed è noto che i conflitti nella coppia dei genitori sono vissuti dai bambini con un enorme spavento e con una enorme perdita di stima e sicurezza della loro condizione di vita). Quindi molto spesso il non mangiare diventa quel sintomo che è stato messo lì per denunciare qualcosa, per esprimere una scontentezza oppure per via di, non so, una mamma molto invadente, molto intrusiva, che comanda, pretende, si aspetta molte cose, è molto narcisistica allora "quella sta lì con questo cucchiaino e quello lì casomai chiude la bocca a serranda e non la apre proprio più per niente con la madre e deve mangiare con la tata". Cioè succedono veramente molte di queste cose, quindi come vedete la parola anoressia è un po' complicata, insomma. Infine esiste l'anoressia senile, quindi in un'epoca molto successiva, e naturalmente l'anoressia dei giovani adulti.

L'anoressia, se è veramente conclamata come tale, è una malattia grave, gravissima ma diciamo, invece, quello che si trova di più è tutta una gamma di fenomenologie che rientrano nel campo. Adesso sono stati studiati tutti i Binge Eating Disorders, varie forme di bulimia, di condotte irregolari che variano moltissimo tutto il panorama. Noi ci occuperemo soprattutto di fare

¹ Altro testo consigliato sull'argomento: "Liberi legami" di Silvia Corbella.

una piccola affermazione che è la seguente: ci atteniamo alla categoria dell'anoressia che sicuramente è la più preoccupante, anche se da certi punti di vista anche quella bulimica è una posizione preoccupante, però dal punto di vista dell'apporto alimentare sicuramente fa più paura una restrittività che sembra isolare il soggetto dalla realtà. Sembra che vada più incontro a malattie psichiche più gravi, però poi è da vedere se veramente è così. Allora la paziente anoressica comincia in adolescenza, si accorge che deve fare un passaggio "puberale", cioè si accorge che il suo corpo cambia, si svilupperanno dentro al suo corpo gli attributi della femminilità e della fertilità in quel momento, ossia in quello del menarca (la prima mestruazione), potrebbe non essere assolutamente pronta a fare fronte a tutti i conflitti che questo comporta. Il conflitto infantile, cioè salutare la famiglia; il conflitto con la madre: la figlia fiorisce la madre sfiorisce oppure la figlia si acciappa tutti gli uomini di casa e la mamma viene messa da un lato. Come dire conflitti di questo tipo, che caratterizzano anche le altre specie animali, succedono spesso. Oppure nasce un problema identitario, e anche questo è un versante interessante: quando il mio corpo cambia, cambia anche la mia fertilità, la mia posizione in famiglia. Oggi ho visto un pacientino simpaticissimo che è veramente bravo, ha un sintomo, una sua nevrosi, però è veramente molto carino, molto intelligente e piuttosto sano alla fine, ha un pezzettino che non va però. Allora gli ho detto "Ho saputo dopo tanto tempo che viene qui, solo adesso, che lei ha avuto un problema alla nascita, un'esperienza asfittica, insomma è importante, come mai non me lo aveva mai detto?". Da lì ci mettiamo a parlare, perché lui è giovanissimo quindi si parla in maniera molto così, come sto parlando adesso qui, ecco non è che sto a fare proprio "la statua psicoanalitica", no? Non sarebbe accettato da questo ragazzo. Quindi parliamo abbastanza alla mano e lui sembra piuttosto distante dalla psicoanalisi, dal ragionamento psicologico, è tutto "palestra-famiglia-e-si sta bene" dunque con un linguaggio molto concreto. E invece si è scoperto che ha un'intelligenza psicologica molto notevole e allora lui oggi si è espresso così: io gli dicevo "Sua madre le ha detto che lei stava seduto e non voleva nascere e hanno dovuto fare un cesareo perché non voleva nascere; si vede che fin dall'inizio lei è arrivato nel mondo con questa sua preferenza per l'antico, la tradizione conservatrice". È un ragazzo molto conservatore, le cui origini sono di un paesino del meridione. Le cose nuove lo disturbano, l'università l'aveva sconvolto all'inizio, adesso che si sta per laureare ha il terrore, perché le cose nuove lo spaventano. "Si vede che per Lei venire al mondo è stato.. si vede che dentro la pancia ci stava bene. Ci sono quelli che invece hanno avuto una madre ansiosa in gravidanza, o una madre con

problematiche parto o che ha vissuto un lutto o un conflitto col marito durante la gravidanza... Ci sono gravidanze che non vanno bene. Invece la sua..”. Lui mi ha risposto “Lo credo! Tutto servito e riverito, dentro!”. Ecco, vedete: sembra una battuta eppure il paziente ha colto ed espresso tutto il funzionamento intrauterino (la placenta, la respirazione, la nutrizione...): è tutto garantito. E lui sembra così distante, e dice quando interpretiamo un sogno “dottoressa, non parafrasiamo troppo”. Questo paziente preferisce il linguaggio concreto.

Allora: però quando si presenta la novità dell'adolescenza non c'è più niente di garantito. Io devo prendere la mia valigia, metterci dentro i panni che ho accumulato negli anni di vita che ho vissuto e mettermi in marcia: devo camminare. Le fiabe sui riti iniziatici sono molto efficaci in questo senso. Noi esseri umani, rispetto agli altri animali che se ne vanno via presto dai genitori, stazioniamo molto a lungo in famiglia. Ormai adesso con la crisi economica e gli affitti impossibili ci stiamo ancora più a lungo in famiglia e manteniamo ancora più a lungo la dipendenza. Però il corpo e la mente stanno per guadagnare l'indipendenza. Allora vediamo il gruppo degli adolescenti che si autonomizza, che fa rivolta in famiglia, che cerca i pari... con tutto un insieme di nuove risorse. La paziente che sta sviluppando una anoressia invece reagisce negativamente, inizia a piangere il corpo, perché dimagrisce, così non si vede più niente, spariscono il seno e tutte le forme e le rotondità perché non mangia e dimagrisce. Non deve raggiungere un certo peso, deve stare al disotto perché la bellezza è essere magra. “Bello è magro”. Spesso si accompagna anche la dispercezione dell'immagine di sé, che è stata molto studiata. La ragazza anoressica, sotto peso davvero, si guarda allo specchio e si vede grassa. Spesso compare una componente di ossessione, anche molto grave. Qui in facoltà è stata svolta una bella ricerca da Aglioti, molto competente, che ha studiato neuroimaging applicata a pazienti con disturbi alimentari. Spesso dunque possiamo notare che queste pazienti sviluppano un aspetto dispercettivo, una sorta di alterazione dell'immagine corporea. Nelle prossime lezioni cercheremo di capirne il motivo. Dunque la persona che sta sviluppando questo atteggiamento può, dato che ha questo ideale di magrezza, ridurre il corpo e ridurre la presenza. La funzione di questo dimagrimento, l'obiettivo, è quello di occupare meno spazio possibile. Quindi quasi sparire, piangere il corpo che non è più rotondo e femminile, coincidere quasi con la propria ombra. A volte quando la patologia è spinta ci sono casi davvero seri. E naturalmente c'è anche l'isolamento. Chiaramente, la paziente

che non vuole mangiare non vuole nemmeno vedere gli amici davanti ai quali dovrebbe far vedere che non mangia. C'è una perdita psicologica e relazionale molto seria. Le conseguenze sono a catena. Poi c'è un altro aspetto che preoccupa in adolescenza: questa patologia se è patologia, disagio se è disagio, sofferenza se è sofferenza, molto spesso si presenta in termini così concreti che la famiglia non è in grado di capire e di vedere che si sta sviluppando un problema di ordine psichico e di quale entità. La famiglia spesso pensa di dover solo portare la ragazza dal dietista... Insomma lo avvertono con molto ritardo, oppure alcuni genitori al contrario con anticipo eccessivo, quando devono scaricare magari un'ansia a loro volta. Quindi è molto difficile stare vicino a queste pazienti con questa sofferenza e anche valutare se è una condizione passeggera o meno. Poi è difficile capire che andamento ha e come intervenire. E' complicato. Però io ho visto, in un'associazione in cui ho lavorato e in cui si vedevano molte pazienti con le loro famiglie, che i genitori il più delle volte erano totalmente insensibili, non capivano. I genitori delle pazienti anoressiche non hanno molto spesso la capacità di sapere che stanno in un problema psicologico, negano fino alla fine che il problema che riporta la ragazza sia di ordine psichico, non nutrizionistico, sociale o educativo. Anche se a volte la semplice riabilitazione funziona, o funziona in quel momento.

Sofia: “Mi scusi, ma questa negazione avviene anche di fronte alle situazioni di totale ed evidente deprivazione fisica della ragazza, anche nelle situazioni “pelle e ossa”?

Professoressa: Purtroppo sì. Se la dispercezione c'è ed è grave, purtroppo sì. C'è il caso di una persona realmente a rischio che si vede grassa.

Sofia: “Mi riferivo al fatto che i genitori negassero che ci si trovava di fronte a un problema psicologico”

Professoressa: Sì, è questo il punto. Molti dicono ‘Vabbè, ma facciamola mangiare!’. Purtroppo se la ragazza ha deciso che non vuole mangiare è inutile che metti il sondino, tanto il mese dopo ricomincia. O si inaugura un altro funzionamento, oppure non se ne viene a capo. I ricoveri che naturalmente si è obbligati a fare non sono sempre fortunati, perché o la famiglia collabora oppure è un problema. La famiglia di solito ha un problema nel riconoscere perché questa figlia che fa così mette in discussione tutti gli equilibri e gli assetti di tutta la famiglia. Spesso infatti vengono fatte le terapie familiari.

Giulia: “Io ho un’esperienza relativamente vicina: conosco una mia amica che ha una sorella anoressica che però secondo me è più problematica perché è mossa da principi etici. E’ vegetariana, non mangia carne, non mangia neanche cereali. Dice di essere così per questo motivo. Le sue motivazioni sono diverse. Mi chiedevo: come si fa in questi casi?”.

Professoressa: Ecco, questo è un ottimo esempio della questione. E difficile: la patologia viaggia in modo strisciante, è difficile capire quello che c’è dietro, la sua profondità. Potrebbe trattarsi di una disregolazione funzionale, utile a ricollocarsi nell’adolescenza, ad aspettare, a protestare contro qualcosa, oppure potrebbe trattarsi di una cosa gravissima e mascherata, dove già è stato fatto il sacrificio di ciò che è corporeo a favore di ciò che è mentale: la filosofia, la religiosità, il misticismo... Ci sono molte di queste forme sublimite. “Lo faccio per questo, lo faccio per quest’altro...”, e allora si va strutturando una caratterialità e allora... Beh io non sto parlando della sua amica. Quello che dico è che questo che ha riportato è un esempio tipico e che bisogna stare molto attenti, come sempre con gli adolescenti. Non si sa se è l’adolescente, che è adolescente e basta, e sta usando questo perché ha a disposizione solo quel metodo lì...

Giulia: “questa ragazza ha trent’anni però”

Professoressa: “Ah, è una forma conclamata. Ma in equilibrio o è in ospedale un giorno sì e l’altro pure?”

Giulia “No, adesso è in ospedale. Sono 15 anni che è anoressica. E non si è ancora trovata una soluzione. Io non saprei come aiutarla. Non so se si può parlare di multifattorialità. Ma la questione è: che fare? Per lei è una questione filosofica, etica. Lei vuole rispettare i suoi principi etici e quindi mangia solo semi, solo alcuni alimenti. Infatti pesa trenta chili. In questi casi come si può agire? Sembra che non ci sia una soluzione”.

Professoressa: Guardate, io non sono molto ottimista su queste cure. Chiaramente non possiamo qui in aula sviscerare questo caso. Però una cosa va detta: queste malattie, quando sono malattie, non comportamenti, non superfici ma sono malattie, sono longitudinali, possono durare tutta una vita, anche dal punto di vista sintomatico. La faccenda interessante è capire cosa possiamo fare con queste persone. Premettendo che questa malattia dura nel tempo, non è vero che se a queste pazienti fai una cura poi loro guariscono, anzi dimentichiamocelo. Quelle posizioni prese dalla ragazza che lei ben descriveva sono rocciose e soprattutto: spesso sono rocciose perché

nascondono un vuoto di strutturazione psichica. Cioè: io non ho un'identità forte, ben congegnata, non ho sviluppato i mezzi per campare come soggetto. Mi acchiappo quello che posso e vado avanti pure definendomi come anoressica, seguendo i principi morali legati all'alimentazione. E' una forma di coesione, dato che non ne ho una migliore basata su un buono sviluppo psichico. Naturalmente c'è anche una funzione positiva dell'ammalarsi: in primis perché può appunto dare un'identità, poi perché mi aiuta a separarmi dalla famiglia, mi prendo l'anoressia così almeno non sono la cocca di mamma...o di papà... C'è un articolo di Francesco Comelli su *Funzione Gamma* che parla di questo. E' molto bello ciò che scrive: alla fine ammalarsi di anoressia segna anche l'inizio della guarigione. 'Io mi ammalo perché finalmente faccio qualcosa per me, non sono un pezzetto della testa o della pancia di mia madre. Questa la faccio io. Mi rifiuto di mangiare quello che mi dà mamma. Sono io'. Vedete però che sofferenza se sono costretta a fare tutto questo; però è un timido tentativo di indipendenza. E fa la differenza se io che sono il curante ho questa visione o no. Se ho questa visione intanto sono un po' più ottimista e ho un po' di fiducia, e poi colgo un vero funzionamento. C'è un'autrice di nome Joyce McDougall che ha scritto "I teatri del corpo" (anche "I teatri della mente"). Lei mette in evidenza questo fatto, riportato anche nei casi clinici: i pazienti che si ammalano di malattie psicosomatiche spesso anche pericolose, come la corea addirittura, riescono a guadagnare un'indipendenza che non erano mai stati in grado di ottenere partendo dal rapporto con la madre. Il mondo primario è quello materno. Se io già sono arrivata al mondo del padre già sono un po' più accompagnata verso la realtà. Se invece io sproffondo nelle mie relazioni remote, primarie, materne la questione è un po' più complicata. Quello che l'autrice dice è che i pazienti psicosomatici spesso 'inscenano' nel corpo delle malattie che li portano anche a soffrire molto naturalmente, a questo scopo. E' una posizione, la si può condividere o meno, ma è molto interessante, così come è interessante usare quest'ipotesi applicata alle pazienti anoressiche. Mi ammalo per cominciare da qualche parte a rifiutare di essere uguale e simbiotica, per cominciare a differenziarmi.

Per quanto riguarda le soluzioni (*anche in risposta alla domanda di Giulia*): la prima è quella di capire che c'è un 'accompagnare nel tempo'. Lo psicologo clinico deve essere tanto paziente quanto tempestivo nel suo intervento. Non deve lasciare che la malattia si insedi ma allo stesso tempo non deve avere la pretesa che la questa malattia passi da sola e presto e del tutto, anche se mantiene una fiducia (ma non troppo in vista!). La seconda cosa da fare è

capire l'utilità che hanno queste patologie. Io ho un paziente che ha degli ideali molto rigidi, così rigidi che poi chiede a se stesso delle prestazioni così alte che non riesce più a lavorare e a seguire la sua vita. La cosa che si è notata è che i suoi ideali e le sue aspettative erano tanto più alti, rigidi e potenti quanto più lui si era sentito impotente da piccolo con i suoi genitori. Probabilmente la paziente anoressica contrappone a un dispositivo interno carente, la fermezza e la potenza della sua decisione, per esempio "io non ho bisogno di mangiare". Se io padroneggio i miei istinti, se la mia mente vince sul mio corpo, la mia volontà vince sul mio istinto, il mio carattere è più forte del desiderio: ecco si nota quante funzioni svolge questa scelta. Lo psicologo deve ricostruire il perché di questa scelta. Non sempre però la può andare a toccare, perché se quella struttura che la paziente ha costruito copre un vuoto e quel vuoto è insopportabile io non posso gettare subito o del tutto la paziente dentro il suo proprio vuoto. Dunque bisognerà valutare se e quando il soggetto può entrare in contatto col suo mondo, anche quello precedente all'adolescenza.

Giulia Cr. : "Professoressa, lei ha dato una visione anche più propositiva del palesarsi della malattia, però allo stesso tempo all'inizio della lezione ne ha parlato e ha presentato l'anoressia anche come la possibilità-necessità di occultare una collusione o anche una molestia all'interno della famiglia. Quindi il disturbo alimentare effettivamente svolge una funzione a livello familiare e non solo a livello identitario. Forse potrebbe essere più complesso il punto di collegamento tra l'individuo e la società.

Professoressa: Sono assolutamente d'accordo. Non è un caso che gli studi familiari sono molto utili in questo campo. I sistemici familiari, che hanno tante scuole diverse, o la psicoanalisi familiare quando c'è - in Francia c'è ma in Italia non è organizzata come tale, mentre gli Inglesi non la praticano proprio, curano con un setting diverso: vedono le coppie, vedono i figli, non vedono tutti insieme. I sistemici familiari per esempio, dato che non tutti possono fare psicoanalisi, ricollocano il soggetto insieme a fratelli e genitori, vanno a discutere i conflitti... Così la paziente può starsene con i suoi oggetti perché non è messa direttamente in discussione, può stare con i suoi oggetti interni, sentirsi più coesa con se stessa e vedere che i conflitti ce li hanno anche gli altri, può vederli rispecchiati. Comunque questa cosa che lei sottolinea non è solo vera ma anche molto drammatica, perché molto spesso il problema dell'identità e dell' "incestualità" familiare è lo stesso. 'Io non ho potuto sviluppare la mia identità perché sono stata molestata, violentata, aggredita..., e la mia identità è andata in pezzi', soprattutto in età precoce,

quando il soggetto non è in grado di sapere come svilupparsi e ha bisogno di fiducia nel suo ambiente e di esserne riconosciuta, vista nei suoi bisogni reali. Ma esiste anche un aspetto più blando della questione. Ognuno di noi ha sicuramente sentito, quando ha fatto le penne all'arrabbiata al proprio padre, che la mamma si è ingelosita perché il papà ha detto 'quanto sono buone'. Queste triangolazioni sono anche molto comuni. Bisogna vedere il grado, la quantità e soprattutto il significato delle collusioni. A volte sono utili, il piacere e la gelosia sono anche sentimenti vivi, efficaci, che nutrono le relazioni, Ma molto molto spesso queste pazienti sono portate da padri (in terapia) che in realtà le vogliono talmente 'proteggere', che è come se dicessero: 'Questa è la mia fidanzata, nessuno la deve toccare. Ora te la dò, ma neanche sono sicuro che te la dò, e comunque ti controllo tutto il tempo per vedere quello che fai'. Immaginiamo che razza di cura che può uscirne fuori. Nessuna! Oppure vanno tutti e tre però la madre sta lì combattuta tra l'amore per la figlia e il fatto di sentire che c'è questa funzione ibrida, nascosta, segreta, o esplicita, dell'unione con il padre, con il marito, oppure lei stessa collude perché vede che c'è una parte seduttiva della figlia verso il padre e a lei magari fa piacere. Ci possono essere molte configurazioni relazionali e sono tutte piuttosto pericolose se non evolvono verso forme più mature e riconosciute. Quando in una famiglia non ci sono ruoli chiari, definiti...Vi faccio un esempio: io ricordo una paziente che sognò una tavolata in cui tutti erano al posto di tutti, nessuno stava al posto che in famiglia tradizionalmente si prendeva a tavola. Questa ragazza mi aveva dato un messaggio molto importante della confusione familiare. Nessuno era ben delimitato, nessuno aveva un sé psichico ben chiaro a se stesso e agli altri, ognuno sta nella testa dell'altro. Questo ovviamente può arrivare fino alla psicosi. Incontreremo nelle prossime lezioni Andrea Narracci (capitolo del testo d'esame sulla psicoanalisi multifamiliare) che ci riporterà la sua esperienza con i pazienti psicotici e i gruppi multifamiliari (pazienti, genitori dunque più nuclei familiari insieme). Ci spiegherà come la mente dello psicotico sia totalmente interconnessa con quella della madre in quanto non ha mai sviluppato una propria mente ma è abitato dalla mente della madre, in maniera psicotica, fino a perdere il senso della realtà. Naturalmente anche con l'anoressia si può avere anche questo aspetto, a volte però! Ma non è affatto detto che sia sempre così. A volte si tratta solo di aspetti nevrotici, fobici, ossessivi... E il clinico lo deve sapere. Io penso che quando c'è stata una collusione del padre.... Beh c'è una cosa che io in tanti anni che ho studiato non ho mai capito, non ho mai capito di che si tratta: spesso, molto spesso, queste ragazze sono bellissime, donne molto belle e intelligenti. Spesso in questi casi c'è stata

una collusione del padre o spesso lui si è appropriato della bellezza e della seduttività della figlia per combattere all'interno della coppia o con altri fratelli. Allora lì i pasticci sono infiniti: la figlia che crede di essere amata invece è usata e manipolata. Allora si capisce perché la ragazza anoressica congela il suo sistema. Meglio un cristallo che una situazione invivibile. Allora si cristallizza tutto. Mi arrocco in un mio ideale...

Un altro aspetto importante è: che destino ha la relazione della mente con il corpo? Se io tutto il tempo sto potenziando la mente a svantaggio del corpo, il corpo in primis deperisce. Manca il potassio al cuore, i denti si corrodono se vomito spesso, ci sono le tipiche pratiche di vomito autoindotto, si prendono le erbe per praticare dissenteria, la ginnastica.. Quindi la magrezza viene mantenuta con queste metodologie. La pelle che ha fatto l'organetto tutto il tempo diventa asfittica, non ha le sostanze nutrizionali che servono. La vita è a rischio. Il corpo non è concepito come attraente ma come punito. Viene concepito come sede delle pulsioni pericolose e rifiutate, dei desideri e la paziente li deve dominare. Il corpo va eliminato, perché è schifoso. Poi c'è da dire che c'è un conflitto: queste pazienti non sono insensibili alla sessualità, a volte è esattamente il contrario. Inoltre il dialogo viene completamente ridotto. Perché non ha bisogno di niente, tanto meno dello psicologo. Per riprendere la domanda che mi è stata fatta: che si può fare con queste pazienti? È incredibile come questo sia il controtransfert che vive il terapeuta mediamente: il clinico sente che se si mette da un lato fa pure meglio perché non conta niente, dà fastidio, la paziente ha un freddo tremendo pure ad agosto durante la seduta....(e questo già va bene), o semplicemente non sente e non vive le sensazioni. È interessante e affascinante però vedere come la mente del curante riesce a ricostruire le vicissitudini dello sviluppo di quella personalità e a ricostruire i dialoghi che quella paziente apparentemente congelata in realtà fa con se stessa attraverso l'espressione di quel congelamento. Io nell'ascoltare questo silenzio, questo ghiaccio, questa deprivazione in realtà alimento dentro di me una serie di condizioni che forse riesco a rintracciare del suo funzionamento, se riesco a rintracciarle.

Una cosa importante (la vedremo al convegno che tratta gli argomenti presenti nel libro "Anoressie: Patologie del Sé corporeo") con queste pazienti è non andar loro appresso dal punto di vista mentale. La ragazza prima parlava dell'ideale filosofico, religioso... L'analista se è intelligente non si fa ingannare da questo aspetto, cerca piuttosto che siano risvegliate le sensazioni vive, quelle rinnegate. La paziente ha fatto una scissione fra mente e corpo, ha usato un meccanismo di difesa estremamente primitivo; su

negazione e scissione basa la sua vita e il suo sviluppo, nonostante siano meccanismi totalmente inadatti a fronteggiare le difficoltà della vita. È una persona, la paziente anoressica, che dal punto di vista evolutivo è sempre in coda, annaspando, soffrendo, perché usa un meccanismo di difesa improprio. Quello che noi dobbiamo fare è riconoscere queste difese e farne usare sempre di meno, o aiutare la loro evoluzione e invece far comparire le sensazioni. Dunque la riacquisizione del Sé corporeo. E' perfetta la descrizione di Ciocca di una sua paziente che arriva in seduta e dice. "Ho sonno". Lui sobbalza di gioia perché la paziente è in grado di sentire, di riconoscere, di ammettere che la percezione c'è. Altrimenti siamo di fronte a soggetti anestetizzati, il loro corpo è come se non ci fosse.

Sofia: "Lei ha iniziato facendo un discorso sull'anoressia anche trattata e affrontata nel gruppo e mi chiedevo a proposito di quello che stava dicendo adesso del controtransfert che è molto forte e frustrante e anche della pericolosità di essere trascinati dal paziente anoressico nel suo modo di ragionare..... A livello di gruppo questo non è ancora più forte essendoci concretamente più persone? Come si fa in questa specifica situazione?"

Professoressa: Anche questa è una gran bella domanda. Il rischio esiste. C'è un bellissimo articolo di Jaffè che descrive un gruppo di adolescenti anoressiche proprio all'inizio, di 13-15 anni. Lui, psicoanalista di gruppo, voleva fare un gruppo psicologico, mentre le pazienti andavano lì e contavano le calorie tutte insieme, si sostenevano facendo questo. Dopo un po' di tempo che contavano le calorie, che si chiedevano "tu come vomiti, tu come mangi.." e che l'analista era pure affranto, non ce la faceva più, si sviluppava infine lentamente un discorso un po' più simbolizzante, di cognizione delle cose, e lui era molto contento. L'autore descrive con molta frustrazione che quando questo avveniva ma entrava nello stesso momento una nuova paziente, (visto che era un gruppo semiaperto, nel caso in cui per esempio una ragazza usciva o abbandonava il gruppo) le ragazze ricominciavano con la conta delle calorie ecc... Ricominciavano tutto da capo, come se non avessero fatto niente per mesi. Lo psicoanalista afferma che era proprio un rituale mortifero. Allora si amplifica il problema. È inutile negarlo. Il problema esiste. Naturalmente se il gruppo ha un buon dispositivo che lavora bene si spera anche di far funzionare altri aspetti e di mantenere un funzionamento law, come diciamo, ma che riafferma la fiducia.

C'è una fase iniziale che è quasi una luna di miele delle pazienti anoressiche nel gruppo, perché sentono che loro sono finalmente capite, che hanno una

grande potenza perché sono come un popolo specializzato, gli altri non sanno quanto loro sono brave; costruiranno un nuovo paese, un nuovo villaggio, un nuovo mondo. C'è una specie di entusiasmo nell'essere finalmente capite e legittimate, perché qualcuno le ha pensate come un gruppo con quella caratteristica, che dà loro identità, appartenenza e rispecchiamento; cominciano a dirsi delle cose che non direbbero mai agli altri, cominciano a riconoscersi l'un l'altra e cominciano a sviluppare sogni e temi condivisi. Si inizia cioè a sviluppare un terriccio comune e allora una volta che si crea questo sé di gruppo, esso evolve. Tutte si sentono allineate lungo una volontà comune. Ecco, io non sono molto ottimista ma comunque i primi tempi che lavoravo in questa associazione uscivo sempre confusa e magari con un mal di testa. Dopo ho imparato, ma almeno per un anno facevo la seduta per un'ora e mezza e uscivo con un mal di testa. Questo voleva dire che c'era un ingorgo di frustrazione e un eccessivo sforzo di comprendere – o sostenere il vuoto incomprensibile. Piano piano la comunicazione si è fluidificata, l'ostilità si è attenuata, il clima di terrore e sospetto che io volessi cambiarle, che non fossi d'accordo con i loro metodi, che volessi dare loro i farmaci o le volessi far mangiare si era attenuato, i genitori ogni tanto andavano all'associazione e cercavano di capire e di impegnarsi.... E sì, stia tranquilla, queste cose il gruppo le risolve. Poi è inutile negarlo, il problema esiste. È chiaro che il tutto dipende da quanta esperienza abbiamo e da quanta anima ci mettiamo, quanto ci facciamo carico. A volte sono meglio i pazienti più gravi ma più riconoscibili rispetto a questi stadi più introversi. È più difficile lavorarci....

Altra ragazza: “Siccome credo che questa sia una malattia anche egosintonica, per cui la ragazza vuole mantenere quel peso ecc... come arriva in consultazione una ragazza anoressica?”

Professoressa: Grazie di tutte queste belle domande che aiutano a ragionare. In effetti è così: il più delle volte la ragazza arriva in consultazione perché la madre non ne può più. Se la famiglia si è esasperata la porta. E da lì non prendete molto fino a che non riuscite a far sentire, capire, sapere. Vi ripeto: molto è di aiuto la terapia familiare, perché a volte queste persone viste con la famiglia, se c'è una carenza identitaria dei singoli membri, possono sviluppare un discorso comune che permette lo sviluppo del singolo. Ma comunque ci vogliono anni e anni e non sempre si concludono positivamente. La famiglia è sfinita. Al Bambin Gesù c'è un servizio gratuito molto attivo con équipes che lavorano a pieno regime: c'è lo psichiatra, il nutrizionista, il farmacologo, il terapeuta familiare...che segue per anni molti casi e gli operatori fanno una formazione permanente.

A volte invece c'è un conflitto, c'è un innamoramento, c'è una perdita, c'è un lutto ed è la paziente che si decide a chiedere aiuto. Altre volte si può sviluppare un'omosessualità e quindi i genitori si allarmano. Le pazienti che vengono da sole dicendo di avere una certa motivazione sono spesso poco credibili. Forse quando vengono con la famiglia riescono a inscenare meglio il problema. Quando vengono da sole e dicono di volere qualcosa è difficile che il terapeuta non si faccia manipolare dalle sue richieste. Poi, la volta dopo però sparisce. Perché già la comparsa della possibilità di cura fa terrore. E spesso sotto c'è anche un aspetto manipolativo e controllante, non solo sul corpo ma anche sulle relazioni. Anche quando il paziente arriva da solo serve un occhio sulle cose. Ma comunque quando i pazienti sono molto giovani arrivano spesso accompagnati dalle famiglie. Altro discorso si deve fare per le pazienti bulimiche perché lì la richiesta di solito è "voglio dimagrire". Allora lì si prospetta un paesaggio più complesso. Le pazienti bulimiche hanno più risorse, "mangio mi diverto, sono erotica, lavoro, mi dà da fare..." però a volte c'è uno stato di freddezza sottostante. E di vuoto a volte disperato. Una lancia però va spezzata a favore delle pazienti anoressiche: se voi siete state generose a lavorare con queste pazienti, a volte vi viene restituita una grande tenerezza, una grande gratitudine, una vera collaborazione. Compare in seduta il sonno, la fame, la sensazione, il corpo, compare la sessualità. Questo è positivo e ci dà fiducia nella prognosi, che non è sempre così infausta. Apparentemente invece le bulimiche sembrano le favorite. Però non è detto perché a volte si va si va si va... poi arrivati a un punto c'è la necessità di ammettere che c'è un problema identitario, quando la paziente è dimagrita e non ha più il grasso che la proteggeva dall'esperienza dalla realtà, non si sa se c'è la possibilità di ricostruire un sé relazionale. A volte sotto ci sono degli aspetti molto problematici. Tutto questo però è molto generico: quello che conta è lo studio di quella soggettività, di quel paziente. Lo studio di queste categorie diagnostiche serve per iniziare a parlarne.

[A seguito di una breve pausa, la Professoressa legge un brano tratto da un testo da lei scritto e presenta un caso clinico e delle suggestioni che permetteranno agli studenti di fornire alcune osservazioni (da *Il gruppo e l'anoressia*. Un sogno per sei. Cortina)].

"...Io non sono una studiosa di Jung, non lo uso molto ma mi avvalgo di alcune sue concezioni perché, vedrete poi dallo stralcio della seduta, quanto sia importante anche essere eclettici in terapia (da *Il gruppo e l'anoressia*. Un sogno per sei. Cortina).

Bion ha studiato da una prospettiva diversa rispetto a Jung (si sono incontrati una volta a Londra)... (da *Il gruppo e l'anoressia*. Un sogno per sei. Cortina). L'idea di Bion è: c'è uno stato di indifferenziazione, sia nel caso della psicosi che nell'anoressia, però l'obiettivo è viverla e non averne paura, come invece succede nell'anoressia, durante la quale si congela tutto. Se c'è invece un disordine mentale originario per cui mi sento uguale a mia madre, ai miei antenati, alla mia cultura, al mio popolo e non riesco a distinguermi e sento dentro di me un'appartenenza troppo collettiva la questione si complica. Bion dice però che se la mente riesce a pensare il pensiero, a pensare l'esperienza, allora quell'elemento di indifferenziazione non è più così arcaico e indistinto o primitivo e può funzionare non più come minaccia. Gli elementi indistinti e indifferenziati dell'apparato psichico, Bion ci avverte, si possono infatti presentare sia come psicosi che come somatosi: io mi posso ammalare indistintamente di una malattia organica o di una malattia psichica se c'è un elemento indistinto nel mio sistema che non sono riuscito a elaborare e individuare e a trasformare in elemento alfa rispetto all'elemento beta dell'esperienza grezza, e allora lì sono sotto minaccia. Questi elementi sparsi orbitano attorno alla personalità senza che riescano ad aggregarsi e a far parte di un livello di sviluppo della personalità. La teoria di Bion è comunque diversa da quella junghiana- anche nell'analisi dei sogni - perché non pone l'accento sulla ricerca di una cultura collettiva ma sull'idea che gli elementi indifferenziati possano essere pensati e che quindi il problema della conoscenza di funzionamenti sincretici e indifferenziati non è una questione di comunanze o paradigmi culturali né una questione di obiettività e scientificità, ma si tratta di un modello che privilegia l'idea di maturazione, di mente capace di evolvere, crescere, maturare che si mette in grado di pensare, anche l'esperienza psicologica indistinta. (...)

(La professoressa salta una parte del brano che stava leggendo e passa direttamente alla descrizione di una seduta, introdotta da una domanda importante (da *Il gruppo e l'anoressia*. Un sogno per sei. Cortina)

Vorrei fare questa domanda: perché i sogni individuali delle pazienti anoressiche, che possono essere in parte simili tra loro e in parte totalmente differenti, sono in un certo senso diversi dai sogni che i pazienti portatori di quella stessa configurazione producono nel gruppo e anche per altri versi simili? Cioè: come mai quando metto dieci persone anoressiche in un gruppo fanno quasi sempre tutti sogni analoghi per cicli? Mettiamo per esempio: in un primo ciclo di sogni c'è tutta una serie di sogni persecutori. Poi c'è l'inanimato, il muro... Poi c'è il violentatore, l'assassino, il macellaio,

l'inseguitore, il ladro... Tutte figure con lo stesso carattere, per poi passare a qualcos'altro. Allora io mi chiedo: come mai se io metto in gruppo le pazienti anoressiche ho questo risultato che è diverso da quello che io noto che sognano se le vedo individualmente? E non vi aspettate da me una risposta perché io non ce l'ho. Si possono però porre alcune domande.

(riprende a leggere l'introduzione alla seduta dal testo, (da *Il gruppo e l'anoressia. Un sogno per sei*. Cortina). Questa domanda concerne tutta una serie di elementi su cui alcune ricerche sono state fatte, mentre molte mancano ancora. Questo paragrafo si intitola "Un sogno per sei". Parlerò di un'esperienza personale particolarmente significativa nell'ambito delle considerazioni svolte. Questo elemento introdurrà il tema del timore del contagio e ci porterà per questo anche gli aspetti del rispecchiamento, dell'indistinzione, della socialità sincretica (Bleger) o ancora del gruppo come oggetto-sé. Anche questo è un modello di vivere il gruppo come un pezzo di se stessi che aiuta a rinforzare il senso di sé se è carente, che rifornisce di appartenenza o anche di esperienze illusorie e onnipotenti ma di una onnipotenza fruibile, cioè 'io nel gruppo mi sento in contatto con una parte di me, non solo con il diverso da me, e me ne sento potenziato'. Spesso le ragazze anoressiche si sentono un popolo specializzato, interessante, che non è capito dagli altri, ma che è superiore agli altri. Nascono delle fantasie nel gruppo così concepito. Però questa sorta di onnipotenza o luna di miele, preceduta, in base a come funzione il gruppo, da una diffidenza e timore iniziali da cui difendersi, e in generale da una prima fase illusionale, è sempre presente: il gruppo si sente molto potente, capace, sente che farà delle cose straordinarie. Però questa onnipotenza di gruppo non è un'onnipotenza psicotica, ma è e deve essere un'onnipotenza fruibile: serve a sentirsi coesi e ad alimentare la comunicazione, a rappresentare sentimenti difficilmente raggiungibili con il colloquio individuale, serve per creare un collante nel gruppo ma anche una relazione con l'analista del gruppo. Questi stati illusionali, descritti da Anzieu che li aveva definiti "illusione gruppale", è vero che rappresentano un meccanismo di difesa del gruppo, difesa dall'angoscia di perdersi nel gruppo, o di essere smembrato dal gruppo come per le angosce antiche di divoramento e disseminazione di sé, quando, nella filogenesi, l'uomo era nella foresta, mangiato da altre fiere... E Anzieu descrive questi fantasmi filogenetici principali. Nel gruppo le persone si sentono minacciate dagli altri e quindi fanno per contrapposizione la difesa per cui si ha l'immagine che il gruppo sia potente, coeso compatto. Ma naturalmente è un'illusione. Queste illusioni, dice Anzieu, non sono

psicotiche, si tratta di stati mentali emotivi e difensivi che sottendono attività produttive al loro interno. Per esempio dare coerenza e coesione. Poi durante il periodo in cui il gruppo sviluppa questo specifico stato si sviluppano anche conoscenza, legami, rispecchiamento.... Questo è un modello: potete essere più o meno d'accordo ma è comunque molto interessante.

Bene, adesso esporrò il caso: ho un gruppo di sei pazienti anoressiche che io vedo in un'associazione che accoglie le ragazze anoressiche in un consultorio dentro il quale spesso si suggerisce loro di partecipare a un gruppo. Io non le vedo individualmente. Si sono presentate all'associazione che è stata fondata da un'autrice milanese, Fabiola De Clercq che ha scritto "Tutto il pane del mondo" e anche altri libri. Lei aveva fatto un'analisi personale e ha scritto questo libro per descrivere la storia di come ha superato l'anoressia attraverso l'analisi. Dunque lei, che è la fondatrice e la presidente di questa associazione in cui ho collaborato a Roma, l'ABA, aveva cominciato a ricevere moltissime lettere di persone che volevano sapere come aveva fatto a guarire, qual'era stata la psicoanalista che l'aveva guarita ecc. Lei non sapeva come gestire queste comunicazioni e aveva chiamato la sua analista che le disse di far mettere in contatto queste persone, di fare dei gruppi. Allora Fabiola ha creato queste strutture, prima a Milano, poi a Roma, poi in varie città, che all'inizio erano gruppi di auto-mutuo aiuto e che successivamente sono diventati gruppi gestiti in modo professionale da sistemici, cognitivi e soprattutto da psicoanalisti, con pazienti divisi per fasce di età solitamente. Quello che conducevo, con pazienti che io non ha mai visto individualmente, contava di pazienti dai 15 ai 20 anni. Ce n'erano alcune gravi, almeno una, o due, molto grave e fragilissima. La prima volta che entrai nella stanza le pazienti mi dissero: "Tanto l'abbiamo capito: anche lei ha avuto un disturbo alimentare". Io rimasi attonita. L'analista di gruppo non risponde e attende, esplora. Con tutte le patologie che uno può avere nella sua mente io questa proprio non me la riconoscevo, non la sentivo. Però colsi questo bisogno di stabilire che io ero come loro e che insieme diventavamo un gruppo super, specializzato e che era una bella cosa essere così, e che quello era un marchio di appartenenza. Aver avuto un disturbo alimentare. Io a quel tempo ero sicuramente più magra ma non avevo un aspetto anoressico, ma loro vedevano quello. E avevano bisogno di non incontrare e includere nel gruppo una differenza. Io decisi di assecondare questa fantasia. Lasciai che questa fantasia ci fosse. E questo fu di enorme aiuto per stabilire che c'era un'unità, un'appartenenza con una cultura generalizzata che conteneva anche la dottoressa.

Sofia: “ Mi scusi ma lei ha detto che questo era un gruppo di adolescenti, vero?”

Professoressa: Sì, più sui 17, 18 anni. Insomma erano pazienti tutte fuori dalla scuola.

Sofia:” Perché mi chiedevo se questa considerazione fatta a lei fosse relativa anche al fatto che in quella fascia di età l'appartenenza al gruppo e le caratteristiche di omogeneità sono degli elementi molto forti di appartenenza. Cioè il fatto di vestirsi tutti uguali, di pensare le stesse cose... “

Professoressa: La ringrazio. Questa è una bella osservazione, molto pertinente. Non era una fantasia solo anoressica ma anche adolescente. Quando riedito il libro lo posso scrivere?

Nel periodo delle sei sedute successive tutte e sei le pazienti portarono a turno in seduta lo stesso sogno, variato ogni volta di pochi elementi. L'immagine consisteva nella comparsa repentina dal fondo, che poteva essere un pavimento, un prato, una terra... di un serpente nero, oscuro, intero o fatto di segmenti, lunghissimo, infinito, in ogni caso orrido e pauroso. Adesso voi pensate a questa esperienza. Io rimasi davvero toccata. Il gruppo era in cerchio e dalla mia sinistra alla mia destra, chiaramente senza nessun contatto tra loro (non è che si telefonavano o vedevano durante la settimana) tutte, una volta a settimana, riportavano lo stesso sogno. Ogni volta non potevo credere alle mie orecchie. Verrebbe da pensare che era stata una cosa costruita, ma non sembrava. Sembrava più una forma di contagio inconscio, onirico. (...). A seconda delle notizie che abbiamo del contesto in cui si è generato possiamo ritenere utile entrare nel merito del contenuto, della sua serialità, delle sue variazioni e ripetizioni. Oppure possiamo esplorare il carattere di azione, cioè il fatto che si ripetesse, volta a esprimere specificamente l'azione del temuto contagio nel contesto monosintomatico. Cioè: da un lato siamo tutti uguali, abbiamo tutti i jeans, abbiamo tutti l'anoressia, dall'altra abbiamo il terrore di essere.. Perché ci avete dato del “monosintomatico”? Perché ci avete messe tutte insieme? Quindi ecco questo sognare tutti la stessa cosa, il serpente che sbucava dal centro di una stanza, di una terra, e il gruppo è un cerchio che ha un centro. Però sappiamo anche che il serpente nella simbologia nelle culture e nel tempo ha una carica simbolica molto forte. A parte la Bibbia, con la cacciata dall'Eden di Adamo ed Eva, dove il serpente/demonio ha una connotazione apparentemente maligna, ma il suo morso inaugura la curiosità del conoscere e l'inizio della

vita umana, però spesso il serpente è simbolo di sapere, conoscenza e spirito di vitalità. Se siete stati in Cina, ad Hong Kong il serpente o il drago sono un simbolo di fertilità, vitalità, di grande potenza vitale. Io personalmente ho trovato molto difficile interpretare questa storia di queste sei sedute. In ogni caso l'aspetto interessante sta nella natura di quell'elemento del campo del gruppo che è diventato veicolante dell'identico e della sua espressione ripetuta e ritualizzata, che era un po' perturbante a mio avviso. È un elemento di azione del gruppo monosintomatico che produce un sognare uniforme. La mia domanda è: 'Siccome ci hanno selezionato mediante un'azione, perché mi trovo in un gruppo monosintomatico? Perché non sono capitata invece in un gruppo di adolescenti o di maschi, di figli...? Avete svolto un'azione voi dell'associazione che ci avete messo tutti in comune a fare le anoressiche e allora vi faccio vedere che faccio anche io la stessa cosa'. Questo è un tentativo di interpretare l'azione del serpente. In questo caso si può ipotizzare che questa azione stimoli la nascita di una pelle germinale comune e contenente. L'ipotesi è che se il gruppo compie un rito, per esempio corrisponde all'essere stato selezionato come gruppo anoressico monosintomatico con un'azione, sognando tutti la stessa cosa, è come se si rafforzasse, se si venisse a formare una pelle-contenitore al gruppo. Nella fantasia viene fatto un lavoro di tessitura, una trama onirica e relazionale dove l'identico diventa contenitivo. Anche questa è un'ipotesi. Tale pelle sarebbe destinata a contenere organi interni negati, organi del corpo che notoriamente le pazienti anoressiche negano, sentiti come informi, disseminati e smembrati o appartenenti a una massa indistinta. Allora forse la messa in comune, la contiguità, la prossimità dei primi movimenti di legame e di rappresentazione onirica, seppur sotto forma di azione, potrebbero riattivare il movimento di questi organi contenuti? La domanda è: 'Se io faccio questi sogni per immaginare di creare una pelle al gruppo o di creare un'azione identica al suo interno, o di dare sostanza ai contenuti che stanno dentro al gruppo come organi che stanno dentro al corpo, cioè strutturare un corpo, un gruppo-corpo che ha una sua funzione, una sua pelle e dei suoi organi, allora questa azione di sognare tutti la stessa cosa in fila con ordine, ha questa funzione? Comunque queste sono domande, non c'è una risposta per questo. Oppure l'ideazione identica potrebbe essere frutto di un'esperienza di diffusione immobile del gruppo orientata piuttosto al tentativo esprimere il proprio contrario. Il serpente con la forma e il movimento del desiderio arcaico segreto negato e perduto. Come se producesse un sigillo, un ideogramma cristallizzante che segnala l'appartenenza segreta, criptica e inclusiva. Voi vi ricorderete gli studi in antropologia, e sociologia. Pensate al valore enorme che ha il rito. Pensate per

esempio al lutto: quello più noto è il rito di sepoltura. Non so se qualcuno di voi è mai stato al museo archeologico di Lipari: ci sono le tracce di culture neolitiche e di come veniva concepito l'abbandono dell'estinto. Le culture hanno ognuna i suoi rituali funebri. Pensate agli egiziani: conservavano il corpo, fisico. Le religioni monoteiste hanno la suddivisione tra corpo e anima. I pagani avevano Caronte che accompagnava i defunti. Quindi ci sono tanti modi diversi di concepire questo rituale. Il rituale ha un forte valore sociale. Voi pensate se i matrimoni o i funerali, anche i battesimi, che sono i grandi riti, i grandi riti sociali che sugellano il nascere e il morire, fossero fatti solo con due persone. Pensate che carico di investitura, di sostegno: devono imprimere quel valore, sigillare quel valore. Non a caso esiste anche la contestazione di quel rituale, come per esempio le persone che si sposano solo giusto andando a fare una passeggiata in campagna o festeggiando in modi alternativi. Quello che però voglio sottolineare è che in questo gruppo il rituale è così particolare, perché da un lato è distinguibile un rito, visto che abbiamo un cerchio e una comunicazione circolare in vista. C'è un rituale, ma che funzioni ha? Io ho fatto delle ipotesi: le viscere emotive, la pelle, il sigillare un evento.

Le pazienti del gruppo sono state selezionate anoressiche e allora voglio rispondere a questa selezione. Ma sono ipotesi. Vorrei sentire voi.

Carola: “Io mi ricordo che il gruppo aveva tutto un suo sviluppo, dall'inizio fino alla conclusione. A che punto era nella sua strutturazione quanto ha prodotto questo sogno?”

Professoressa: Il gruppo era già 'stagionato', aveva già fatto un anno di analisi e aveva all'inizio fatto tutti sogni persecutori. Le pazienti erano come in guerra, rabbiose, arrabbiate, e poi c'era sempre nelle loro fantasie questo maschio cattivo. Prima genitori cattivi e poi l'uomo persecutore, violentatore, come ho detto prima. Il tema era comune ma le immagini erano diverse. In questo caso invece il sogno era identico. E guardate che il sogno non è come un racconto, perché con il racconto posso contagiare un'emozione. Ma se invece noi tutti in ordine sogniamo la stessa cosa la situazione cambia.

Domanda: (...non udibile)il serpente è inteso sia come conoscenza positiva che come negativa. Il serpente anche a livello di cultura è visto come elemento negativo, per esempio nella religione cristiana. Quindi mi chiedevo: visto che l'anoressia è una malattia egosintonica non può essere che le pazienti stessero iniziando a migliorare e che quindi si sentiva questa

conoscenza? Magari la prima ragazza si è accorta a livello inconscio di questa conoscenza, e questa conoscenza viene sentita come pericolosa perché faceva rendere conto della malattia, nonostante il fatto che, come ha detto lei, avere la patologia è anche il presupposto per guarire. La conoscenza iniziava a circolare ma comunque nell'hic et nunc era una presenza pericolosa.

Professoressa: Vedete come il gruppo funziona? Ecco, ecco noi che lavoriamo. Sono molto d'accordo ed è una bella osservazione veramente. Condivido l'idea del serpente che da un lato divora. Non so se avete presente come mangia le sue prede intere. Pensate al *Piccolo Principe*. Io mi ricordo una paziente anoressica che mi disse. "Se mi mangio un tramezzino il mio stomaco diventa un triangolo a forma di tramezzino". Fu una cosa che mi sgomentò. Sembra dire che il cibo, la plasma.... se ne deve liberare. Lei e il cibo sono la stessa cosa e lei se ne deve liberare, deve combattere contro il cibo. Il serpente fa questo: prende la forma dell'animale che ha inghiottito, intero. Condivido quello che lei dice. Il serpente è insieme un simbolo conoscitivo ma che assomiglia anche molto alle angosce anoressiche sull'alimentazione, e sull'essere divorate. C'è una teoria della Dillon-Weston, la *mamma-drago*. Questa psicologa analitica junghiana afferma che la mamma è sentita come un drago che mangia la figlia e la figlia diventa anoressica per questo motivo, per sottrarsi al drago rifiutandolo. Oppure nella teoria di Lacan la donna non può prendere la sua propria identità perché se non c'è il *padre-asta* che tiene aperte le fauci della *mamma-cocodrillo* la figlia verrà inghiottita.... La crescita della figlia funziona se entrambi i genitori svolgono queste funzioni. La mamma che mangia il figlio, che lo rimette nella pancia, è la madre primaria, mentre il padre tiene divaricate le fauci in modo tale che la personalità si sviluppi e che non venga divorata. Da notare che anche il cocodrillo è un rettile, uno dei più arcaici e indifferenziati. Come se il canale mentale viene sentito in un modo tubolare e indistinto, un tutt'uno con il cibo che ingoia. Guardate che le pazienti anoressiche hanno spesso una sensibilità enorme sul piano psicologico. Durante la terapia c'è una percezione molto forte da parte di una paziente alimentare dei contenuti emotivi: percepisce, sente l'altro in modo molto interno, c'è la presenza di un mondo interno e ritirato molto forte. Quindi il serpente è da un lato un rappresentante di un canale alimentare anoressico, ma dall'altro è un mezzo per conoscere. In un certo senso se io sono arcaico e mi attesto su pochi elementi di conoscenza, ho delle conoscenze più basilari e sono più indistinto, e percepisco anche nell'altro i suoi elementi più basilari.

Quindi le pazienti andavano meglio e hanno sviluppato immediatamente una reazione: come se il serpente che ci dà la conoscenza di ciò che sta succedendo come minimo dovesse essere ritualizzato, almeno essere sopportato, perché hanno paura. Questa è una visione ottimistica dell'evoluzione del gruppo. Fa pensare che il gruppo si senta sostenuto, che se riescono a sopportare questo rituale poi ce la faranno. Sembrano aver fiducia. La ringrazio.

Simone: “Quando lei prima ha parlato di organi del corpo, mi è venuta in mente un'immagine del serpente: quello del simbolo della medicina. Ho pensato: questi sogni non potrebbero essere interpretati come una resistenza del gruppo all'aspetto percepito come medico della psicoterapia?”

Professoressa: Non ci avevo pensato. È molto interessante. Vedete come una stessa cosa può avere due valenze. Sì io penso che l'ambivalenza così concreta e massiccia che c'è in questo tipo di pazienti sia ben rappresentata da questi due interventi. Credo proprio di sì: l'angoscia contro la medicina, il farmaco che ci cambia, contro la guarigione, era grandissima, l'idea di dover rinunciare alla propria identità anoressica, di dare ragione alla madre e alla famiglia erano enormi e poi c'era il rischio di caderci dentro, come in un serpente. Che cosa divento se mi viene tolto il mio sintomo?

Giulia Cr:” Io rifacendomi al mio collega pensavo più o meno la stessa cosa, non pensando chiaramente al simbolo della medicina. Più che altro pensavo alla paura della perdita del controllo totale su tutto ‘ciò che hanno faticosamente costruito’, perché comunque è una fatica, loro la fame la sentono. Essendo il serpente un animale che fagocita, che divora, e considerando che è facile passare da anoressia a bulimia, il serpente può essere metafora che copre sia un aspetto concreto sia un aspetto molto astratto: dalla perdita di controllo sul cibo alla perdita di controllo rispetto a tutte le certezze che hanno raggiunto, ovvero quell'identità costruita sul sintomo”.

Professoressa: Quindi se ho capito bene secondo lei, e anche questo è molto interessante come ipotesi di lettura, il rituale serviva sia a esprimere queste cose che stiamo dicendo che a controllarle.

Giulia Cr: “Non a controllarle, a esprimere la paura”

Professoressa: Quindi ricontrollarle anche attraverso un rituale, per esempio. Molto interessante. Vedete che quando il gruppo lavora, fa circolare dei pensieri. Voi non eravate presenti a quelle sedute, non avete fatto

quell'esperienza eppure stiamo pensando insieme. Molto suggestiva questa capacità che hanno i gruppi di far circolare i pensieri. Voi farete anche un convegno sulle supervisioni basato su questa idea qui: il gruppo, la supervisione aiuta il clinico che ha un paziente difficile. Le associazioni di questo tipo, i pensieri di questo tipo che girano nel gruppo quando c'è un resoconto sono la forma più avanzata di lavoro clinico di gruppo, perché gira un pensiero. Grazie. Io spero che l'editore Cortina mi faccia un'altra edizione. Mi è capitato già in passato, nei gruppi esperienziali: ho scritto in una nota nel libro riportando le elaborazioni e interpretazioni e pensieri fatte in aula partendo dal materiale clinico che avevo presentato. Chiesi i nomi di coloro fra gli studenti che erano intervenuti, ma non mi furono dati e li ho ricordati in nota come contributo del gruppo/corso.

Simone2: "Stavo pensando che il serpente potesse rappresentare una persona anoressica e che (...) il serpente che mangia e prende la forma di qualcosa è anche l'immagine di qualcosa di arcaico che piano piano inizia ad avere una forma e quindi tutte le persone in gruppo fanno questo sogno perché fa vedere che all'interno del gruppo si sta iniziando a prendere qualcosa".

Professoressa: Lei sta dicendo che si fanno coraggio insieme a dichiarare che il senza forma può prendere forma. E' bello. L'idea di farsi coraggio come se dicessero "se lo sogniamo tutte forse lo possiamo sopportare". Delle cose che non si sapeva esistessero stanno cominciando a prendere una forma. Teniamoci per mano. Il serpente sarebbe un legame di gruppo per tollerare delle paure.

Studentessa: Io ho un'idea simile. Ho l'idea che il serpente sognato insieme possa dare l'idea di gruppo formato ma questo gruppo formato ha una duplice valenza: da una parte il tema di appartenenza e di individuazione (...). La paura più grande dell'uomo è quella di perdersi, di perdere se stesso per cui ci vedo una sorta di paura di perdere la propria identità in questo gruppo (...)

Professoressa: Di questo si tratta: di angosce profonde. Sono del tutto d'accordo. Ed è interessante perché il serpente riesce a rappresentare diverse cose. Loro sono riusciti a dire delle cose che diversamente non avrebbero mai detto senza questa immagine. Un'immagine lontana nel tempo, un simbolo. Loro quei piccoli elementi psicologici che stavano emergendo non li avrebbero mai riconosciuti. Guardate che il dispositivo di gruppo ha un

vantaggio enorme, con dei pazienti che da soli ci metterebbero tantissimo tempo, e non si sa nemmeno se da soli riuscirebbero mai a farlo. A volte il gruppo fa precipitare dei sentimenti, dei pensieri, fa prendere forma a queste cose. Da come ci abbiamo lavorato insieme si capisce molto bene quali siano le potenzialità di questo dispositivo, quando si può usare. Perché se avete una paziente che vuole parlare dei fatti suoi, che non si vuole collegare non l'andate a mettere in un gruppo. Ci devono essere determinate caratteristiche: l'interesse verso gli altri, il non usare un linguaggio troppo privato o troppo aggressivo... Però se è possibile utilizzarlo è un dispositivo che talvolta fa quello che individualmente non si riuscirebbe a fare, o almeno non così celermente. Perché a volte i processi avvengono più in fretta essendoci molto confronto, molta condivisione. Grazie, davvero è stata una lezione interessante.