

Gruppi familiari e anoressia.

Indicazioni interpretative e terapeutiche in una prospettiva sistemica

Luigi Onnis

Abstract

L'Autore ispirandosi ad un orientamento sistemico, propone una concezione dell'anoressia mentale come sindrome complessa, in cui si intersecano componenti socio-culturali, familiari, individuali. Vengono, in particolare, esaminati, alla luce dei dati di una ricerca in corso, i gruppi familiari, valutati sia a livello dei modelli di interazione che a livello dei miti familiari. Si considera, infine, la complementarità tra questi aspetti familiari e le problematiche psicologiche dell'individuo paziente.

Parole chiave: anoressia, complessità, prospettiva sistemica, gruppi familiari, complementarità, individuo, famiglia

1. Introduzione

La dimensione gruppale alla quale farò riferimento in questo articolo, ha valenze particolari e specifiche; si tratta, infatti, dei gruppi naturali di appartenenza dei pazienti: le famiglie.

Nella famiglia trova la sua applicazione clinica più frequente, anche se certamente non l'unica, l'orientamento psicoterapeutico a cui si ispira il mio lavoro clinico e di ricerca: l'orientamento sistemico.

Poiché i fondamenti epistemologici di tale modello si ispirano, com'è noto, a concetti di circolarità, sia nella ricostruzione dei "processi causali" che nella definizione delle "relazioni", il gruppo come "sistema" acquista connotazioni specifiche: pur ribadendo la centralità delle soggettività individuali, esso si configura, però, come "più della somma degli individui che ne fanno parte". Esso presenta, dunque, modalità di funzionamento, dinamiche d'equilibrio, genesi storiche sue proprie, a cui gli individui costantemente partecipano e che con le soggettività individuali sono in costante e circolare rapporto di interinfluenza reciproca.

Queste rapide considerazioni preliminari non pretendono certo di affrontare qui, da un'angolatura sistemica, l'arduo discorso su "gruppo e spazio mentale", problema estremamente complesso e aperto alla ricerca. (vedi le interessanti questioni proposte da un recente articolo di Rugi, 2003) [30].

Esse vogliono essere solo spunti di riferimento che permettano di introdurre una riflessione sull'utilità di un approccio sistemico ai disturbi del comportamento alimentare, e dare ragione, quindi, della scelta epistemologica che ispira la nostra ricerca teorica e clinica.

2. Utilità di un approccio sistemo e complesso all'anoressia mentale

Nel campo scientifico in generale e in quello psicoterapeutico in particolare, tende oggi a farsi strada la crescente esigenza di superare la rigidità dei dogmatismi di scuola; si tratta di una esigenza che esprime il riconoscimento di una pluralità di punti di vista di cui si ricercano le complementarità piuttosto che le opposizioni, pur nel rispetto delle reciproche differenze; esprime dunque la disponibilità a rimettere criticamente in discussione le proprie premesse epistemologiche, e a privilegiare metodologie di complessità.

Riteniamo, appunto, che di metodologie di complessità c'è estrema necessità quando ci si trova ad affrontare forme di disagio umano così problematiche e complesse come l'anoressia mentale.

Nell'anoressia, infatti, è, con chiara evidenza, coinvolta una molteplicità di componenti, correlate tra loro:

- è interessato un livello psico-biologico individuale, perché il disturbo investe soprattutto una fascia di età di profonde trasformazioni psichiche e somatiche come l'adolescenza e prevale largamente (con un rapporto di 10 a 1) nel sesso femminile rispetto a quello maschile;
- è coinvolto un livello familiare, perché le famiglie di cui le pazienti anoressiche fanno parte, pur senza lasciarsi inquadrare in rigidi schemi tipologici, presentano, però, caratteristiche ridondanti su cui ritorneremo in seguito;
- è implicato, infine, un livello socio-culturale, dal momento che, come dimostrano i dati epidemiologici e le ricerche di psichiatria transculturale, l'anoressia prevale nettamente nelle società del benessere economico, mentre è quasi sconosciuta nei paesi del Terzo Mondo. [24]

L'orientamento sistemico, a cui si ispira il nostro lavoro, propone l'esistenza di una interinfluenza reciproca, di una correlazione circolare" fra questi livelli, e sottolinea che nessuno di essi, da solo, è sufficiente a giustificare l'insorgere dell'anoressia, che è, invece, il risultato del co-interessamento di tutte le componenti indicate. Ispirarsi all'ottica sistemica significa oggi, a nostro giudizio, collocarsi appunto in una prospettiva metodologica che ricerca le correlazioni tra componenti molteplici, che tende a superare dicotomie e frammentazioni, che rifiuta, dunque, riduttive ed abusive equazioni che la omologano alle "tecniche di terapia familiare".

La scelta frequente di lavorare, privilegiatamente, con la famiglia o con i suoi sottosistemi, nasce dalla esigenza imprescindibile, sul piano operativo, di dover, comunque, delimitare un campo di intervento, per quanto arbitraria questa delimitazione possa apparire sul piano concettuale. Ma tale scelta si giustifica, inoltre, con ragioni teoriche e pratiche importanti. Vorremmo accennarne almeno due:

- a) la prima è che la famiglia è, per ognuno, un contesto primario di apprendimento e di esperienza, terreno dove si sviluppano o dove falliscono sia i movimenti di individuazione e di differenziazione, sia i processi di acquisizione dell'identità. Nella famiglia, dunque, possono più facilmente instaurarsi quelle difficoltà

relazionali, quelle influenze emozionali, che legano circolarmente il paziente e il suo sintomo al sistema familiare. Va sottolineato come, in una concezione che possa dirsi genuinamente sistemica, questo legame non ha alcuna connotazione causalistica che conduca all'idea di colpevolizzare la famiglia come "patogena" o come "nociva";

- b) la seconda ragione è che lo stesso sistema familiare si definisce immediatamente come un sistema complesso di intersezioni tra livelli diversi: un piano sincronico di interazioni e di modelli comunicativi si incrocia con un piano dia- cronico di storie individuali e collettive, di significati e di valori condivisi, di miti e di fantasmi dei singoli come dell'intera famiglia, che attraversano il passato per continuare a vivere nel presente e influenzare il futuro.

Nelle nostre ricerche con le pazienti anoressiche e le loro famiglie abbiamo studiato proprio questi due piani: quello più evidente delle transazioni e delle dinamiche relazionali, così come fenomenologicamente esse appaiono e, in particolare, quello più profondo e celato dei miti familiari.

3. La famiglia delle pazienti anoressiche: caratteristiche relazionali e storie familiari

A. Dinamiche relazionali

Sull'organizzazione relazionale del sistema familiare delle pazienti anoressiche le ricerche sono numerose [11, 23].

Dai dati della nostra indagine [13, 15, 19] emerge che non è possibile definire una "tipologia" univoca della struttura familiare: abbiamo riscontrato molteplici variabili e insopprimibili specificità che non consentono inquadramenti in schemi troppo rigidi. Tuttavia alcuni aspetti relazionali (già sottolineati in precedenti ricerche) per quanto non esclusivi, né costantemente presenti, ci sono apparsi particolarmente ridondanti e meritevoli di attenzione, per le possibili correlazioni con la comparsa e la qualità del sintomo anoressico. Ne indicheremo soprattutto due:

- il primo consiste in una marcata labilità di confini tra gli individui e i sottosistemi generazionali, che rende possibile una continua intrusione negli "spazi" fisici e soprattutto psicoemotivi dei singoli, riducendo notevolmente ogni ambito privato e autonomo. Si comprende, allora come questa scarsa o inesistente delimitazione di confini all'interno di un "corpo familiare" che sembra presentarsi come un amalgama indifferenziato, possa creare difficoltà inevitabili nei processi di individuazione e differenziazione, e permetta una prima giustificazione di quei bisogni esasperati di controllo che caratterizzano frequentemente il vissuto delle pazienti anoressiche, quell'esigenza di non lasciarsi invadere da elementi esterni, che trova nel rifiuto del cibo la estrema, ambivalente difesa;
- il secondo aspetto relazionale che abbiamo riscontrato in modo ridondante nelle famiglie delle pazienti anoressiche è quello che tradizionalmente va sotto il nome di "evitamento del conflitto". Con tale termine, non deve intendersi l'assenza di

tensioni conflittuali, ma la difficoltà, o la impossibilità che esse portino ad una più chiara e matura definizione delle relazioni, per la tendenza a non dare al conflitto soluzioni che favoriscano i processi di differenziazione o, ancora, per la frequenza con cui esso viene deviato su aree più "neutre" e meno minacciose: tra queste, privilegiatamente, le difficoltà alimentari della paziente, su cui, quando emergono, si catalizzano spesso i contrasti tra i familiari, occultando ogni altro problema. Ecco perché, allora, quell'estrema protesta che l'anoressica agisce col rifiuto del cibo appare come un tentativo sofferto, spesso disperato, di differenziazione, ma rimane protesta muta, confinata nella sfera dell'implicito, del non-detto. Non perché non risuonino nella paziente vibrazioni emozionali o manchino capacità di simbolizzazione, secondo il concetto classico, ma troppo semplicatorio di "alexitimia" [14], ma perché l'anoressica è costretta a conformarsi a un linguaggio familiare, potremmo forse dire al linguaggio di un "corpo familiare", che censura e interdice l'esplicitazione di ogni conflittualità. Qui troviamo allora una seconda giustificazione del sintomo anoressico, che ci appare in tutta la sua paradossale ambivalenza: tentativo dolente e spesso clamoroso di introdurre tensioni conflittuali e provocatorie, differenze in un sistema familiare che sembra rigidamente impedirle, finisce esso stesso per relegarle, attraverso un problema di nutrizione, in un mondo infantile che è, per tutti, il più rassicurante e protettivo.

B. Storie familiari

Ma naturalmente questa trama relazionale avrebbe ben scarso significato se non fosse collocata nel quadro di una storia, se non si tentasse di ricostruire il suo organizzarsi nel tempo. Anche sotto questo profilo ogni generalizzazione è arbitraria, poiché niente ha una specificità così singolare quanto la storia di una famiglia.

E tuttavia, anche qui, accade di riscontrare ridondanze interessanti. Esplorando le storie familiari, abbiamo trovato, infatti, con frequenza, aree profonde di conflittualità irrisolta, non dichiarata, non affrontata, che riguardano la relazione coniugale, una relazione caratterizzata da una grave insoddisfazione reciproca. E abbiamo trovato, parallelamente, quelle alleanze transgenerazionali che coinvolgono l'anoressica in coalizioni con un genitore contro l'altro, in cui la paziente diventa strumento di una lotta coniugale criptica e segreta.

La crisi anoressica, spesso coincide con la delusione che l'adolescente prova quando, più o meno consapevolmente, avverte di essere stata strumento" più che persona [24]. Nascono allora anche da questi complessi legami familiari i sentimenti di inadeguatezza, di frustrazione, di devalorizzazione che, come vedremo anche in seguito, caratterizzano, sotto una maschera efficientista, il vissuto personale dell'anoressica e, inevitabilmente, ripropongono bisogni di dipendenza. Sono questi coinvolgimenti profondi che si strutturano nell'arco di una storia familiare, rimanendo spesso, del tutto celati, che ci hanno indotto a esplorare i "miti" di queste famiglie.

Tocchiamo qui uno degli aspetti peculiari della nostra ricerca. Ci sembra però necessario premettere un chiarimento teorico e storico sul concetto di "mito".

4. I miti familiari

A. Evoluzione del concetto di mito

Il concetto di "mito" non è nuovo in terapia familiare. Esso venne introdotto nel campo sistemico, negli anni sessanta, da A. Ferreira [6] che, lo considerò, inizialmente, come una manifestazione di patologia, come espressione di "credenze irrealistiche" condivise dalla famiglia. Ma il concetto di mito ha presentato negli ultimi due decenni, una radicale rivalutazione, parallelamente all'evoluzione della terapia familiare e, più in generale, dell'epistemologia sistemica [18].

È soprattutto il superamento della cosiddetta "prima cibernetica" che ha favorito questa evoluzione e che ha stimolato un rinnovato interesse per l'esplorazione della dimensione mitica della famiglia.

Parliamo di superamento della prima cibernetica nel senso che molti terapeuti familiari cominciarono a sentire fortemente inadeguati e insoddisfacenti metodi valutativi e operativi che si limitassero a prendere in considerazione i modelli di interazione familiare e i loro effetti pragmatici sul comportamento dei singoli membri. Emergevano, infatti, alcuni interrogativi irrinunciabili: come si sono organizzati nel tempo questi modelli di interazione? E quale insieme di significati assumono per la famiglia e per i suoi membri?

È evidente che tali interrogativi sono influenzati dall'incontro fecondo tra il pensiero sistemico e nuovi paradigmi che hanno attraversato, nell'ultimo ventennio, diversi domini del campo scientifico: sono influenzati dai *paradigmi evolutivi* che reintroducono la dimensione del tempo nei sistemi, che altrimenti rischiano di essere appiattiti in uno studio puramente sincronico dei "qui e ora"; sono influenzati dagli *orientamenti costruttivisti*, che sottolineano l'importanza delle attribuzioni di significato che ispirano e guidano l'agire umano; sono, ancora, influenzati dalla cosiddetta "*cibernetica di second'ordine*", che evidenzia come nessuna descrizione della realtà è neutra, perché essa è sempre inseparabilmente legata ai modelli-di-riferimento-e di interpretazione dell'osservatore che la descrive.

E, infatti, al cambiamento degli orientamenti interpretativi dei terapeuti familiari, corrisponde anche un cambiamento delle descrizioni che essi cominciarono a proporre delle famiglie.

E man mano che i terapeuti iniziano a interrogarsi sulle intenzionalità, le motivazioni, i significati che gli individui attribuiscono ai loro comportamenti, man mano che essi cominciano a esplorare il mondo interno, individuale e familiare, inoltrandosi in quella "scatola nera" che la prima cibernetica aveva considerato irrilevante o insondabile, man mano che la soggettività degli individui acquista pieno risalto sulla scena sistemica: man mano, dunque, che i terapeuti familiari propongono questi

nuovi orientamenti interpretativi, cominciano a profilarsi e a emergere anche nuove "rappresentazioni" dei sistemi familiari.

E la famiglia viene descritta come una "realtà complessa" come una articolazione complessa di una molteplicità di livelli, tra i quali acquista una particolare importanza un livello più celato e profondo rispetto a quello delle interazioni fenomenologicamente osservabili, un livello che potremmo, appunto, chiamare *livello "mitico"*. Ma quale è, allora, il significato che assume il mito familiare nell'ambito di queste nuove rappresentazioni della famiglia?

Lungi dall'essere esclusivamente espressione di patologia, esso è proposto come funzione normale e "fondatrice" della famiglia, senza la quale la famiglia stessa cesserebbe di esistere [5, 20, 12]. Il mito, da questo punto di vista, è un insieme di rappresentazioni e di valori che organizza i ruoli essenziali dei membri della famiglia nel corso della loro vita e li e lega tra loro; il mito definisce, dunque, in un gioco di interdetti e di autorizzazioni, i ruoli sessuali, le posizioni generazionali, le funzioni affettive, le collocazioni sociali, dando a queste rappresentazioni una coerenza che le legittima e le connette ad un'etica. All'interno del mito, la famiglia trova la propria specificità del tutto unica e singolare (il fatto che si tratti di *quella* famiglia e *non* di un'altra) e vi trova, dunque, la ragione stessa del suo esistere.

Ma quando il mito familiare si collega a manifestazioni di disagio e di sofferenza? Come sempre accade nei sistemi patologici, ciò avviene quando il mito è rigido e non evolutivo, cioè, è incapace di adattarsi alle esigenze trasformativi delle varie fasi del ciclo vitale familiare; in questi casi la dialettica che, dovrebbe essere sempre aperta e flessibile, tra i due poli complementari *dell'appartenenza familiare*, veicolata dal riconoscimento del mito, e dell'identità individuale, legata ai bisogni personali di crescita, si occlude e si cristallizza, ipostatizzando i vincoli mitici di appartenenza e rischiando di coartare e di sterilire lo sviluppo dell'identità personale.

Queste considerazioni di carattere generale fanno capire perché, oggi il passaggio dalla "pragmatica" delle interazioni alla "semantica" delle relazioni e dei comportamenti, induca spesso i terapeuti familiari ad una ricerca di significati che trovano nei miti, nell'immagine e nell'esplorazione dei miti, una matrice estremamente feconda per la comprensione e l'attribuzione di senso.

B. Miti e fantasmi nelle famiglie con problemi di anoressia

Ma lasciamo ora queste considerazioni generali, necessarie per un chiarimento dei concetti, e torniamo alle famiglie delle pazienti anoressiche. Quali miti è possibile ritrovare in queste famiglie?

I dati che emergono dalla nostra ricerca, che su questi aspetti è ancora in corso, evidenziano che, con larga frequenza, si tratta di *miti di unità familiare*, come valore supremo da tutelare ad ogni costo, miti coesivi rigidi, che hanno naturalmente una specificità in rapporto alla singolarità delle storie familiari, ma che spesso si accompagnano, specularmente, a quelli che abbiamo chiamato "fantasmi di rottura", e cioè a timori che ogni movimento di autonomia o di distacco, ogni istanza di crescita

o di separazione, possa rappresentare una disgregazione catastrofica dell'unità familiare, piuttosto che una trasformazione evolutiva dei legami affettivi. Vedremo in seguito con quali modalità abbiamo esplorato questi miti e questi fantasmi.

Ci pare, però, già possibile proporre alcune riflessioni. Innanzitutto è di particolare rilievo notare come, alla luce di questa trama mitica, si illuminino di significato quelle dinamiche interattive che abbiamo precedentemente descritto: e la scarsa delimitazione di confini trovi, ora, una nuova attribuzione di senso, all'insegna dei valori coesivi di unità; e la impossibilità di esplicitare e di risolvere il conflitto si giustifichi, ora, alla luce dei timori profondi di rottura e di perdita irreversibile, che blocca i processi di differenziazione.

I due livelli, quello fenomenologicamente osservabile dei modelli interattivi, e quello più celato e profondo dei miti e dei valori condivisi, non solo sono ricorsivamente correlati, ma si rinforzano reciprocamente in un vincolo di coerenza.

Inoltre, e in particolare, miti rigidi di unità e fantasmi di rottura giustificano, con una nuova luce di senso, il blocco evolutivo di un sistema, in cui l'angoscia di separazione e di perdita sembra impedire ogni processo di trasformazione, congelando la famiglia in una sorta di mitico "arresto del tempo".

"Esperienza del tempo sospeso", hanno definito l'anoressia alcuni autori ad orientamento psicodinamico [7] alludendo al tentativo illusorio di "sospendere" la problematica transizione adolescenziale. Ma questo vissuto soggettivo della paziente trova, allora una straordinaria corrispondenza in una difficoltà dell'intero nucleo familiare a compiere il passaggio da una fase all'altra del ciclo vitale, in cui il vincolo a un mito che non si può trasgredire, sembra ipostatizzare la famiglia in un eterno presente senza futuro: una "sospensione del tempo", appunto.

E anche qui, a livello del mito, l'anoressica si ripropone nella sua irriducibile ambivalenza: paladina della trasgressione del mito perché il suo "sciopero della fame mascherato", è una protesta clamorosa anche se implicita; paladina della tutela del mito, perché quelli che Boszormenyi-Nagy [3] chiama i "vincoli invisibili di lealtà" fanno prevalere le valenze regressive e protettive.

5. L'importanza di una prospettiva transgenerazionale

Ma affrontare il discorso dei miti ha ripercussioni ulteriori sulla terapia familiare, perché, inevitabilmente, la apre ad una prospettiva transgenerazionale: diventa infatti necessario interrogarsi su come i miti si costituiscono e si trasmettono attraverso le generazioni, diventa essenziale riconsiderare le famiglie di origine in tutte le loro implicazioni reali e fantasmatiche nella situazione problematica attuale.

Uno dei pionieri della terapia familiare, James Framo, in un libro pubblicato, forse non a caso, solo di recente, ma che ha dietro di sé una elaborazione di lunga data, il cui titolo in italiano è "La terapia intergenerazionale", scrive: "Le difficoltà che una persona, nel presente, ha nella coppia, nella famiglia o con se stessa, possono essere viste, fondamentalmente, come sforzi riparativi che hanno lo scopo di correggere, padroneggiare, rendere innocui, elaborare o cancellare antichi paradigmi relazionali

che sono sentiti come disturbanti e che provengono dalla famiglia di origine". E ancora "la maggior parte delle persone non riesce a "vedere" i coniugi, i figli, i partner come davvero sono perché si frappongono vecchi fantasmi" [8].

Anche noi, nel corso della nostra ricerca sulle famiglie con problemi di anoressia, ci siamo domandati come si organizzano nel tempo i "miti di unità", da dove emergono "i fantasmi di rottura" che traspaiono dai vissuti individuali e che, al tempo stesso, costituiscono il cemento emotivo che li accomuna e li tiene uniti. E, appunto, abbiamo trovato qualche risposta, attraverso la ricostruzione di una storia che rimanda alle famiglie di origine dei genitori, lungo un percorso almeno trigerazionale.

E siamo rimasti colpiti dalla frequenza con cui è possibile ritrovare, nel passato di queste famiglie, la presenza di eventi traumatici, quali lutti precoci non elaborati o abbandoni o separazioni premature o malattie gravemente invalidanti: eventi, insomma che richiamano il tema della perdita, che sembra spesso incombere su queste storie e associarsi a vissuti emozionali profondi di "angoscia di separazione". [25]

Abbiamo allora formulato l'ipotesi che i "miti di unità" da tutelare ad ogni costo, così frequenti in queste famiglie, si formino come costruzioni difensive condivise, che hanno funzione di protezione rispetto a queste paure non elaborate di perdita e a queste angosce di separazione. E' un'ipotesi che richiede, naturalmente, verifiche e approfondimenti. Ma ci sembra suggestivo il fatto che essa si riallacci a una tematica importante nel dibattito psicoanalitico, quella della "trasmissione della vita psichica tra le generazioni", che è anche il titolo di un brillante insieme di saggi, curato da René Kaës [10], il quale scrive nell'introduzione: "In questo insieme di ricerche l'analisi riguarda il modo in cui si trasmettono i sintomi, i meccanismi di difesa, l'organizzazione delle relazioni oggettuali, i significanti: riguarda il modo in cui gli oggetti e i prodotti della trasmissione psichica strutturano correlativamente il legame intersoggettivo e la formazione del singolo soggetto".

Senza la presunzione di addentrarci in una tematica così complessa vorremmo solo accennare che questo ci pare un terreno fecondo su cui orientamenti apparentemente lontani possono trovare punti di convergenza e di dialogo.

6. Un esempio clinico: il caso di Enza

Vorremmo, ora, per tentare di chiarire meglio alcuni dei concetti accennati, esporre sinteticamente un esempio clinico. Si tratta del caso di Enza, una adolescente di 17 anni, studentessa di liceo, che presenta da circa due anni una anoressia bulimica, con crisi bulimiche e vomito auto-indotto. Il calo ponderale è piuttosto marcato, di 12 kg (ora ne pesa 41 per 1,70 di altezza); è comparsa amenorrea.

La famiglia è costituita dai genitori, il padre, Francesco di 46 anni, operaio comunale, vincolato anche a turni notturni, la madre Aurora, di circa 45 anni, casalinga (ha lasciato il lavoro subito dopo il matrimonio), Enza, la paziente designata, e una sorella minore, Loredana, di 12 anni.

A. Le storie familiari

Le storie familiari dei genitori, di cui necessariamente daremo solo i cenni essenziali, sono, per entrambi, segnate da eventi molto dolorosi.

Francesco rimane precocemente orfano di madre: essendo primogenito di 3 fratelli, viene rapidamente responsabilizzato come collaboratore dei padre e costretto ad assumere ruoli e carichi inadeguati all'età.

Aurora proviene da una famiglia particolarmente numerosa: per esigenze di gestione familiare, ancora in età infantile, viene inserita, con le sorelle maggiori, in collegio, dove rimane fino all'adolescenza, mantenendo con i genitori contatti solo sporadici. Ritorna a casa in occasione di una morte: quella del fratello minore, colpito da leucemia.

Poco dopo incontra Francesco. Come spesso accade in questi casi, la decisione di sposarsi nasce dall'aspettativa illusoria che ognuno possa diventare compenso e riparazione dei bisogni irrisolti dell'altro: e Aurora si attende da Francesco la protezione che non ha potuto ricevere nella sua famiglia, e Francesco si attende da Aurora l'accudimento della madre che non ha avuto.

Ma queste aspettative illusorie sono, inevitabilmente, destinate ad essere frustrate.

Così nella nuova coppia si manifestano rapidamente segni di insoddisfazione reciproca che si accompagnano alla caduta di un sogno: la rinuncia ad un trasferimento in Australia, ancora ricordato e rimpianto come una prospettiva mancata di ascesa sociale.

Al contrario, Aurora deve rinunciare al suo lavoro (operaia in una fabbrica di vestiario) per occuparsi della casa e della famiglia. Quando resta incinta della prima figlia (Enza) e durante tutta la gravidanza, Aurora si sente sola: il marito, da un lato, è assorbito dal lavoro (fa i turni anche di notte) e, dall'altro, comincia a soffrire di disturbi per un'ulcera gastrica. Al momento del parto di Enza, Francesco è ricoverato per una gastroresezione. E per Aurora la solitudine è ancora più acuta. La nascita di Enza sembra migliorare l'atmosfera familiare. Ma per poco. La salute di Francesco diventa precaria per problemi di varia natura che lo fanno scivolare in uno stato di depressione: per cui preferisce passare gran parte del tempo libero in solitarie passeggiate fuori di casa. In questo clima nasce Loredana. Per far fronte ai sentimenti di abbandono, che entrano drammaticamente in risonanza con le ferite non elaborate subite in età infantile, Aurora si lega sempre più a Enza che, fin dalla nascita, sembra predestinata a colmare un vuoto. E Enza, a sua volta, si coinvolge profondamente nel legame con la madre che, da un lato, la gratifica, ma, dall'altro, la colloca, anche, in un ruolo improprio di complicità e di dipendenza.

E inevitabilmente la crisi esplode nell'età puberale, quando, accanto alle gratificazioni fusionali, cominciano ad emergere altri bisogni conflittuali di autonomia e di individuazione, e comincia a porsi drammaticamente il dilemma della scelta. La soluzione sintomatica di tipo anoressico nasce spesso dal tentativo impossibile di sfuggire a questo dilemma.

Nel caso di Enza è interessante rilevare che l'esordio del sintomo coincide con una seconda operazione di gastrectomia che deve subire il padre, che da allora è costretto ad una alimentazione rigida, scarsa e limitata.

Questa, dunque, in linee molto essenziali, la trama della storia della famiglia di Enza.

Come si vede, è possibile rintracciare in questa trama, ferite, riparazioni, vuoti, tentativi di colmarli in modo spesso illusorio, ma, comunque, protettivo.

Ma questa trama è narrata dalla famiglia senza particolari vibrazioni emotive e senza connessioni che restituiscano nuovi significati al problema presentato. Ecco perché abbiamo ritenuto necessario esplorare e far emergere un'altra trama narrativa, una trama che affondasse le sue radici nel terreno profondo della famiglia e dei suoi componenti, e ne facesse affiorare gli aspetti "mitici".

B. I miti familiari e le "sculture del tempo"

Ma come abbiamo esplorato questi miti? Attraverso l'utilizzazione di un linguaggio terapeutico più omogeneo al linguaggio del sintomo, che è un sintomo che si esprime nel corpo: un linguaggio non verbale e analogico, dunque, che propone una rappresentazione metaforica della famiglia nella forma della scultura familiare.

E' proprio questa rappresentazione per immagini e per metafore, che permette che trovi espressione anche ciò che non può avere accesso alla parola e consente l'emergere anche di quel non-detto che è il "mito" della famiglia.

Nel nostro metodo abituale, che abbiamo avuto modo di descrivere anche in altre occasioni [16, 17, 21, 22, 23] a ogni membro della famiglia domandiamo di fare due sculture, cioè di "mettere in scena" nello spazio della sala della terapia, due rappresentazioni della famiglia: una del presente, l'altra del futuro. Nel lavoro con le famiglie con problemi di anoressia, abbiamo introdotto una terza scultura quella del passato.

Tentiamo così di esplorare e di reintrodurre la dimensione del tempo in un sistema che sembra averla perduta: ed è proprio qui, nel confronto tra queste rappresentazioni che si svela l'aspetto mitico di queste famiglie: la tutela ad ogni costo dell'unità familiare, attraverso il blocco di ogni potenzialità evolutiva, attraverso un impossibile arresto del tempo.

La collocazione della scultura del passato al termine della sequenza, anziché all'inizio, come sarebbe cronologicamente più logico, nasce proprio dalla constatazione che in queste famiglie, come vedremo, lo scenario del futuro (o la difficoltà di rappresentarlo), rimanda paradossalmente al passato.

Ma riprendiamo il discorso sulla famiglia di Enza.

Daremo qualche breve flash su alcune delle sculture rappresentate, in particolare su quelle della paziente, Enza.

Quando Enza fa la sua scultura del presente colloca i membri della famiglia seduti in semicerchio: poi si mette in piedi davanti a loro, allargando le braccia e tenendole

aperte come in un grande abbraccio, che vorrebbe accogliere e unire tutti i membri della famiglia, a cui chiede di rivolgere lo sguardo su di lei.

La scena è suggestiva e drammatica, perché è inevitabile associare l'immagine a quella di una croce su cui un corpo smunto si espone come centro unificante dello sguardo familiare.

Ma svuotarsi per riempire un vuoto può anche inchiodare a un ruolo troppo rigido (esattamente come in una croce) e può far perdere se stessi.

Enza riesce a esprimere questo malessere nei commenti dopo la scultura, dicendo: "Mi sentivo estraniata; davanti a me non vedevo loro; vedevo oltre... il nulla!"

E nella scena del futuro (proiettata nel tempo dopo 10 anni), Enza tenta di aumentare la distanza: si colloca con la sorella davanti ai genitori, distante da loro, dicendo che ora può guardarli; e lascia tra di loro in grembo alla madre un orsacchiotto (forse oggetto transizionale sostitutivo, forse preannuncio di nascite future). Ma le reazioni emotive dei genitori, nei commenti dopo la scultura, sono di depressione e di allarme; e la madre dice di sentirsi "svuotata", in una situazione in cui sembra "rompersi" l'attaccamento della famiglia.

Ed è allora particolarmente suggestivo ciò che emerge nelle scene del passato (a ognuno viene richiesto di rappresentare un episodio significativo che è rimasto impresso nella memoria).

Nella scultura della madre compare una culla: una culla in forma di cesta che accoglie Enza nata da pochi mesi: è una cesta che, d'ambo i lati, mamma e papà trasportano insieme, tramite, dunque, di contatto e di unione tra i genitori.

E, finalmente, nella scena del passato di Enza, la culla si dilata, diventando una barca, in cui il trio si riunisce: e, anche se papà ha in mano il remo, è Enza che, stando tra i genitori e tenendoli per mano, sembra essere garante e timoniere del viaggio.

Ma è un viaggio a ritroso!

Il ciclo temporale, infatti, si completa richiudendosi circolarmente su se stesso: e il presente, nell'impossibilità di sviluppo del futuro, ritorna nel passato in una sorta di mitica sospensione del tempo.

Quali messaggi ci vengono trasmessi attraverso tutte queste immagini? Innanzitutto, come si può notare, i "miti di unità a qualsiasi prezzo", i "fantasmi di rottura" che non trovano facile accesso alla parola, possono, però, essere rappresentati in queste scene, quasi materializzandosi davanti agli occhi del terapeuta.

E attraverso queste rappresentazioni si costruisce una trama narrativa del tutto singolare, tessuta con immagini e metafore più che col linguaggio verbale, una narrazione che potremmo legittimamente chiamare una "narrazione analogica".

In essa è possibile rintracciare due fili conduttori.

Il primo riguarda il dialogo che si avvia tra membri della famiglia. Ciascuno propone la propria rappresentazione della realtà familiare, nella specificità della propria identità individuale; ma, nello stesso tempo, un sottile legame di risonanze, di messaggi, di risposte, attraversa le differenti sculture e va a iscriversi all'interno di un linguaggio comune: il linguaggio del mito della famiglia, dell'appartenenza familiare.

Ed è particolarmente importante sottolineare che, come si è visto, tutti partecipano collettivamente alla costruzione e al mantenimento del mito familiare, un mito così rigido e costrittivo che rischia di bloccare lo sviluppo dell'identità individuale.

Ma, nelle rappresentazioni analogiche delle sculture, si intravede anche un altro filo di dialogo, un dialogo che attraversa questa volta l'individuo e che si instaura tra diverse e conflittuali istanze nei vissuti personali della paziente.

Enza può dire con un linguaggio analogico: "voglio distanziarmi, essere più autonoma da un abbraccio familiare che rischia di crocefiggermi", e qui segue un'esigenza che si oppone al mito "dell'unità ad ogni costo"; ma la soluzione sintomatica che svuota il corpo e di fatto ripropone una difficoltà di crescita, la riinchiuda alla croce e alla fedeltà al mito.

Ri-incontriamo qui, allora, l'ambivalenza e la paradossalità della scelta anoressica che, come in tutti i paradossi, è il tentativo impossibile di conciliare l'inconciliabile: "cambiare senza cambiare". Eppure è importante mettere in evidenza che, come mostra con chiarezza la scultura del futuro di Enza, è spesso proprio la paziente che intravede e tenta di indicare i percorsi di un possibile cambiamento.

Ciò che fallisce, dunque, è anche un tentativo terapeutico che ella cerca di mettere oscuramente in atto per sé e per la propria famiglia.

E il terapeuta?

Il terapeuta partecipa naturalmente a questa trama narrativa che la famiglia va dipanando; ma esplora il mito familiare, "soggetto transizionale collettivo", come lo chiama André Green [9], con rispetto, astenendosi da atteggiamenti troppo interpretativi o direttivi, e creando invece, pazientemente, le condizioni perché, insieme alla famiglia, si possa costruire una trama narrativa nuova e lo stesso mito familiare possa evolvere in una nuova mitopoiesi.

Ma non possiamo soffermarci, qui, sulle caratteristiche e gli sviluppi del lavoro terapeutico, che peraltro, nel caso di Enza, ha avuto esiti positivi, perché questo discorso esulerebbe dai contenuti di questo articolo.

Vorremmo invece, avviandoci alla conclusione, riprendere il tema accennato all'inizio, quello della complementarietà tra la famiglia e l'individuo.

7. La famiglia e l'individuo: complementarietà di due realtà speculari

Alla luce di tutte queste considerazioni sugli aspetti interattivi e mitici che caratterizzano il mondo familiare della anoressica, ci pare, infatti, si possa notare come essi siano correlati, in modo sorprendentemente speculare, con alcuni tratti specifici del mondo intrapsichico di queste pazienti, quali emergono dalle descrizioni di alcuni autori di orientamento psicodinamico. Consideriamo, per esempio, la scarsa o inesistente delimitazione dei confini tra generazioni e individui all'interno di un sistema familiare che sembra presentarsi come amalgama indifferenziato; esso fa da sfondo suggestivo a quel bisogno costante di "controllo" dei propri spazi interni che secondo molti autori come Boris e Sprince [2, 25] domina i vissuti intrapsichici di queste pazienti fino alla decisione di non assimilare alcun elemento esterno, per

un'esigenza profonda di delimitare confini dell'Io, evidentemente percepiti come troppo fragili e insicuri. Ancora, la sensazione più o meno consapevole di essere strumento di "giochi familiari" più che persona che ha un valore di sé, sembra significativamente collegarsi a quei sentimenti spesso segreti di incapacità e di inadeguatezza che, secondo Autori come la Bruch [4] sono così frequenti nelle pazienti anoressiche. Sentimenti di insicurezza circa l'identità e le scelte, spesso mascherati da una apparenza efficientista, e di cui la distorsione dell'immagine corporea non è che un aspetto. [26]

E, infine, la trama profonda dei miti familiari di unità da salvaguardare a qualsiasi prezzo, sembra giustificare il fallimento del processo di separazione-individuazione che molti autori come Suggman e Kurash [26] considerano, sotto il profilo psicodinamico, alla base della sindrome anoressica: è all'interno di questa matrice familiare che ogni accenno di separazione e di crescita si associa a vissuti condivisi di perdita irreparabile, che, entrano, però, allora, drammaticamente in contrasto con i bisogni individuali di evoluzione e di autonomia che caratterizzano proprio la fase dell'adolescenza.

Ecco perché, come si è visto, le manifestazioni comportamentali e i vissuti di queste pazienti si propongono sempre sotto il segno dell'ambivalenza. E la scelta di un sintomo come il "rifiuto del cibo" sembra essere, appunto, l'illusorio tentativo di rispondere a entrambi i poli, contraddittori e inconciliabili, dell'ambivalenza, senza operare una scelta che non può essere compiuta: il rifiuto del cibo permette all'anoressica di agire l'opposizione adolescenziale e, al tempo stesso, di non abbandonare il mondo infantile e i bisogni fusionali di dipendenza.

E' il tentativo estremo di mantenere una sospensione tra passato e futuro, che le sculture familiari del tempo documentano con estrema chiarezza e che riguarda, allora, non solo lo sviluppo psicologia dell'individuo paziente, come alcuni autori ed orientamento psicodinamico avevano sottolineato [7], ma coinvolge, parallelamente, il ciclo vitale dell'intero sistema familiare.

8. Conclusioni

Ma qual'è il senso generale di questo discorso?

Ci pare evidente, alla luce di queste correlazioni, che vissuti personali del paziente e trama relazionale in cui è immerso, sono due facce necessariamente complementari di una medesima realtà, tali che l'una rinvia all'altra e non può essere pienamente compresa e affrontata senza, l'altra.

L'individuo con la soggettività delle sue reazioni psicoemozionali, la famiglia con le sue dinamiche interattive e i suoi miti condivisi e, potremmo aggiungere, l'ambiente sociale con le influenze culturali che ne derivano, sono in stretta correlazione tra loro e, pur rimanendo livelli assolutamente distinti, rivelano una imprescindibile complementarità.

Che implicazioni ha questo discorso sul piano delle strategie terapeutiche?

Ci pare ovvio che le prospettive dovrebbero essere interdisciplinari, attraverso progetti integrati che, laddove applicati, hanno confermato la loro validità [22].

Ma di quale interdisciplinarietà si tratta?

Non crediamo ad una interdisciplinarietà che sia semplicemente un mosaico di modelli diversi o, ancora peggio, la piatta omologazione di un modello ad un altro, nella presunzione riduzionistica di ritrovare un luogo artificiale e onnicomprensivo di sintesi.

Crediamo, al contrario, che il confronto, il dialogo e la integrazione dei punti di vista diventino possibili quando di essi viene paradossalmente sancita la differenza, quando ne viene mantenuta la irriducibile pluralità. E qui che ritroviamo l'importanza di quanto Bateson [1] non si stancò di ricordare: che solo la differenza è matrice di informazione e di conoscenza.

Ed è qui che incontriamo la grande lezione della complessità!

Una complessità che, per riprendere la bella metafora con cui Morin [12] ne ricorda l'etimologia (dal latino "complexus") si propone come trama in cui i fili, pur mantenendo ognuno la singolarità della propria fisionomia, sono al tempo stesso intrecciati insieme a costituire un unico tessuto.

Bibliografia

1. Bateson G. (1976), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano.
2. Boris H.N. (1984), The problem of anorexia nervosa, *Intern. Journal of Psychoanalysis*, 65, pp. 315-322.
3. Boszormenyi-Nagy I., Spark G.M. (1988), *Lealtà invisibili*, Astrolabio, Roma.
4. Bruch H. (1977), *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano.
5. Caillé P. (1990), *Il rapporto famiglia-terapeuta*, NIS, Roma.
6. Ferreira A. (1963), Family myth and homeostasis, *Arch. of General Psychiatry*, vol. 9, pp. 186-197.
7. Ferro P.M., Tonnini Falaschi M.C., Ippedico L. (1992), Anoressia: esperienza di un tempo sospeso. *Psychopathologia*, vol. 1, n. 1, pp. 13-18.
8. Framo J. (1996), *La terapia intergenerazionale*, Cortina, Milano.
9. Green A. (1980), Le mythe: un objet transitionnel collectif, in "*Le temps de la reflexion*", Gallinard, Paris.
10. Kaes R. (1995), Il soggetto dell'eredità, in Kaës R., Faimberg H., Enriquez M., Baranes J.J. (a cura di) *Trasmissione della vita psichica tra generazioni*, Borla, Roma.
11. Minuchin S., Rosman B., Baker L. (1980), *Famiglie psicosomatiche*, Astrolabio, Roma.
12. Morin E. (1977), *Il metodo*, Feltrinelli, Milano
13. Neuberger R. (1994), *Le mythe familiare*, ESF, Paris.
14. Onnis L., (1985), *Corpo e contesto*, NIS, Roma.

15. Onnis L., Di Gennaro A., (1987), Alexitimia: una revisione critica, *Medicina psicosomatica*, vol. 32, n. 1, pp. 45-64.
16. Onnis L. (1988), *Famiglia e malattia psicosomatica*, NIS, Roma.
17. Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Agostini B., Chouhy A., Dentale R.C., Quinzi P. (1990), Le sculture del "presente" e del "futuro": un modello di lavoro terapeutico nelle situazioni psicosomatiche, *Ecologia della mente*, n. 10, pp. 21-46.
18. Onnis L. (1992), Langage du corps et langage de la therapie: la sculpture du "future" comme modele d'intervention systemique dan les situations psychosomatiques, *Therapie familiare*, vol. 13, n. 1, pp. 3-20.
19. Onnis L. (1994), La terapia sistemica e i suoi attuali sviluppi nella teoria e nella pratica, in L. Onnis e W. Galluzzo, (a cura di) "*La terapia relazionale e i suoi contesti*", NIS, Roma.
20. Onnis L. (1994), L'anoressia mentale nell'ottica della complessità: aspetti socio-culturali, psicodinamici, familiari, *Attualità in psicologia*, vol. 9, n. 2, pp. 17-29.
21. Onnis L., Laurent M., Benedetti P., Cespa G., Di Gennaro A., Dentale R.C., De Tiberiis F., Forato F., Maurelli F.M. (1994c), Il mito familiare: concetti teorici e implicazioni terapeutiche, *Ecologia della Mente*, n. 2, pp. 94-112.
22. Onnis L. (1996), *Les langages du corps*, ESF, Paris.
23. Onnis L. (1997), *La palabra del cuerpo*, Herder, Barcelona.
24. Onnis L., Giannuzzi M., Giovannetti D., Antenucci M., Bernardini M., (2000 a) Il trauma della perdita nelle famiglie di pazienti con patologie gravi, *Attualità in Psicologia*, vol.15, n° 2, pp. 142 – 155.
25. Onnis L., Pauer Modesti C., Antenucci M., Bernardini M., Di Gregorio L., Giannuzzi M., Giovannetti D., (2000 b) Anoressia e bulimia: aspetti epidemiologici e socioculturali di un fenomeno diffuso, *Psicobiattivo*, vol.20, n°1, pp.123-138.
26. Onnis L., Bernardini M., Di Gregorio L., Vietri A., (2001): Anoressia e identità di genere, *Psicobiattivo*, vol.21, n°2 pp.109-119.
27. Onnis L. e coll (2003): *Il tempo sospeso: gli adolescenti e le loro famiglie davanti all'anoressia*, F. Angeli, Milano, In stampa.
28. Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Agostini A., Chuhy A., Dentale R.C., Quinzi P., (1994d), Sculpting present and future: a systemic intervention model applied to psychosomatic families, *Family Process*, vol. 33, n. 3, pp. 341-355.
29. Onnis L., Di Gennaro A., Cespa G., Benedetti P., Belcastro M., Forato F., Maurelli F.M., Squiteri A., Mulé A., Ierardi S. (1997), Research project on the treatment of anorexia and bulimia: an integrative, multidimensional approach, *Eating and Weight Disorders*, vol. 2, n. 3 pp. 164-168.
30. Rugi G. (2003): Gruppo e spazio mentale, *Psicoterapia e Scienze umane*, vol.37, n°1, pp. 113-126.
31. Selvini Palazzoli M. (1981), *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano.

- 32.Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
- 33.Sprince M.P. (1984), Early psychic disturbance in anorexic and bulimic patients as reflected in the psychoanalytic process, *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 10, pp. 199- 215.
- 34.Sugarman A., Kurash C. (1982), The body as transitional object in bulimia, *Int. Journ. of Eating Disorders*, vol. 1, pp. 57-67.

Notizie sull'autore

Luigi Onnis è psichiatra, psicoterapeuta, direttore dell'Istituto di terapia sistemica familiare di Roma. E' professore associato presso l'Istituto di Psichiatria, Università di Roma La Sapienza. E' autore di numerose ricerche e pubblicazioni nel campo di studi familiari sull'anoressia.

E-mail: luigi.onnis@uniroma1.it