

Ripensando alla terapia di gruppo per pazienti anoressici

Barbara Pearlman*

Abstract

Quest'articolo presenta un approccio all'attività coi gruppi di pazienti anoressici attraverso la decodificazione del linguaggio primitivo concreto in quanto si ritiene che le prime abilità basilari comunicative e di linguaggio possano essere migliorate dal lavoro di gruppo e fare da base per uno sviluppo futuro di trattamenti basati sulla parola. Sono riportati esempi tratti da scene di alimentazione durante il ricovero.

Parole-chiave: gruppo, alimentazione, significato, linguaggio

Certi giudizi sul trattamento dei pazienti anoressici attraverso la terapia di gruppo, sono stati assunti come motivi per non usare questo tipo di terapia (di decodifica del linguaggio primitivo concreto). Le caratteristiche dei pazienti con anoressia nervosa riguardano il loro restare ritirati malgrado il recupero del peso corporeo, essi sono ansiosi, rigidi egocentrici, preoccupati riguardo al peso del corpo ed il cibo e, presentano un'estrema difficoltà nell'identificarsi e nell'esprimere sentimenti. Così è probabile che siano silenziosi o così preoccupati in relazione al cibo che questo può essere l'unico argomento di discussione.

Con questo gruppo di pazienti con disturbo anoressico, usando i metodi tradizionali della psicoanalisi e della gruppo analisi è stato esiguo il successo riportato. Risulta difficile interpretare le caratteristiche descritte sopra in termini di concetti psicoanalitici tradizionali. La Bruch (1973) e la Selvini-Palazzoli (1974) hanno descritto i primi disturbi nella relazione madre-bambino, che contribuiscono allo sviluppo della struttura della personalità associata all'anoressia nervosa. Queste autrici suggeriscono che l'Io carente deve essere riconosciuto e rafforzato con la psicoterapia in un modo simile agli approcci utilizzati con i pazienti borderline narcisisti o schizofrenici.

Quest'articolo suggerisce che, a causa dei cambiamenti nel pensiero e nel linguaggio mostrati da questo gruppo di pazienti, le prime abilità basilari comunicative e di linguaggio possono essere migliorate dal lavoro di gruppo. L'attenzione prestata a questi obiettivi da parte del conduttore del gruppo o del terapeuta è essenziale per la costruzione delle fondamenta dalle quali successivamente dipenderanno, le terapie basate sul linguaggio (Lacan, 1984).

* BSc (Hons), DipClinPsych, Clinical Psychologist, Group Psychotherapist London Centre for Psychotherapy.

La maggioranza delle attività per i pazienti sono basate attorno alle attività di gruppo e ipotizzeremo che vi siano buone ragioni terapeutiche per adottare questa via anche dal punto di vista economico. La maggioranza di questi gruppi non sono gruppi di comunicazione ma sono orientati verso un compito. Potrebbe sorgere la domanda se questi compiti terapeutici hanno un loro diritto? I gruppi di cucina (cooking groups) favoriscono un apprendimento rispetto ad una giusta quantità di cibo in un appropriato contesto? Fare un collage di figure femminili tratte da riviste migliora la percezione dell'immagine del corpo? Vi è un compito ostacolato, collegato alle prime abilità comunicative?

I gruppi orientati ad un compito non sono considerati molto efficaci, vengono visti come strategie non terapeutiche per mezzo delle quali i pazienti interagiscono sia con altri pazienti che con lo staff medico. In questo lavoro si considera come, se vengono monitorati gli avvenimenti comunicativi che hanno luogo all'interno dei gruppi e viene data loro più importanza nella mente del leader del gruppo, gli effetti terapeutici dei così detti gruppi orientati verso un compito possono essere potenziati.

Le caratteristiche borderline e narcisistiche di questo gruppo di pazienti influenzano direttamente il linguaggio e la comunicazione nel setting terapeutico. La caratteristica fondamentale del modo di pensare e del linguaggio borderline è la mancanza di simboli e metafore. Il fatto che la struttura grammaticale del linguaggio rimanga intatta, induce spesso i clinici a credere che i pazienti utilizzino il linguaggio in modo normale. Poiché il contenuto del loro linguaggio è carico di allusioni ad oggetti concreti, le comunicazioni somigliano al formaggio svizzero coi buchi, in cui il pensiero è stato ridotto a un simbolo concreto non simbolico ma dove, si considera che risieda il pensiero nascente.

Per esempio, una paziente "Anna" durante un assessment iniziale quando gli fu chiesto del suo rapporto col padre che soffriva da anni di una malattia depressiva, ne parlò con molto senso di protezione e negò qualsiasi sentimento di tristezza e di rabbia verso di lui "è proprio così". Quando esplorai ulteriormente l'argomento, lei improvvisamente intervenne con la domanda "I fiocchi di crusca che mangio (il suo unico cibo) danneggiano il mio stomaco?" Da questo si capiva che volesse dire che la serie di domande sui suoi sentimenti verso suo padre le avevano causato ansia e minacciavano la sua visione idealizzata del padre. Così il "danno" che le informazioni avevano causato al suo mondo interno era vissuto da lei come un possibile disturbo agli intestini. Inoltre, i fiocchi di crusca erano considerati come un mezzo col quale si liberava del suo "mondo interno" e riducevano la sua ansia per qualsiasi cosa avesse in mente, e che poteva causarle angoscia. Quando le fu chiesto perché avesse parlato in questo modo in quel momento, ella non aveva alcuna spiegazione tranne che lei si era improvvisamente preoccupata per questo pensiero e voleva conoscere la risposta. Nell'ottenere la comprensione da parte del terapeuta della sua domanda, espresse shock e riconoscenza per il pensiero esplosivo. Anna si strinse lo stomaco e sentì le vertigini e disse che era una sensazione dominante.

Le tipiche comunicazioni con questo gruppo di pazienti sono concrete nella loro natura, ma sono comunicazioni valide, perché sono comunicazioni espresse nella

speranza di essere comprese da un "altro". Succede solo che siano espresse in un linguaggio fatto d'oggetti concreti dove forse c'è soltanto un frammento di significato, solo un aspetto della comunicazione, rappresenta il messaggio. Forse queste comunicazioni possono essere comprese meglio poiché sono più vicine al materiale dei sogni. Il materiale dei sogni ha luogo quando le funzioni cosce sono inibite, quando la realtà non s'intromette (Solms, 1999). Classicamente, tale materiale riguardante i sogni è interpretato all'interno del contesto della seduta analitica. Qui, si suggerisce che tali espressioni concrete, utilizzate da parte dei nostri pazienti anoressici possono essere comprese all'interno della situazione terapeutica se l'oggetto concreto si estende attraverso il linguaggio in forma simbolica con riferimento al contesto.

Senza un linguaggio emotivo interno che crea legami fra la nostra reazione al mondo attorno a noi e le nostre menti, noi non siamo in grado di elaborare e dare un significato alle nostre reazioni. All'inizio, le reazioni emotive sono sentite dal corpo come ansia. Potremmo comprendere l'anoressia come un meccanismo per la riduzione dell'ansia quando affrontiamo richieste emotive incomprensibili forse in qualche modo simile ad una forma di autismo funzionale. Il controllo di qualcosa allontanandola concretamente porta ad una riduzione dell'ansia. Il mondo interno quindi, si sente "meglio" ed è il luogo di risoluzione dell'ansia attraverso l'elaborazione di un linguaggio all'interno della mente.

La posizione narcisistica dei nostri pazienti li lascia anche con un'abilità ridotta a relazionarsi con un "altro". Così i nostri pazienti hanno processi di pensiero concreti borderline in un primitivo tentativo di comunicare, ma poco senso di essere sentiti da un altro senziente. Questo potrebbe andar bene per un'adeguata descrizione della primitiva diade madre-figlio, dove per qualsiasi motivo la madre è incapace di rendersi conto del significato delle comunicazioni del figlio (Fonagy & Target). Questo può essere dovuto alle sue preoccupazioni, o alle sue difficoltà nel consentire a se stessa di ricevere le proiezioni del figlio ad un livello primitivo (Klein, 1952). Gianna Williams (1997) ha descritto la madre "no entry" (vietato l'accesso).

La Williams ha scritto di madri di ragazze anoressiche che proiettano nei loro bambini, usandoli come "contenitori", i loro sentimenti intollerabili. Per questa ragione i bambini non vivono soltanto la loro ansia senza contenerla e mediarla ma ricevono anche l'ansia delle loro madri. In altre parole sperimentano una doppia dose d'ansia senza alcun mezzo per rielaborare questi sentimenti.

La prima preoccupazione materna facilita il rapporto fra madre e figlio, potenziando l'attenzione verso le nascenti comunicazioni provenienti dal bambino e dirette ad una madre recettiva. La danza fra madre e figlio diventa un duetto a due voci con la mente della madre subalterna alla mente del bambino e, mediatrice ed interprete del mondo. Se la madre non si sintonizza sulle comunicazioni del figlio, potrebbe rispondere a caso. Se lei non riesce a sopportare di sentire le sue stesse inadeguate richieste in quelle del bambino potrebbe inconsciamente ridurre al silenzio queste richieste. La

fragilità stessa della madre e la necessità di essere rassicurata nella sua maternità potrebbe indurla a considerare minaccioso lo sviluppo separato della mente del figlio. Ana-Maria Rizzuto, presenta eloquentemente nel suo articolo del 2002 la descrizione della linguista Jakobson della costituzione del momento nel quale, il bambino inizia ad utilizzare il discorso parlato. Al contrario degli altri linguisti Jakobson include il contatto emotivo come un fattore del linguaggio che etichetta come funzione Fatica. La funzione fatica serve per stabilire e mantenere contatti fra gli interlocutori ed è anche la prima funzione verbale acquisita dagli infanti, prima di essere in grado di mandare o di ricevere comunicazioni informative.

La Klein, Bion e Fairbairn si concentrarono sulla funzione emotiva della comunicazione e dell'oggetto interno come destinatario, mentre Winnicott ed i suoi collaboratori sono stati più attenti alla funzione fatica per stabilire un contatto fra la madre e il figlio.

È la funzione fatica quella sulla quale desidero concentrarmi qui. Se si parte dalla constatazione che i nostri pazienti, quando sono sotto minaccia di una violazione si costruiscono un falso Sé, allora il linguaggio usato dai nostri pazienti mancherebbe della funzione fatica. Il loro obiettivo sarebbe evitare il contatto, che li renderebbe estremamente ansiosi e vulnerabili. Se la loro prima esperienza era stata del genere in cui le comunicazioni primitive di angoscia e di bisogno s'incontravano con una reazione rigida ed inadeguata, la costruzione delle fondamenta del linguaggio interno che collega lo stato del corpo con la riduzione dell'ansia e il senso di soddisfazione sarebbero compromessi. Il risultato può essere un'abilità indebolita nell'essere presenti appropriatamente alle loro reazioni corporee, agli avvenimenti emotivi, attraverso un'elaborazione mentale adeguata o "mentalizzazione" "per mezzo della mente" (mentalising) come Fonagy l'ha descritta.

Se i tentativi di comunicare con un "altro" causano soltanto una crescita dell'ansia e del terrore primitivo, si potrebbe pensare in base a quanto sopra descritto, che potrebbero cessare. Un bambino si potrebbe trovare di fronte ad una madre che è incapace di mostrare la flessibilità mentale, adatta a "provare" soluzioni differenti per relazionarsi al pianto del suo bambino. La madre può sperimentare l'ansia quando il pianto del suo bambino le richiede d'avere un'immagine di un bambino affamato nella sua mente che può risultarle intollerabile. La rigidità della mente della madre può portare al mantenimento delle sue reazioni, che possono essere disconnesse dalla comunicazione col figlio.

Un risultato possibile potrebbe essere un'esperienza d'inefficacia da parte del figlio che, nel corso della sua vita, avrebbe dovuto rapportare i suoi pensieri con quelli di altri, soprattutto con quelli materni per mantenere un equilibrio. Tentativi di comunicare necessità emotive possono essere facilmente abbandonati o svuotati o "distrutti" se causano una crescita senza limiti dell'ansia della madre.

Così l'argomento presentato qui è che la rappresentazione della mente del figlio, nel linguaggio, dello stato dei suoi sentimenti rimane in uno stato primitivo presimbolico. Buhl (2002) Pearlman(1999).

Nello stato mentale borderline mostrato dai pazienti con disturbi alimentari, la realtà esterna è evitata e al mondo interno è data precedenza sul mondo esterno. Il linguaggio, come evidenziato sopra, è colmo di espressioni concrete che, in questo gruppo di pazienti rappresentano la loro esperienza reale. Se quella esperienza può essere sentita, compresa, tradotta e spiegata nella sua forma simbolica allora è avvenuto uno scambio fatico.

Il punto di vista fondamentale rispetto a questo approccio è, che se la paziente ha sentito udito, compreso e risposto in modo adeguato alle sue comunicazioni concrete non simboliche, successivamente una primitiva funzione di sviluppo è stata ri-attualizzata.

Sebbene i gruppi orientati al compito siano stati discussi, l'esempio seguente è stato tratto da un gruppo aperto di psicoterapia a lungo termine che si è concentrato specificamente su queste comunicazioni primitive, pre-simboliche, concrete.

I pazienti si erano, naturalmente confrontati con la realtà della ri-alimentazione. Assieme con altri aspetti del programma la ri-alimentazione tiene conto delle paure borderline che essi avevano sperimentato una volta, quando non potevano mai smettere di mangiare e gonfiarsi come un pallone. Riconoscere e tenere conto con serietà di questo stato mentale mirava a dar loro fiducia in relazione alle loro paure primitive che erano rispettate ed allo stesso tempo i loro bisogni fisici erano soddisfatti.

Laura era uno dei membri del gruppo che era attivo da circa tre anni. Aveva iniziato all'età di diciassette anni dopo essere stata curata nell'ospedale locale per un anno. Era stata in trattamento con terapia comportamentale, tale terapia non aveva avuto un grande impatto sui suoi sintomi o sul suo modo di pensare. La valutazione successiva, giudicata in modo favorevole dal terapeuta di gruppo le consentì di entrare nel gruppo stesso.

Per le prime tre sedute rimase tranquilla ma alla quarta fu invitata a parlare dagli altri membri del gruppo. Il suo discorso consistette principalmente nella descrizione dei suoi sintomi quante volte al giorno si rimpinzava e vomitava. Il gruppo, dove tutti erano più grandi di lei e la maggioranza dei membri vi prendeva parte sin dall'inizio delle sedute, agiva in modo protettivo e le consentiva di dire quanto desiderava. Presto fu chiaro che il contenuto della comunicazione da lei espresso rimaneva su un piano attuale del discorso. Divenne chiaro per il terapeuta del gruppo che con tanto "parlare", la possibilità per gli altri membri di comunicare era ridotta così come l'opportunità di conflitti. Lo spazio veniva riempito dalla paziente con i contenuti da lei espressi. Quando questo fu evidenziato Laura fu d'accordo che sentiva che "stava rendendo le cose migliori" aiutando gli altri ad evitare una discussione che sembrava stesse venendo a galla dalle prime settimane. Capiva che l'obiettivo della terapia per "far sentire meglio" la gente non è sentire qualsiasi cosa sconvolgente. L'idea di

qualcosa di esplosivo era temuta e da evitare. Lo spostamento per la comprensione della frenesia per il cibo per il vomito era un modo di riempire lo spazio ed il tempo, per evitare i conseguenti conflitti. Il gruppo cominciò a seguire il percorso segnato da Laura, quando ella cercò di prendere il sopravvento con la sua “conversazione per colmare il vuoto”.

Come ci si poteva aspettare ciò avvenne quando il clima nel gruppo divenne più caldo. Nel momento in cui si facevano dei commenti sulla sua paura di conflitti all'interno della sua famiglia, divenne sempre più chiaro che si trattava della paura di conflitti nel gruppo, che lei stava cercando di evitare perché poteva angosciarla. A volte, la conversazione di Laura si focalizzava su qualche aspetto del suo corpo. Una volta la sua faccia divenne il focus del discorso. Laura si preoccupava di un'imperfezione voleva farsi fare un trattamento per curarla. Si preoccupava di essere vista. Il terapeuta si chiedeva, come lei doveva “affrontare il (gruppo) mondo se c'era dentro di lei qualcosa di così “imperfetto”. Altre volte vi sarebbe stato un dolore riferito, che era seguito dal gruppo come punto iniziale della “conversazione di Laura”; che serviva a scoprire il messaggio di dove la sofferenza potesse annidarsi.

Il gruppo sembrava essere abbastanza co-operativo nella richiesta di comprensione. Una paziente dichiarò perfino che lei desiderava creare un dizionario del Parlare Concreto. Laura trovò nel gruppo supporto e contribuì con le sue espressioni concrete come punto di partenza del discorso, nella speranza che sarebbe stata capace di tentare di capire con l'aiuto del gruppo, la radice del pensiero nascosto.

Mentre il vocabolario emotivo di Laura cresceva, la sua frenesia per il cibo ed il vomito si attenuavano insieme al livello di stress generale. La sua “conversazione riempitrice” iniziò a focalizzarsi su avvenimenti che aveva trovato stressanti e, perfino divenivano colmi di “oggetti concreti” quando il loro contenuto superava la abilità di Laura a pensarli.

I tentativi di Laura di mantenersi calma potevano essere compresi nel contesto della sua vita iniziale. Sua madre era giovane ed aveva sofferto di depressione post-parto nel contesto di un'ampia famiglia caotica. Laura aveva avuto diversi dispensatori di cure, ma non aveva mai stabilito una relazione salda con la madre o il padre che era soltanto occasionalmente sulla scena. La madre, che fu vista del terapeuta familiare e di gruppo assieme a Laura all'ex marito ed al figlio, era una donna molto significativa ma istrionica e fragile; incapace di seguire qualsiasi indicazione e metterla in pratica. Questo sosteneva la visione di Laura alla quale era mancata qualsiasi esperienza di contenimento delle sue ansie. Nelle sedute con la famiglia, la madre era incapace di sentire la figlia che presto diventava tranquilla. La madre evidenziava durante le sedute, le sue necessità e difficoltà con la figlia. Sebbene fossero dolorose queste sedute chiarirono il dilemma di Laura e portarono ad una certa guarigione. Fu di grande importanza che i testimoni esterni dovessero riflettere su come fosse difficile per Laura farsi sentire ed iniziare la difficile strada verso la maturità e la comprensione del suo mondo emotivo

Si considera in questa sede, che vi sono benefici nell'adottare un atteggiamento analitico di curiosità, applicato alla decodificazione della comparsa del discorso per scoprire la "radice del pensiero". Il beneficio principale è la natura co-operativa dell'intervento. Niente è "introdotto" nei pazienti, che non sia stato pensato da loro. A causa del loro deficit nel pensiero simbolico che provoca un impoverimento del linguaggio interno emotivo, le interpretazioni classiche possono essere vissute come intrusive e non collegate al loro stato di bisogno. La "decodificazione" riproduce i primi tentativi di comunicazione che, riguardano, naturalmente, stati corporei. Comunque, i pazienti sono possessori di una mente intellettuale ben funzionante che incapace di accedere alle informazioni tenute in forma primitiva nei loro corpi. Questo approccio è per consentire "l'unione" della mente per arrecare alla coscienza intellettuale la "radice del pensiero" vissuto soltanto nell'ansia primitiva. L'articolo ha tentato di mostrare, il beneficio di avvicinarsi al trattamento dell'anoressia con la prospettiva di ampliare le abilità emotive interne del linguaggio mediante il "nutrire" il pensiero simbolico nascente, che risiede nell'espressione concreta dell'ansia. Si suggerisce che questo approccio riproduca le prime interazioni madre-figlia in cui c'è un deficit ipotizzato, causato dalle difficoltà all'interno della mente della madre.

Bibliografia

Bion, W.R. (1962a) *A Theory of Thinking*. In *Second Thoughts*. London. Karnac, 1967. Trad. It. *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico.*, Armando, Roma, 1970.

Bruch, H. (1974) *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*, London: Routledge & Kegan Paul. Trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano, 1977

Buhl, C., (2002) Eating disorders as manifestations of developmental disorders: language and the capacity for abstract thinking. *European Eating Disorders Review*, 10, pp. 138-145

Fairbairn, W.R.D. (1952) *Psycho-Analytic Studies of the Personality*, London: Tavistock Trad. it. *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Boringhieri, 1970.

Selvini- Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. London, Chaucer.

Solms, M. & Nersessian, E. (1999). Freud's theory of affects: questions for neuroscience. *Neuro-Psychoanalysis*, 1:5-14.

Fonagy, P., & Target, M. (1996) Playing with reality: 1. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, pp. 217-333.

------(1998). Mentalization and changing aims in child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogue*, 8 pp. 87-114.

Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. In *Envy and Gratitude and Other Works 1946-1963*. London: Hogarth, 1975. trad. It. Invidia e Gratitude, Martinelli, Firenze, 1969

Lacan, J. (1984). *The function and field of speech and language in psychoanalysis*. In *Ecrits* (pp. 30-113). New York: Norton.

Pearlman, B., (1999) Dislocation within the early mother-child relationship and development of abstract emotional language. Paper presented at European Council on Eating Disorders Stockholm 1999.

Rizzuto, A., (2002) Speech events, language development and the clinical situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1325.

------(1988) Transference, language, and affect in the treatment of bulimarexia. *International Journal of Psychoanalysis* 69, 369.

Williams, G. (1997) *Internal Landscapes and Foreign Bodies*. London: Duckworth (1997)

Winnicott, D.W. (1949). Mind and its relations to the psyche-soma. In *Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis*. London: Tavistock, 1971.

------(1960). Ego distortion in terms of the true and false self. In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth, 1965.

------(1957). Primitive emotional development. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*. Hogarth. (original work published in 1945)

------(1960) The theory of the parent-infant relationship. In *Maturation processes and facilitating environment*. (pp. 37-55). New York: International Universities Press.

Notizie sull'autrice

Barbara Pearlman, BSc (Hons), DipClinPsych, Clinical Psychologist, Group Psychotherapist London Centre for Psychotherapy.