

Un gruppo di sostegno psicologico per genitori di pazienti con disturbo del comportamento alimentare

Fabio Bruno

Abstract

Lo scopo di questo articolo è quello di descrivere l'esperienza di conduzione di un gruppo psicoterapeutico per genitori di pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare, svolta presso il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. Viene quindi presentata un'analisi teorica delle dinamiche che caratterizzano le famiglie dei pazienti con DCA. Nella seconda parte, mediante la presentazione di alcune sedute, sono state messe in evidenza le particolari dimensioni cliniche ed i fattori terapeutici che caratterizzano il dispositivo grupppale di tipo omogeneo.

Parole chiave: genitorialità, disturbi del comportamento alimentare, gruppo terapeutico omogeneo, transgenerazionale

Introduzione

Nel presente lavoro intendo descrivere l'esperienza fatta insieme a una collega nella conduzione di un gruppo psicoterapeutico per genitori di pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare svolta al Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna. Questo contributo si colloca nel numero di *Funzione gamma* "Adolescenza anoressia e gruppo" nell'area relativa alla genitorialità.

Mi ha portato a scrivere questo lavoro un'esigenza di riflessione ulteriore sul lavoro svolto poiché ritengo che la pratica clinica non possa che essere arricchita e "rinforzata" dalla riflessione teorica e dall'approccio epistemologico che ogni clinico segue nell'approcciarsi alla clinica.

Dopo una breve premessa teorica sulle dinamiche emergenti nelle famiglie dove un membro si ammala di un disturbo del comportamento alimentare tratterò alcune sedute del gruppo soffermandomi sui movimenti grupppali e individuali emersi durante il lavoro psicoterapico.

Considerazioni teoriche

Trattandosi di un gruppo di familiari ho evidenziato come, dagli studi in letteratura, è possibile rintracciare alcuni tratti comuni nelle famiglie in cui c'è una ragazza anoressica. Si tratta, di solito, di famiglie poco numerose dove dominano le figure femminili, spesso vi sono solo due figlie e ad ammalarsi è spesso la primogenita.

Al primo incontro, quasi tutti i genitori descrivono l'infanzia della figlia non semplicemente come normale, ma straordinariamente felice e singolarmente scevra da difficoltà.

Di fatto, i genitori così come, specie all'inizio, negano l'esistenza di una conflittualità nel loro rapporto coniugale (sebbene, nelle ultime sedute abbiano parlato anche della loro conflittualità), così rifiutano di ammettere la presenza di un problema nella figlia, al di là, ovviamente, dell'evidente calo ponderale.

La prospettiva teorico-clinica che maggiormente ha approfondito lo studio della famiglia anoressica è quella sistemico-relazionale. La Selvini Palazzoli (1998) ha definito la peculiare situazione della famiglia dell'anoressica "matrimonio a tre", perché ciascun componente della famiglia è "segretamente sposato" con due persone, ovvero la madre con il marito e la figlia, il padre con la moglie e la figlia, la figlia con la madre e il padre. La ragazza è talmente involupata in questa situazione che non ha modo e tempo di sviluppare la propria identità e il disturbo alimentare emerge come tentativo di affermare la propria individualità.

Interessante è anche l'analisi della Selvini Palazzoli riguardo alle modalità di comunicazione tipiche di queste famiglie. Generalmente i membri della famiglia qualificano in modo coerente le proprie comunicazioni sia sul piano verbale sia su quello non verbale. Fanno eccezione le famiglie in cui l'anoressia della ragazza è complicata da comportamenti violenti o da crisi bulimiche, perché, in questo caso, c'è incoerenza, ma non tra comportamenti verbali e non verbali simultanei, bensì tra comportamenti verbali successivi. Per quanto riguarda, invece, le comunicazioni altrui, la reazione comune è quella del rifiuto, non a livello di intenzione comunicativa, ma a livello del messaggio in sé: è come se ogni membro della famiglia riconoscesse l'altrui diritto a parlare, ma negasse la validità di quanto detto. Da notare che, nei casi in cui il disturbo anoressico è più complesso, si hanno modi di comunicazione più psicotici caratterizzati da confusione tra passato e presente e negazione degli eventuali miglioramenti verificatisi nella ragazza.

Per quanto riguarda il padre, di solito ha alle spalle una situazione familiare in cui i suoi bisogni infantili di accudimento non sono stati soddisfatti, anche se lui, inconsapevole di ciò, continua a idealizzare i genitori. Tali carenze affettive gli hanno, però, provocato sofferenza, per difendersi dalla quale ha messo in atto delle difese. Egli da bambino è stato un figlio modello, autonomo, indipendente, efficiente, ma ciò, in realtà, ha costituito un modo di negare il bisogno, insoddisfatto, di una presenza materna affettuosa e disponibile. Poi, da adulto, è andato alla ricerca di un sostituto materno di tipo non simbiotico infantile ma accuditivo-preadolescenziiale: dalla moglie non pretende dipendenza, bensì la sua presenza, per cui, per esempio, ama trovarla a casa al ritorno dal lavoro.

La famiglia, com'è noto, è per eccellenza l'ambito nel quale il bambino compie le sue prime esperienze, da una situazione di massima dipendenza gradualmente evolve verso l'indipendenza e l'individuazione di sé. In questo senso la famiglia può essere considerata un sistema complesso, formato da molteplici livelli temporali, che si svolgono sia su un piano sincronico che diacronico. Premesso ciò, s'intuisce come sia possibile che si sviluppino difficoltà relazionali che traggono origine dal sistema familiare stesso. La famiglia dell'anoressica è infatti caratterizzata da un profondo

sensu di impotenza che scatena la nota triade impotenza-onnipotenza-colpa (Corbella 2003).

Si comprende come il lavoro con i genitori di adolescenti con un disturbo del comportamento alimentare costituisce un momento di osservazione particolarmente utile per la conoscenza delle interazioni comportamentali nella famiglia, all'interno di queste dinamiche è poi da valutare l'importanza della trasmissione "culturale" transgenerazionale.

Con questo termine mi riferisco all'impostazione di Anna Maria Nicolò (2000) secondo cui il transgenerazionale, con il suo prefisso latino *trans*, indica un attraversamento, un passaggio tra le generazioni, tra gli spazi psichici, di contenuti la cui elaborazione e trasformazione non è stata possibile. Già Freud (1912) in *Totem e tabù* aveva affermato che le conseguenze delle azioni possono restare operanti in generazioni successive che di queste azioni non avevano avuto nozione alcuna. Il tema della trasmissione transgenerazionale è divenuto un cardine della comprensione di molte patologie, specialmente le più gravi. Il suo esistere presuppone l'assenza di uno spazio transizionale tra i membri della famiglia, quello spazio che permette la trasformazione dei contenuti, la loro metaforizzazione. Nella trasmissione transgenerazionale ciò che è trasmesso non è trasformato, esso non viene perciò introiettato, ma viene piuttosto incorporato. Come è noto infatti l'introjezione implica un lavoro di trasformazione e assimilazione.

Sempre secondo la Nicolò, nelle dimensioni patologiche (famiglie con figli con un DCA) l'atto stesso del creare o perpetuare un segreto può tradursi in un sequestro attivo di aspetti o parti della vita emotiva individuale o familiare, che si tramanda transgenerazionalmente. Il fatto patologico e patogeno consiste nel sottrarre qualcosa ad uno spazio potenziale ove può instaurarsi una reciprocità elaborativa tra l'Io e l'altro e tra l'Io e se stesso. In questo modo si perpetua la ripetizione traumatica delle conseguenze del primo evento e il tempo si ferma.

Descrizione clinica

Un fattore molto importante per il nostro lavoro con il gruppo è stata la motivazione dei partecipanti. Infatti, poiché i loro figli erano tutti maggiorenni l'invio a partecipare al gruppo era su base esclusivamente volontaria.

È stato chiarito ai genitori che si trattava di ripercorrere consapevolmente, attraverso un cammino condiviso di riflessione e di esplorazione, le dinamiche della patologia dei propri figli partendo dal proprio sguardo genitoriale.

Una dinamica gruppale emersa fin dal primo incontro è stata il presentificarsi dell'assunto di base di dipendenza, (Bion 1961). Infatti inizialmente i genitori si rivolgevano esclusivamente al terapeuta, attendendosi "ricette magiche" ai loro problemi, senza interagire minimamente tra di loro.

Avevo anzi l'impressione che, a turno, alcuni fossero infastiditi se altri prendevano troppo spazio nella loro interazione con la terapeuta.

Spesso sono i genitori a formulare una domanda d'aiuto, che consiste fondamentalmente nel richiedere che la figlia venga curata affinché ritorni quella di prima. I genitori rintracciano la causa della loro disperazione nella malattia della figlia, pertanto la sua guarigione, nelle loro fantasie, significherebbe la fine di ogni problema. Questo è ciò che Recalcati (1997) ne *L'ultima cena: anoressia e bulimia* definisce "il paradosso della domanda genitoriale". Si tratta di una domanda di cura fondata sul sintomo della figlia, senza alcuna forma di soggettivizzazione o di assunzione di responsabilità da parte loro, dunque una domanda sostanzialmente vuota. Ma la realtà è diversa, perché il sintomo di un membro della famiglia implica necessariamente il coinvolgimento di tutte le relazioni familiari. Per questo, il trattamento preliminare della famiglia dovrebbe innanzitutto produrre nella domanda dei genitori un disagio nuovo, diverso da quello della figlia e poi dovrebbe far interrogare i genitori sul proprio ruolo rispetto alla sofferenza della figlia. Alla fine, i familiari dovrebbero arrivare a comprendere quanto sono stati determinanti nello sviluppo della patologia della figlia, che spesso maschera le loro difficoltà personali o coniugali.

Con il tempo, il gruppo è uscito dall'assunto di dipendenza e si è creato un campo gruppale condiviso, dove il rispecchiamento ha permesso una condivisione reale dei vissuti emotivi.

Le premesse motivazionali non sono, però, l'unico ostacolo che si pone quando ai genitori viene proposto un lavoro di gruppo. Infatti, una volta composto il gruppo, questi potrà polarizzarsi quasi esclusivamente sulle tematiche del "comportamento alimentare", sentito come fondamentale e urgente. Ciò comporta l'evitamento delle tematiche ben più centrali della relazione coi figli.

La focalizzazione sul comportamento alimentare è stata presente anche nel nostro gruppo, soprattutto da parte di alcune coppie, tuttavia con il tempo e con la creazione di un "campo gruppale" condiviso e caratterizzato da fiducia e intimità si è potuto parlare anche di dinamiche relazionali con i propri figli ben più profonde e dolorose.

Un elemento caratteristico di tutti i gruppi, specie quelli terapeutici, è il presentificarsi della dinamica del capro espiatorio. Questa è una modalità difensiva arcaica consistente nel proiettare, su un oggetto altro da sé, parti di sé vissute come disturbanti e angoscianti, impensabili (Corbella 2003). Il capro espiatorio spesso è essenziale per l'adeguato funzionamento di un gruppo (qualunque sia la sua natura), in quanto fornisce un'area in cui le aggressioni possono essere canalizzate e focalizzate senza presentare una minaccia per l'integrità psichica dell'individuo o una minaccia per la stabilità e unità del gruppo stesso (Toker 1972). È in momenti di passaggio e di crisi che vediamo da parte del gruppo il tentativo di trovare all'esterno o all'interno del gruppo qualcuno o qualcosa che si assuma il ruolo di capro espiatorio. Quando il capro espiatorio è un elemento esterno spesso il gruppo si pone in assunto di base attacco-fuga, con i sentimenti di malessere che accompagnano questa posizione protomentale. In questi casi però questo processo non è particolarmente pericoloso e distruttivo se tenuto consapevolmente sotto controllo dal terapeuta. Serve in alcune circostanze a recuperare, tramite il contagio emotivo, una

certa coesione indifferenziata che di fronte all'emergere di movimenti di separazione-individuazione tenta di recuperare la fusionalità originaria. Nel nostro gruppo, la funzione di capro espiatorio è stata assunta dall'ambulatorio, quindi da un'istituzione. Infatti i genitori si lamentavano continuamente della disorganizzazione dell'ambulatorio poiché c'era un continuo turn-over di medici e psicologi e loro non venivano mai informati della situazione clinica delle figlie, sperimentando un senso di forte impotenza. La terapeuta tuttavia ha cercato di esplicitare i motivi del loro forte rancore verso l'istituzione ambulatorio e di renderli più pensabili e quindi tollerabili.

Infine, il fatto che il gruppo fosse composto per la maggior parte da coppie di genitori ha permesso che emergessero "dinamiche di coppia" che, in qualche momento, sono state un ulteriore elemento d'intralcio al raggiungimento del lavoro di gruppo. Ad esempio spesso nelle sedute, una coppia in particolare, mostrava disaccordo rispetto all'atteggiamento da adottare con la figlia; il padre era più categorico e distanziante davanti alle richieste talvolta opprimenti ed esagerate della figlia, la madre invece era più tollerante, asservendosi alle richieste della figlia, salvo poi non ottenere alcun ringraziamento e sviluppando un forte senso di colpa e di indecisione sul da farsi. In particolare questa figlia aveva già cambiato tre scuole durante l'anno scolastico abbandonandole dopo poche settimane perché non si trovava bene, ultimamente aveva espresso il desiderio di voler frequentare una scuola privata serale per non perdere l'anno. Di fronte a questa ennesima richiesta il padre non le ha accordato il permesso mentre la madre voleva accontentarla, da qui ne è scaturita una discussione con il marito che è stata elaborata e resa più pensabile durante le sedute di gruppo.

A differenza degli aspetti precedenti, questo è persistito per tutta la durata del gruppo. La cura dei figli costituisce una difficile prova per i genitori che sono costretti a mettere in discussione il proprio sistema relazionale e, dove possibile, rivedere elementi della propria storia nella fase che precede l'emergere dei sintomi. E' necessario un dispositivo clinico "non intrusivo", così che essi possano mantenere con l'Istituzione un legame stabile e per un tempo sufficientemente lungo.

S'intuisce come l'intervento si muova su un terreno delicato, nel quale, attraverso la creazione di un clima di confronto e sostegno finalizzato alla chiarificazione delle relazioni, si possa stimolare nei genitori una maggiore disponibilità alla riflessione sulle specifiche storie familiari. Questo atteggiamento risulta fondamentale per lo sviluppo della triangolazione "genitore-istituzione-figlio", forse l'unica in grado di riattivare la circolazione emotiva, necessaria alla comprensione e al ridimensionamento del sintomo.

Questo aspetto si è rivelato particolarmente vero nel nostro gruppo, infatti due coppie di genitori partecipavano al percorso in ospedale nonostante i loro figli avessero interrotto i controlli ambulatoriali, quasi a dimostrare che l'istituzione può essere anche un "contenitore sufficientemente buono e rassicurante" se il dispositivo clinico non è stato intrusivo. Una seduta particolarmente toccante, a sostegno di quanto detto finora, è stata una delle ultime prima della pausa estiva. Durante il gruppo la moglie

della coppia, che non ha più la figlia seguita dal nostro servizio già da un anno e mezzo, ha detto: “Io ho molta fiducia in questi incontri e in voi perché traggo beneficio per me dal gruppo. Il mio problema è che di mia figlia non mi piace quasi più niente.” La signora ha aggiunto poi che sua figlia le chiede delle regole per poi trasgredirle. Dopo le affermazioni della signora altri partecipanti, evidentemente sentendo risuonare qualcosa anche in loro, hanno espresso il loro “bisogno” dell’istituzione per poter riavvicinarsi emotivamente e in maniera più adeguata ai loro figli.

Riflessioni

L’interrogativo di base è: *a che cosa serve lavorare in gruppo?* Indubbiamente, questa è una prassi che porta con sé notevoli vantaggi sotto il profilo emotivo: infatti, si assiste progressivamente all’emergere di nuove prospettive di significato, non pensate prima. Il confronto con persone che vivono quotidianamente gli stessi problemi, le medesime ansie e si pongono le stesse domande, consente di attenuare il senso di isolamento, predisponendo a nuove aperture emotive e relazionali.

Raccontare le proprie esperienze personali delinea tante possibili soluzioni che i singoli hanno già sperimentato nella propria famiglia e che quindi non hanno il carattere di un sapere “infuso”, calato dall’alto, ma appaiono nella loro essenza di esperienza di vita.

Il rispecchiamento (Foulkes 1957) e il sostegno reciproco semplificano la riflessione sull’origine del disagio dei figli, stemperando la pressione colpevolizzante.

Col progredire del tempo vengono rimesse in discussione le premesse di base, gli assunti familiari “incrollabili” e a volte trasmessi transgenerazionalmente, gli stessi che a volte non permettono di percepire i bisogni dei figli, oscurati dall’idea implicita di una malattia stigmatizzante e cronica.

Si promuove il riconoscimento dell’altro con le proprie emozioni, proprie reazioni e il personale modo di vedere e di pensare.

La crisi, la manifestazione patologica esplicita, non sarà più “letta” esclusivamente come un’aggressione del malato al nucleo familiare o, più direttamente, al singolo genitore. Verrà meno, quindi, la necessità di attivare meccanismi punitivi ed espulsivi, ma si potranno generare risposte di accettazione, connotate da nuove e più adeguate tonalità affettive.

Ciò è in gran parte favorito dal dispositivo gruppale che facilita l’emergere delle rappresentazioni fantasmatiche che hanno condizionato sia le proprie modalità relazionali che quelle dei figli. Risulta chiaro come spesso il genitore nutra la fantasia di poter essere perfetto e quanto sia frustrante dovervi rinunciare una volta che il sintomo del figlio sia diventato evidente.

La patologia del figlio costringe, infatti, ad un costante esame di realtà circa il proprio “fallimento” come genitore, cosa che genera sentimenti di colpevolizzazione e rabbia.

Il lavoro di gruppo facilita l'elaborazione di queste angosce e agevola la ripresa delle funzioni genitoriali perdute o messe in forse dopo lo scacco narcisistico generato dall'aver figli problematici.

Come detto in precedenza, nelle fasi iniziali del lavoro di gruppo le coppie sono completamente centrate sul sintomo e questo preclude loro la possibilità di osservare come vi si relazionano. È solo con il tempo e con il confronto che si riesce a comprendere l'importanza della relazione con le figlie più che quella che le stesse hanno con il cibo. Da qui, si assiste ad un vero e proprio movimento che apre la strada all'emergere dei primi nodi conflittuali. Rapidamente, allora, affiorano le difficoltà dei figli, ma anche dei genitori, ad accettare la reciproca autonomia derivante dalla crescita.

A questo proposito mi viene in mente che in una delle ultime sedute una madre di un ragazzo anoressico, ricoverato per circa due mesi nel nostro reparto, e che adesso segue un percorso di terapia familiare, ha detto che il figlio durante la seduta di terapia ha espresso il desiderio di andare a vivere da solo.

La madre ha riportato questo episodio con grande stupore, perché ha sempre voluto vedere, con estrema ambivalenza, il figlio come "mammone". In realtà dalle sue parole è facile evincere anche la sua sofferenza rispetto a questo desiderio.

Dopo alcuni mesi dall'inizio del lavoro di gruppo, si è affrontato il primo ostacolo: mancano le parole per esprimere la complessità delle emozioni emergenti. Esauriti i racconti delle "storie" dei figli i genitori sembrano non aver più niente da dire. Accedono alla parola, riescono quindi a verbalizzare, solo le coppie che si trovano in situazioni di emergenza. Vi è il rischio di impantanarsi nell'*identico* della patologia dei figli, arrestando i movimenti evolutivi del gruppo. Si entra in una fase di noia nella quale diventa evidente la necessità di un movimento individuativi che porta a riappropriarsi della propria posizione di genitori.

Il tema della funzione genitoriale, delle motivazioni e finalità di questa esperienza si impone sulla scena grupale. Avviene il cambio del vertice osservativo, dalla prospettiva dei figli a quella dei genitori.

Si nota, infatti, come per queste coppie sia estremamente difficile riuscire ad osservare il problema dei figli da una posizione più adulta che metta uno spazio tra l'essere genitori e l'essere figli. Non sembrano in grado di distanziarsi dalla sintomatologia e questa viene dunque a rappresentare la loro principale modalità di relazione con l'oggetto. Sono talmente invischiati nel problema, che temono di "perdere" non solo il proprio ruolo materno/paterno ma anche la propria individualità.

Un aspetto molto interessante nel gruppo è stato l'evoluzione di Giuseppe, padre di una ragazza precedentemente ricoverata in reparto.

Quest'uomo ha sempre svolto il ruolo del *Genius loci*. Il *Genius loci* (Neri 1996) nel piccolo gruppo a finalità analitica ha il compito, del tutto inconsapevole, di animare o rianimare l'identità del gruppo, di collegare il progresso del gruppo con la sua base affettiva. Il *Genius loci* ha quindi anche il compito di evitare il divenire sclerotico del gruppo e la sua eccessiva istituzionalizzazione. La sua funzione è inoltre quella di

evitare lacerazioni, ferite nell'identità sincretica dei membri e, nello stesso tempo, consentire l'evoluzione del gruppo.

Tuttavia nelle ultime sedute del gruppo, Giuseppe, in concomitanza con un episodio psicotico della figlia, ha abbandonato "il suo ruolo" per entrare in modo più coinvolto e diretto nel gruppo, portando le sue ansie e le sue preoccupazioni in modo che queste potessero essere condivise e accolte.

Il gruppo infatti essendo un microcosmo protetto (Corbella 2003) assolve a queste funzioni di contenimento, quasi come un grembo materno.

Il lavoro di gruppo, a detta dei partecipanti, è stato molto "energetico" nel senso che "le ripetute immersioni nel sé grandioso hanno permesso di raggiungere quella fusionalità arcaica, che consente lo sviluppo del sé più autentico" (Corbella 2003). A tal proposito mi sembra molto utile riportare quello che è avvenuto nella quinta seduta, quindi a metà del percorso. In quest'occasione i genitori, per la prima volta, si sono seduti molto vicini l'un l'altro. I discorsi del gruppo hanno ruotato attorno al tema del "non ci si deve staccare da tavola". In particolare una madre racconta che la figlia pretende che i genitori stiano a tavola con lei per tutta la durata del pasto, circa un'ora e mezza, esercitando un controllo onnipotente su di loro. I genitori dinnanzi a questa richiesta sentono di non poter fare altro che "andare via", rifiutando la richiesta punitiva, da parte della figlia di una pseudo-condivisione. Nei discorsi dei genitori la difficoltà a separarsi dei figli assume una valenza completamente negativa (non possiamo staccarci da tavola), ma nel qui e ora del gruppo è evidente anche da parte dei genitori una ricerca di fusionalità che se verbalizzata e ripensata insieme, potrebbe consentire l'accesso agli aspetti positivi della fusionalità, che nei racconti dei genitori non possono essere riconosciuti. Il poter condividere aspetti positivi di una sorta di "adulta fusionalità" assume una valenza riparativa/costruttiva.

Vi è da parte dei partecipanti la difficoltà ad integrare la duplice valenza positiva-negativa della condivisione e dei movimenti di individuazione. Il gruppo può permettere l'accoglimento delle esigenze più primitive e di quelle più evolutive dei suoi membri. L'accoglimento in un gruppo terapeutico significa rendere pensabili entrambi i bisogni e l'interazione diventa lo strumento che permette la crescita individuale all'interno del gruppo. Lì può essere accolto quello che al di fuori del gruppo generalmente viene espulso (scisso e proiettato all'esterno). Finalmente diviene possibile dare voce e significato a pensieri mai pensati. Nel gruppo vi è un momento di silenzio che sottolinea un temporaneo costruttivo ritiro dall'interazione. La possibilità di assumersi la responsabilità del pensiero passa attraverso due momenti: un primo ineludibile momento di presa di distanza dal gruppo e dunque di accettazione della propria solitudine, e un successivo momento di rinnovato accoglimento della propria appartenenza gruppale, che permette e anzi stimola lo scambio di quanto individualmente pensato. All'inizio del lavoro di gruppo il terapeuta che vuole responsabilmente costituire una cultura terapeutica gruppale dovrà per primo assumersi la responsabilità di pensare in gruppo e di gruppo proprio per permettere ai partecipanti di arrivare prima a pensare di gruppo e poi a pensare in gruppo e poi ancora di gruppo e in gruppo, nell'alternanza dialettica del divenire

nella spirale del tempo. Il portavoce di questa possibilità all'inizio è il terapeuta, per esempio quando deve far superare al gruppo una fase di stallo fusionale e stimolare movimenti verso l'individuazione, o quando deve evitare o contenere potenzialità gruppali distruttive quali il costituirsi del capro espiatorio e il prevalere di un "non detto".

Conclusioni

Il gruppo è dotato di risorse che, se ben condotto, può utilizzare nei momenti di crisi. È importante considerare l'unicità con cui ogni persona adopera il gruppo e come questo si sviluppi come un tutto e allo stesso tempo come consenta di usare le caratteristiche individuali dei membri.

I processi che si sviluppano in un gruppo omogeneo (con cui si intende che si ha un unico o alcuni obiettivi mirati, scopi o funzioni) focalizzano alcune dimensioni cliniche peculiari. Emergono l'importanza del ruolo del conduttore; la funzione della comunicazione interna al gruppo in relazione alle diverse fasi attraversate e in relazione ai processi di comunicazione conscia e inconscia; la funzione del "contenimento". Nei gruppi omogenei il transfert verso il gruppo come entità è ampliato al massimo e in qualche caso il terapeuta è considerato come un "outsider" (Kibel 2004).

Il terapeuta dovrà promuovere l'immagine dell'entità gruppo come oggetto che "contiene" e, allo stesso modo, dovrà accettare il suo ruolo di "outsider"; soltanto con "l'espellere" il terapeuta (in fantasia) i membri del gruppo si legano fra di loro nel modo più forte.

Una funzione dell'omogeneità del gruppo riguarda la possibilità di fornire ai partecipanti un senso di sicurezza rispetto all'ansia di iniziare, appartenere e partecipare ad un gruppo (Friedman 2004). Il processo più importante è inerente alla protezione dalle differenze/variazioni e all'elaborazione delle ansie che si sviluppano, come visto nella nostra esperienza ospedaliera, intorno ai temi dell'inclusione, della perdita, del controllo, e dell'intimità (Schutz 1966) e il bisogno di contenimento. Probabilmente questo tipo di difese funziona nei processi di identificazione sia consci che inconsci. Infine un'altra funzione è la speranza di apprendere da coloro che sperimentano gli stessi problemi e sopportano lo stesso dolore.

Considerazioni personali

Il gruppo inizialmente nasce e poi viene interiorizzato nella mente delle persone e i gruppi vanno intesi anche come possibilità di accedere alla comprensione e condivisione di *stati d'animo* e modi di pensare cosa che va ben oltre la semplice e oggettiva presenza di pluralità umane (Speltini 1999). Nel gruppo che ho osservato la grande soddisfazione per il lavoro fatto da parte dei partecipanti, è stata più volte sottolineata, anche se quasi nessuno aveva precedentemente fatto esperienza di gruppo. Nuove aperture emotive e una nuova consapevolezza di certi vissuti sono stati possibili grazie a *questo stato d'animo gruppale* da tutti condiviso.

Vedere l'anoressia come stile di vita o come malattia che si sviluppa all'interno del gruppo di appartenenza (familiare, culturale o sociale) equivale a restituire una complessità vitale all'esperienza privata soggettiva. Con un'attenzione agli aspetti sociali e primitivi della mente si favorisce l'ascolto e l'elaborazione nel gruppo, riuscendo a dotare di senso le esperienze, anche estreme, che compaiono nei disturbi del comportamento alimentare.

In questa prospettiva, il gruppo, come sostiene S. Marinelli (2004), diviene un sistema capace di accogliere e dotare di coesione i pazienti affetti dalle moderne patologie legate alla fragilità psicosomatica e dell'identità.

Bibliografia

Bion W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Tr. it. Armando Editore, Roma, 1971.

Corbella S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*, Raffaello Cortina, Milano.

Foulkes S.H., Anthony E.J. (1957). *Group psychotherapy: the psychoanalytic approach*. Penguin, Harmondsworth; seconda edizione, 1965.

Freud S. (1912-13). *Totem e tabù*. Tr. it. OSF VII.

Friedman R. (2004). *Who contains the group?* (Unpublished).

Marinelli S.(2004). *Il gruppo e l'anoressia*, Raffaello Cortina, Milano.

Neri C. (1996). *Gruppo*, Borla, Roma.

Nicolò A.M. (2000). La memoria nella trasmissione generazionale della famiglia. In n. 2, Anno 8, Luglio-Dicembre, *Psiche: rivista di cultura psicoanalitica*, Borla, Roma.

Recalcati M. (1997). *L'ultima cena: anoressia e bulimia*, Mondadori, Milano.

Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sellini M., Sorrentino A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.

Schutz W. (1966). *The interpersonal underworld*. Science e Behavior Books: San Francisco.

Speltini G., Polmonari A. (1999). *I gruppi sociali*. Mulino, Bologna.

Toker E. (1972). The Scapegoat as an Essential Group Phenomenon. In n. 22, *International Journal of Group Psychotherapy*.

Vasta F. N. (2004). *Intervista a Howard Kibel*. In *Gruppi Omogenei*, Corbella S., Girelli R., Marinelli S. (A cura di). Borla, Roma.

Note sull'autore

Fabio BRUNO, Psicologo, psicoterapeuta (C.O.I.R.A.G).

bruno.fabio@virgilio.it