

Ripetizioni nel tempo e microtrasformazioni. Dieci anni di lavoro con un gruppo di pazienti anoressiche e bulimiche

Ronny Jaffè

Abstract

Nel tempo longitudinale del lavoro di gruppo con pazienti anoressiche e bulimiche il contatto con il mondo della ripetizione, che si snoda tra pazienti e paziente dopo paziente, ma anche la rivisitazione mobile dei propri assetti clinici e teorici consente anche la loro integrazione e talvolta nel loro rimescolamento non confusivo, permette di uscire da rigidi vincoli di appartenenza per avvicinarsi al mondo enigmatico dell'anoressia e della bulimia che solo apparentemente è catalogabile in schemi fissi.

Parole-chiave: lavoro del gruppo, ripetizione, rito, creatività, assetto analitico

“...ne accese un altro” – la piccola fiammiferaia – “il fiammifero divampò velocemente, e là dove splendeva, il muro sembrava trasparente come un velo. Poteva vedere una stanza con un tavolo coperto da una bianca tovaglia inamidata, e sopra piatti della più fine porcellana. Un odore si diffondeva da un’oca arrosto ripiena di prugne e mele. L’oca sembrava farsi sempre più vicina: poteva quasi toccarla. Fu allora che il fiammifero si spense. Tutto quello che poteva vedere e sentire era il muro nudo e ostile. (H.C. Andersen “La piccola fiammiferaia....” .

“C’è una notissima forma musicale, il Tema con variazioni, in cui è consuetudine cominciare con l’esecuzione di un tema, proseguire con un certo numero di variazioni, per concludere con una nuova esecuzione del tema. Un ascoltatore un po’ ingenuo, potrebbe scambiare questo andamento con una struttura ciclica ma non è così. Il fascino di questa forma è proprio quello di tornare solo apparentemente al suo punto iniziale” (Premessa al dibattito su “Minima temporalia di G. Marramao 1991)

L’arrivo di un nuovo membro nel gruppo dovrebbe destare sempre una certa curiosità frammisto a stati di ambivalenza, spaesamento, ansietà. Si dovrebbe presupporre, secondo le esperienze teoriche e cliniche del gruppo, un effetto perturbante dell’intero campo gruppale.

Questa evenienza risulterebbe ovvia nella nostra pratica clinica ma nel lavoro di gruppo con pazienti adolescenti anoressiche e bulimiche, cioè in un gruppo che definiamo monosintomatico e che è per di più accomunato dalla medesima identità di genere e di generazione, vi è un aspetto diverso: il perturbante non è tanto relativo alla ignota paziente che entra nel gruppo quanto al fatto che essa è solitamente portatrice della dimensione già esperita della ripetitività e della ciclicità; la nuova paziente tende a trasmettere e a propagare la ripetitività del sintomo in un campo che è pregiudizialmente a lei già noto e prova stupore e disappunto se intanto si sono avviate delle trasformazioni dalla “lingua” anoressica e bulimica; la nuova arrivata, attraverso il sintomo, potrebbe far riattivare, attraverso meccanismi identificatori primari con le aree più arcaiche delle altre pazienti già in gruppo, il collante anoressico-bulimico che il legame gruppale, nel tempo precedente al nuovo arrivo, potrebbe aver allentato.

Mi riferisco quindi al noto concetto della coazione a ripetere così intensa nell’anoressia e nella bulimia ma che diviene un ossimoro se posto a confronto con la fase della adolescenza quando vi è una modificazione irreversibile del proprio corpo e delle configurazioni relazionali; il dramma nasce quando l’ossimoro si scioglie in un azzeramento della corporeità e della sessualità cui corrisponde lo slegamento di ogni tipo di relazione oggettuale permanendo in una dimensione narcisistica distruttiva sotto l’egida di una “ripetizione carica di un potenziale autodistruttivo inesauribile”(Green, 2000 154).

Nella mia esperienza accanto a drammatiche situazioni con pazienti a rischio di vita, come nelle anoressiche, o a rischio di rotture psicotiche come nelle pazienti bulimiche, vi è un filo che attraversa tutte le pazienti quello della ripetizione e di “un apparente perdurare di qualcosa di immutabile dietro cui vi possono tuttavia essere dei cambiamenti microscopici quasi impercettibili”(ibid).

Se il concetto di coazione a ripetere è centrale in psicoanalisi, in questa esperienza di gruppo potremmo parlare di concatenazioni ripetute in un ritmo sempre uguale, monocorde, medesimo, con variazioni. Vi è una comunanza adesiva e magmatica nelle ripetizione che va al di là dalle identificazioni primarie ed arcaiche.

Nel gruppo vi è un esibizione ed una comunicazione corale del sintomo: il gruppo si innesta nella sua presentazione e visibilità ripetuta: non solo risulta arduo arrivare al mondo dei ricordi e delle rappresentazioni che quando emergeranno dal mondo dell’inconscio assumeranno un valore prezioso, ma difficile sarà anche tollerare comportamenti ed agiti diversi da quello anoressico e bulimico.

Dobbiamo tenere a mente che in un analisi individuale “il paziente ripete invece di ricordare, ma si potrebbe anche dire che ripete per non ricordare. Più ripete, meno ricorda, meno ricorda, meno ha l’idea del perché ripete fino a perdere i luoghi della sua storia” (ibid); la ripetizione si autoalimenta e talvolta per uscire dalle strettoie di una monotonia mortifera assume le caratteristiche di una eccitazione a rischio di morte. In gruppo tale ripetizioni possono tradursi in un contagio eccitato di agiti alimentari ripetuti in una dimensione di “sterilità per il suo eterno ricominciare” che si riattiva ogni volta con l’arrivo di ogni nuovo inserimento in una dimensione

identitaria e non trasformativa. Come sciogliere dunque legami di natura sterile, stagnante, mortifera, “come se fossero instaurati nell’atemporalità?...in cui prevale, scarsa capacità di trasformazione e rigidità difensiva” (Green 153). Sempre Green risponde e qui cito per intero “mi sembra che la soluzione, quando è possibile, e spesso non lo è, passi attraverso il tentativo di sciogliere certi legami interni strettamente intrecciati che servono a imprigionare l’insieme nella sua ostinata immobilità senza aspettarsi comunque che lo slegamento, da solo, basti ad ottenere il risultato desiderato. Questa resta nondimeno la fase preliminare da cui dipenderà il seguito” (Green 54) cioè come “liberare il soggetto dalla atemporalità di una perpetua ripetizione”. (Faimberg 198)

In adolescenza questa questione è un punto di riflessione fondamentale: il movimento adolescenziale è sottoposto, per antonomasia, ad un tempo fisiologicamente irreversibile che produce necessaria incertezza e domande ancora insature su di sé e sulle relazioni, laddove nella sintomatologia anoressica e bulimica vige un tempo reversibile che “sotto l’egida di una causalità circolare, non può che barricarsi in qualcosa di prevedibile e di più determinato”(Abraham G. De Senarclens, 1999) che resta fine a sé stesso senza evoluzione e quindi ristagnante e senza vita pulsante.

Perché quindi il gruppo se è già così complesso cimentarsi con la coazione a ripetere nei trattamenti individuali?

Mi viene in mente K. Abraham quando scriveva che “lo psicoanalista si trova costretto ad affrontare il problema del perché il malato risoluto a morire scelga la via lenta ed insicura della morte per fame”(1916).

Pretesto

La teoria psicoanalitica sui gruppi ma soprattutto la clinica gruppale erano ancora lontane a venire e certo non sappiamo se Abraham avrebbe approvato il trattamento di gruppo con chi voleva scegliere la morte lenta per fame.

Ora abbiamo questo strumento e per chi ne ha la competenza, esso va applicato, se ha una significazione, come sfida etica alla vita, al tempo della vita rispetto al tempo della morte, nonché rispetto ad una necessaria rivitalizzazione delle pulsioni libidiche rispetto ad una cristallizzazione mortifera che non necessariamente conduce ad una morte reale ma che si incista in un’emaciata sopravvivenza.

Il gruppo con pazienti adolescenti anoressiche bulimiche, nel suo insieme o per chi entra nel gruppo può essere il “pre-testo” per la costituzione di condivisibili e sorprendenti rispecchiamenti sintomatici in cui si allenta lo stato di un isolamento circondato dal vuoto relazionale. Essere realmente sole senza oggetto o con un oggetto percepito come carenziato è una condizione che accomuna queste pazienti che solitamente tollerano un rapporto con l’altro inteso non come oggetto ma come specchio. Finalmente c’è qualcuno come me” è una frase spesso ripetuta da queste pazienti in questo tipo di gruppo. C’è qualcuno come me ma non qualcuno con me. In

queste pazienti l'approccio con il "come me" è esperienza tollerabile e competerà al terapeuta il graduale passaggio dal "come me" al "con me".

La dimensione speculare in qualche modo consente di evitare nel gruppo monosintomatico l'eruzione talvolta incontenibile di identificazioni proiettive incrociate che provocherebbero nel gruppo un clima asfittico ed intasato da elementi scissi, patogeni, invidiosi che condurrebbero ad "evacuazioni" (Ferro 2002) e frammentazioni del campo gruppale

Rispecchiamenti condivisibili quindi ma dove spetta al terapeuta osservare nel corso del tempo gli elementi di diffrazione onde far intravedere alle pazienti le retrostanti figurazioni della loro soggettività e della loro fragile identità.

Il gruppo monosintomatico è il "pre-testo" alla possibile cura in quanto possono originarsi espressioni di tollerabili aperture a nuovi legami verso il medesimo a sé nella sua zona altra –ovvero ciò che sta dietro il sintomo- attraverso una strategica regia del terapeuta; quest'ultimo ha da attraversare il percorso delle diffrazioni ed effrazioni del mondo degli specchi con estrema delicatezza per raggiungere i meandri dell'intrapsichico e dell'intersichico asimmetrico (il luogo ed il tempo delle generazioni e dell'altro e non più solo del medesimo) perché il gruppo possa assumere valenze terapeutiche trasformative e non rimanere vincolato in una monotona solidarietà.

Dal pretesto al testo

Green ci ricorda che il sintomo e la malattia che si esprime nella ripetizione non "si riduce solo alla memoria occulta di un male antico, ma è avversario molto reale, del presente".

Un mondo di specchi in cui svelare effrazioni e diffrazioni ma dove il terapeuta si discosta inevitabilmente dal gioco degli specchi. In un gruppo di pazienti adolescenti anoressiche e bulimiche vi è uno scarto molto acuto tra differenza generazionale, differenza corporea e differenza di genere se il terapeuta è maschio. Certo il gruppo, incollato su di sé può negare, allucinare, attaccare o vivere in una dimensione illusionale di totale accudimento immaginando che il terapeuta si fondi con loro; ma rimane il fatto che competenza del terapeuta è non solo quello di lavorare su tali meccanismi, ma anche quello di non soccombere alla ripetizione che è alla base di questi meccanismi. La ripetizione "non si riduce solo alla memoria occulta di un male antico, ma è avversario molto reale del presente" (Green, 2000); si esprime nel tempo dell'attualità e nell'attualità della seduta; l'ascolto del conduttore man mano si cimenta negli automatismi della ripetizione per svelarne, con immane pazienza, le flebili "orme" (Corrao, 1998) delle radici originarie iscritte nel somatico; la ripetizione, come dice Green, è avversaria della vita, ma è necessario addomesticarci con essa, in un percorso di immedesimazione nel senso di provare a capire alla radice e provare ad intuire l'altro, per allentarne la sua morsa.

E' una sorta di addestramento all'ascolto delle ripetizioni nel gruppo che potranno condurre al piacere di apprezzarne le variazioni.

Nel gruppo cosa possiamo ascoltare al di là delle diete, delle abbuffate, del vomito, dei lassativi, delle bilance, dei grammi persi e ripresi, delle palestre?

Nel corso di questi anni mi sono accorto che si era formato anche in me una sorta di pregiudizio controtransferale che con l'entrata di nuove pazienti nel gruppo si potesse riacutizzare per un lungo periodo un copione già noto: diete, calorie assunte, vomito, lista di cibi desiderati ed irraggiungibili a fronte di alimenti elencati con ossessiva precisione.

E' un già noto nella mia mente che purtroppo rischiava di svilire quella curiosità che ogni analista dovrebbe provare di fronte ad ogni nuovo paziente.

La ripetitività del discorso poteva congiungersi con un ascolto predeterminato e preconfezionato che non aveva nulla a che vedere con quel necessario incontro tra voci che insieme possono dar luogo ad un plurivocalismo creativo; soprattutto il rischio era di perdere l'ascolto delle variazioni

Testo

Giulia, paziente alla sua seconda seduta e che aveva presentato la lunga lista di cibi non mangiati dice a Teresa "io non posso credere che tu mangi il parmigiano, se così fosse non capisco che cosa tu faccia qui" E Teresa, paziente da circa due anni nel gruppo risponde "ma il fatto è che io mangio di tutto ma è con la testa che penso continuamente al cibo".

"E' questo che cerco di fare capire a mia madre" - aggiunge Simona da diversi anni in gruppo - "ormai mangio di tutto e lei crede che io sia guarita ma io non mi sento tale, mi sento ancora insicura e comunque è un pensiero che ho sempre in testa".

In una sorta di fenomeno a massa tutte le altre pazienti lamentano di quanto loro si sentono sofferenti per la loro malattia e che spesso i genitori si illudono quando esse hanno le prime risoluzioni sintomatiche.

Sul discorso di Simona si apre un nuovo scenario che è quello della relazione madre-figlia. Andando indietro nel tempo ricordo quanto mi sentii contento quando una paziente, circa nove anni prima, aveva costruito un primo legame di senso tra il problema alimentare e la relazione con le figure genitoriali.

Questa questione, su cui si fondano le storie dei nostri pazienti, era man mano divenuto un discorso comune del gruppo in cui tutte le pazienti si ritrovavano e si rispecchiavano. Un coro di madri intrusive, madri assenti, padri lontani, violenti o talvolta incestuali, entravano attraverso le pazienti, nella scena del gruppo costituendo un terreno comune di riconoscimento reciproco e speculare attraverso un supposto processo identificatorio.

Identificazioni oppure meccanismi imitativi atti a recitare un rito di appartenenza? Siamo anoressiche e bulimiche perché nella nostra storia abbiamo avuto carenze o invadenze genitoriali diviene il filo conduttore delle pazienti.

Ritengo che in gruppo questo sia un fattore di riflessione molto importante; quanto le figure genitoriali introdotte nel gruppo siano l'esito di un autentico pathos e quanto

stiano ad indicare un fenomeno di contagio gruppale per una necessità di appartenenza più che legittima cui non corrisponde tuttavia, in talune pazienti, una condizione emotiva ed affettiva delle proprie vicissitudini familiari.

Questo per dire che nel gruppo, nel mio gruppo di adolescenti con un uno stesso sintomo, possiamo assistere ad un altro filo della ripetitività: “i genitori hanno a che fare con la mia malattia”.

Tiziana, al terzo anno, aggiunge “i genitori forse conteranno qualcosa ma la verità è che dobbiamo guardare dentro di noi quali pasticci abbiamo combinato”

Resto meravigliato quando Anna, l'altra nuova venuta nel gruppo, proseguendo questo discorso dice che “non è con la risoluzione del sintomo, che i problemi dentro di sé siano davvero affrontati”.

Una particolare qualità di insight oppure una risposta automatica a quanto diceva Tiziana? E' Il contatto immediato con il proprio mondo interno oppure un filo ulteriore ed intrigante della ripetizione che riguarda non il sintomo ma ciò che vi sta dietro e che certamente può sedurre lo psicoanalista al lavoro con questi temi.

Dalla ripetitività del sintomo, a quella delle configurazioni relazionali genitori-figli per raggiungere il discorso sul mondo interno.

Una specie di filo a spirale che in una dimensione diacronica si è insinuata nella stratificazione gruppale dentro cui l'arido terreno dell'anoressia si è lentamente fertilizzato per accogliere più facilmente nuove fioriture che si sono aggiunte nel corso del tempo.

Fioriture autentiche che, dopo dieci anni, trovano un ambiente più favorevole per una crescita più rapida oppure una sorta di sviluppo di cloni apparentemente pensanti? Questo è il problema.

Forse conviene arrivare all'intervento successivo ad Anna.

Parla intanto Giulia “Io non ci capisco niente di ciò che mi capita dentro. Io sento di avere un grande malessere ed una grande voglia di mangiare che non posso realizzare. Voi conoscete la storia della piccola fiammiferaia? Ecco io mi sento come lei. Come la bambina al freddo che dietro un vetro guarda gli altri mangiare e lei non può. Ecco il vetro me lo pongo io! Altro che voler essere anoressica, io sento un'enorme invidia per quella gente lì che mangia”.

Teresa.” Mi fai proprio venire in mente che l'altro giorno pensavo alle mie solite menate alimentari e poi sono andata a fumare una sigaretta sul balcone. Ho visto, accovacciato, sulla panchina di fronte al mio palazzo un tizio, probabilmente, un barbone, e sono indietreggiata immediatamente, una sorta di capogiro, per una scena che mi ha scosso. Forse il contrasto tra lui e la mia casa agiata, non so!”

In questa sequenza di interventi cogliamo un contenuto emotivo immediato, qualche cosa che pone un ordine di senso nuovo rispetto a precedenti interventi, un aspetto che sento di rottura rispetto a quanto detto finora, qualcosa che si leva dalle aree del profondo per essere espresso nel hic et nunc della seduta. Potremmo parlare di

un'intuizione improvvisa di Giulia e Teresa, ed a questo punto può originarsi un'evoluzione; l'evoluzione che è "il collegarsi di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che dopo l'intuizione, hanno assunto una coerenza ed un significato che prima non possedevano" (Corrao, 1983, vol 1). Funzione dell'analista è a questo punto di fare apparire "delle presenze che sarebbero altrimenti invisibili" (Videlman), nel senso di cogliere e mostrare quella forza ed energia emotiva che può infrangere la ripetizione.

La piccola fiammiferaia, lettura dei tempi dell'infanzia, è dolorosamente rassegnata ad accendere un fiammifero dietro l'altro per riscaldarsi in modo fittizio ed illusorio davanti ad un mondo che non accoglie perché ignora il suo stato.

In un primo momento Giulia è identificata con il mondo della piccola fiammiferaia ma poi nel gruppo se ne discosta quando lancia la bomba dell'invidia; si tratta di uno stato virulento e difficilmente tollerato: Teresa non può ancora consentire di l'idea dell'invidia –invidiare ed essere invidiati – e deve ritrarre fulmineamente lo sguardo di fronte al barbone lasciato a sé; soprattutto atterrisce di fronte allo specchio deformato dell'altro quasi uguale ma ancor più disagiato nella sua fame.

Il vecchio concetto di invidia, caduta ormai in disuso e talvolta bandito in vaste aree della psicoanalisi non kleniana, viene riproposta con autentica prepotenza da questa paziente.

Giulia non mangia per permanere ripetitivamente in una condizione di invidia primaria e Teresa non può dare spazio nella sua mente, sostenuta da un agio falso, al barbone morto di fame.

Quale interpretazione quindi? Un intervento di transfert al gruppo come luogo capace di contenere le piccole fiammiferaie che provano una sorta di terrore senza nome di fronte ad altri morti di fame, oppure provare a sondare un intervento nuovo, recuperando paradossalmente passate radici teoriche, in cui accanto al terrore di voler morire di fame, qualcuno nel gruppo si consente, tramite l'invidia, di voler trasformare i piccoli fiammiferi in un detonatore che faccia esplodere il ristorante?

E' in quel momento che il terapeuta, con i suoi pensieri frammentati, lacerati, insanguinati, potrà decomporre la certezza delle sue teorie senza rispondere alla coazione dei pazienti con la ripetizione di modelli magari rinnovati grazie all'estensione del pensiero psicoanalitico e ben confezionate ma che poco hanno a che fare con la risonanza emotiva nelle pazienti.

Come essere in contatto quindi con il gruppo delle pazienti attraverso un intervento che è l'esito di un legame controtransferale ma anche l'esito del gruppo di teorie che si sono stratificate nella propria mente?

L'interpretazione di un attacco invidioso (il fiammifero che accende la bomba) sarebbe però un'altra bomba determinando nel gruppo una probabile esplosione.

A tale proposito mi viene in mente Winnicott quando scrive a proposito della distruzione che "è necessaria non per via dell'impulso del bambino a distruggere ma a causa del rischio dell'oggetto a non sopravvivere"(Winnicott 162); avere nella propria mente la fantasia distruttiva della paziente è, secondo me, una condizione necessaria mentre sarebbe illusorio ed onnipotente fornire un'interpretazione in cui il

contenitore gruppale è in grado di sopravvivere alla bomba; credo che l'insieme di questi pensieri possa condurci a dire che "questa piccola fiammiferaia, al gelo e alla fame, avrebbe sperato di poter accendere con questi fiammiferi un camino nel ristorante se qualcuno l'avesse vista" dando alla piccola fiammiferaia l'idea che ha un piccolo strumento in mano.

Credo in conclusione che questi anni di lavoro di gruppo con pazienti anoressiche e bulimiche abbiano consentito dentro di me di stare a contatto con il mondo della ripetizione, che si snoda tra pazienti e paziente dopo paziente, ma anche con una rivisitazione mobile dei propri assetti clinici e teorici che, nella loro integrazione e talvolta nel loro rimescolamento non confusivo, permettono di uscire da rigidi vincoli di appartenenza per avvicinarci al mondo enigmatico dell'anoressia e della bulimia che solo apparentemente è catalogabile in schemi fissi.

Confiderò al lettore che quando mi ero cimentato con questo gruppo dieci anni fa regnava nella mia mente il dogma del contenitore bioniano capace di contenere la massa delle identificazioni proiettive dei pazienti e di restituirle bonificate al paziente. Avevo sentito la necessità di appellarmi in modo assoluto ad un vertice teorico che certamente Bion intendeva come una delle sonde teoriche possibili.

La creatività di un modello teorico di tale importanza poteva divenire nella mia mente la ripetizione di una teoria feticizzata che non avrebbe potuto certo accostarsi ad una mente e ad un corpo "che si è costretti ad abitare... ma dove non c'è il nulla, il buco, il vuoto"(Terninck)" e che non permetterebbe di avvicinarsi al mistero del femminile.

Notizie sull'autore

Ronny Jaffè è psicologo, psicoanalista, Membro ordinario della SPI. IPA approved Child and Adolescent Psychoanalyst. Responsabile del servizio di consultazione per bambini e adolescenti del Centro Milanese di Psicoanalisi "Cesare Musatti". Professore a contratto (Università degli Studi di Torino). Milano.
E-mail: ronnyj@tin.it