

## 9. Conclusioni

Oltre le tecniche e le strategie, si è visto che nel trattamento delle pazienti anoressiche sono indispensabili atteggiamenti relazionali non facili da conquistare. Lo psicoterapeuta è diviso tra il sottovalutare la gravità dell'anoressia, specie se solo con sintomo primario, e fare i conti con reazioni estreme. Deve imparare a convivere in una relazione che procura noia e impotenza. Abbiamo posto l'accento su come debba fare amicizia con l'angoscia di un vissuto di "non esistenza" in una relazione in cui egli impegna molte energie. Abbiamo osservato anche come i suoi interventi debbano seguire una strategia diplomatica che lo costringa a vivere come se avesse due personalità che desiderano in contemporanea ignorarsi e conoscersi. Abbiamo affermato che deve saper usare sia la maieutica logica sia quella comportamentale.

Nel prossimo capitolo esporrò come queste regole, applicate alla terapia di famiglia, permettano alle anoressiche di diventare pazienti che chiedono aiuto. Nel capitolo dodicesimo descriverò l'applicazione di queste regole al processo di psicoterapia individuale, che può permettere alle anoressiche di diventare pazienti, e attraverso la loro sintomatologia cercare il significato della loro vita.

## Capitolo undicesimo

### La psicoterapia di famiglia con le anoressiche

*La sofferenza ci minaccia da tre parti:  
dal nostro corpo ...  
dal mondo esterno ...  
e infine  
dalle nostre relazioni con gli altri uomini.  
La sofferenza  
che trae origine nell'ultima fonte  
viene da noi avvertita  
come più dolorosa  
di ogni altra.  
S. FREUD*

#### 1. Premessa

Nei capitoli precedenti ho affermato che le anoressiche con sintomo primario senza i sintomi secondari, approdano sia alla psicoterapia di coppia, sia a quella di famiglia. Essere prigioniera del corpo muto e dell'intelligenza meccanica rende il partner incapace di rispondere perfettamente alle loro richieste, non in grado di soddisfare appieno il loro bisogno ovvero di stare contro tutto ciò che succede dentro e intorno a loro. La moglie del direttore delle poste, sostenuta dal gruppo delle femministe e citata durante il lavoro, né è un esempio concreto. E' annoiata di essere assecondata in tutto dal partner; è arrabbiata per la perenne insoddisfazione di cui ritiene responsabile il marito. Per la signora ci sono motivi validi per intraprendere una psicoterapia di coppia in cui, secondo le sue attese, lo psicoterapeuta dovrebbe raggiungere quegli scopi che sono stati difficili a lei, ossia rendere il marito ancora più dipendente e servo. Se queste anoressiche hanno trovato un equilibrio mortale con il partner, è probabile che debbano chiedere poi aiuto per qualche figlio che manifesta seri disturbi psichiatrici. Ne è esempio la signora Teresa descritta nel secondo capitolo.

Anche le anoressiche con sintomo primario e sintomi secondari, inconsapevoli della loro malattia, sono portate in terapia di famiglia dai rispettivi familiari.

Quelle pazienti con sintomi secondari, ma senza il sintomo primario che ho preferito non considerare anoressiche, possono giovare di un trattamento psicoterapico familiare, con ottimi risultati. Lo stesso si dica delle pazienti affette dalla bulimia nervosa. Come il lettore ricorderà, entrambe hanno il corpo vivo e l'intelligenza vitale; ho preferito considerarle una categoria diversa per qualità e gravità rispetto all'anoressia così com'è intesa in questo lavoro. Per le pazienti bulimiche e per quelle con sintomi secondari anoressici, senza sintomo primario la psicoterapia di famiglia è il trattamento elettivo e non obbligatorio. Le pazienti, infatti, hanno consapevolezza della loro malattia e accettano la cura e quindi potrebbero intraprendere anche una psicoterapia individuale. L'indicazione dipende dalla motivazione dei pazienti e dei rispettivi familiari e dagli psicoterapeuti a disposizione. Inoltre la psicoterapia di famiglia può essere anche sufficiente al trattamento completo, perché queste patologie sono meno gravi e con la sola psicoterapia di famiglia possono ottenere una guarigione che permette una giusta individuazione e le rende capaci di affrontare la vita in modo sereno.

Per le anoressiche con sintomo primario, con e senza sintomi secondari, la psicoterapia di famiglia è la condizione minima e indispensabile perché la paziente possa prendere coscienza dei suoi problemi e diventare quindi una persona consapevole di aver bisogno di aiuto. Nello stesso tempo questo non basta, perché il lavoro di consapevolezza che la porta a trovare un senso salutare alla sua vita richiede una psicoterapia individuale di ristrutturazione.

## 2. Modello di riferimento per la psicoterapia di famiglia e suoi costrutti essenziali

La psicoterapia di famiglia sebbene abbia le sue origini nella prospettiva sistemica e nella scuola di Palo Alto, fonda le sue basi teoriche sulla teoria dei tipi logici di B. Russell, sulla teoria dei sistemi generali di L. von Bertalanffy e sulla teoria del doppio legame di G. Bateson, si è incarnata lungo la storia in tre correnti fondamentali: a. psicodinamica, b. cognitiva comportamentale, c. umanistica fenomenologica esistenziale. Personalmente mi muovo nell'orizzonte del modello umanistico fenomenologico esistenziale. In esso declino sia il costrutto di sistema come totalità, sia di parti, che in conformità a una formula strutturale diventano totalità, sia la molteplicità dei livelli logici. Per meglio comprendere il lavoro con le famiglie è opportuno descrivere meglio questi costrutti.

La famiglia Rossi mi consulta per la figlia Giovanna, affetta da bulimia nervosa. La paziente designata ha già seguito una psicoterapia individuale a indirizzo psicodinamico; la coppia dei genitori ha fatto una psicoterapia di coppia. Ambedue le psicoterapie sono state interrotte prematuramente. Alla prima telefonata con richiesta di consulenza sorge il problema del livello logico da scegliere per il trattamento: individuale, familiare, individuale e coppia in contemporanea? La risoluzione di questo problema ci aiuta a definire meglio i costrutti cui ho accennato.

- *Sistema.* Il sistema è una totalità che organizza in unità le parti che lo compongono. Questa definizione può essere applicata all'individuo: un insieme di funzioni necessarie perché si costituisca l'unità uomo. Può essere applicata alla coppia e alla famiglia; in tal caso le parti sono il marito e la moglie nella coppia; genitori e figli, marito e moglie, fratelli e sorelle nella famiglia.
- *Sottosistemi.* Nel sottosistema si possono prendere in considerazione le parti, ci si può fermare a livelli diversi. In una famiglia ci si può fermare al sottogruppo genitori/figli, oppure ai singoli individui che li compongono.
- *Livello logico.* Da quanto ho affermato, si può notare che prendo in considerazione nella sola famiglia, tre livelli logici: a. la famiglia come totalità, b. il sottosistema genitori e il sottosistema figli, c. i singoli individui. Ogni livello ha una sua legge di funzionamento che lo differenzia dagli altri.
- *Visione strutturale piramidale.* Ogni struttura è data dalla totalità di parti che la compongono ed è parte, a sua volta, di una totalità superiore. La famiglia è composta dai sottogruppi dei genitori e dei figli; a loro volta i sottogruppi sono costituiti dai singoli individui. In una visione strutturale piramidale, la totalità superiore influisce sulle parti che la compongono e le parti condizionano la totalità cui danno origine. In questo orizzonte c'è sempre un condizionamento sia dall'alto sia dal basso.
- *Forza di un modello.* La forza del condizionamento dall'alto verso il basso e viceversa è direttamente proporzionale al numero dei livelli logici che un modello al suo interno è in grado di differenziare. Nell'esempio portato posso prendere in considerazione l'ambiente della famiglia Rossi (= primo livello), la famiglia allargata (= secondo livello), la famiglia come unità (= terzo livello), i sottogruppi nella famiglia (= quarto livello), gli individui nella famiglia (quinto livello), gli anelli della catena della vita in ogni individuo (sesto livello), le posizioni esistenziali all'interno di ogni anello della catena della vita (settimo livello), i linguaggi di esistenza all'interno di ogni posizione esistenziale (ottavo livello).

L'elenco può continuare vero l'alto, per esempio l'ambiente della famiglia come parte di una cultura nazionale o continentale; può continuare verso il basso, per esempio prendendo in considerazione il linguaggio emotivo di esistenza, posso focalizzarmi sul sentimento della rabbia.

- *La forza di un intervento psicoterapico.* La forza dell'intervento su una famiglia dipende dalla capacità di scegliere a quale livello logico intervenire e dalla capacità di percepire gli effetti che l'intervento produce nel livello immediatamente superiore o immediatamente inferiore. Se decido di lavorare sulla famiglia come totalità devo tenere sotto osservazione ciò che il cambiamento produce nella famiglia allargata e nei singoli sottogruppi che compongono la famiglia. Se penso di modificare la famiglia come totalità intervenendo sui singoli membri senza tenere conto dell'effetto che si produce sui sottogruppi, il mio intervento diventa meno puntuale e meno efficace.
- *La causalità circolare e lineare come coesenziali.* Il principio di ragion sufficiente o causalità afferma che l'evento B dipende soltanto dall'evento A, ossia l'evento A causa l'evento B. Ciò può essere applicato alle parti di un sistema, tra le sue parti e la sua totalità e viceversa. La causalità circolare non soppianta quella lineare ma ne richiede l'applicazione in un modello strutturale. L'intervento che faccio sulla coppia in una famiglia determina un cambiamento sia nei singoli individui, sia nella famiglia come totalità. Nello scegliere l'intervento devo considerare anche i suoi effetti sugli altri livelli logici.
- *I costrutti d'identità e relazione.* In ogni intervento bisogna salvare sia l'identità/autonomia di ogni sistema sia la sua capacità di creare relazioni di crescita per sé e per gli altri sistemi. La famiglia allargata deve essere capace di sostenere l'autonomia delle singole famiglie che la compongono e costruire relazioni salutari tra loro. La famiglia deve essere capace di facilitare la crescita autonoma del sottogruppo genitoriale e del sottogruppo figli, permettendo anche sane relazioni tra essi. Il sottogruppo coppia deve permettere l'autonomia del marito e della moglie e una buona capacità di relazione tra di loro. Lo stesso si dica del sottogruppo dei figli, che deve permettere l'autonomia e il dialogo tra fratelli.
- *Nero/rigido/bianco.* Sono le categorie fondamentali in cui identifichiamo i diversi sistemi. Abbiamo un sistema nero se è ricco di elementi che non riesce bene a integrare; abbiamo un sistema bianco se è povero di elementi, anche se funziona bene al livello degli elementi che possiede. Abbiamo un sistema rigido se è

costituito da due sottosistemi fondamentali di cui uno dominante e contro l'emergere dell'altro sottosistema.

- *Confluenza/Dissociazione.* Sono le categorie relazionali fondamentali, di tipo disfunzionale, sia tra le parti e il sistema in cui sono inserite, sia tra le parti del sistema. La confluenza impedisce una sana differenziazione tra le identità in relazione (= dove si prevede individuazione c'è invischiamento); la seconda non permette un sano rapporto (= dove si prevede una relazione c'è l'isolamento)<sup>1</sup>.
- *L'emergentismo, la libertà e la responsabilità.* I modelli di psicoterapia che hanno come orizzonte valoriale il modello cognitivo comportamentale focalizzano l'apprendimento e il condizionamento; quelli che hanno come orizzonte le correnti psicodinamiche focalizzano il determinismo pulsionale; quelli che fanno riferimento alla corrente umanistico fenomenologico esistenziale pur accettando i costrutti di apprendimento e condizionamento e quello di motivazione (= pulsione) focalizzano la capacità di ogni sistema di emergere in novità (= emergentismo) rispetto al condizionamento e al desiderio. Specificamente per il sistema uomo prendono in considerazione i costrutti di libertà di scelta e di responsabilità etica. In tale orizzonte il sistema famiglia si rivela meno centrale del sistema individuo, perché a esso i costrutti di libertà e responsabilità possono essere attribuiti solo mediante gli individui che la lo compongono. In termini clinici dobbiamo concludere che la psicoterapia di famiglia è lo strumento che permette ai singoli individui che la compongono di realizzare i propri fini.
- *Scopo di ogni psicoterapia è la salute del sistema uomo.* Ogni intervento sia individuale, sia di coppia, sia di famiglia, sia di gruppo ha come scopo la salute del sistema uomo. La psicoterapia di coppia ha lo scopo di permettere ai partner di stare bene in coppia o di separarsi e realizzarsi come individui in altre relazioni. La psicoterapia di famiglia ha lo scopo di permettere a ogni membro di realizzarsi rispettando le regole del contesto in cui vive. Lo

<sup>1</sup> I costrutti di "famiglia invischiata" e "famiglia disimpegnata" di S. Minuchin (1970,1980) descrivono i modi fondamentali di relazionarsi all'interno della famiglia. Corrispondono ai meccanismi di confluenza per la prima e di dissociazione per la seconda applicati al sistema famiglia come totalità. Le interazioni, che lo stesso autore prende in considerazione, di "invischiamento" e "iperprotettività" corrispondono al meccanismo di confluenza; la seconda è una confluenza nel rapporto delle posizioni esistenziali di Genitore e Bambino. Le interazioni di "rigidità" e "evitamento del conflitto" possono essere considerate due forme di dissociazione.

psicoterapeuta in base alla salute di ogni paziente sceglie da quale livello logico cominciare a lavorare, ossia con una psicoterapia individuale, di gruppo o famiglia e sceglie anche come proseguire; si può iniziare con una psicoterapia individuale e poi approdare a una di coppia o di famiglia, per poi riprendere la psicoterapia individuale. Ogni scelta va fatta in funzione della salute del sistema individuo oggetto della cura (cfr. figura 11.1).

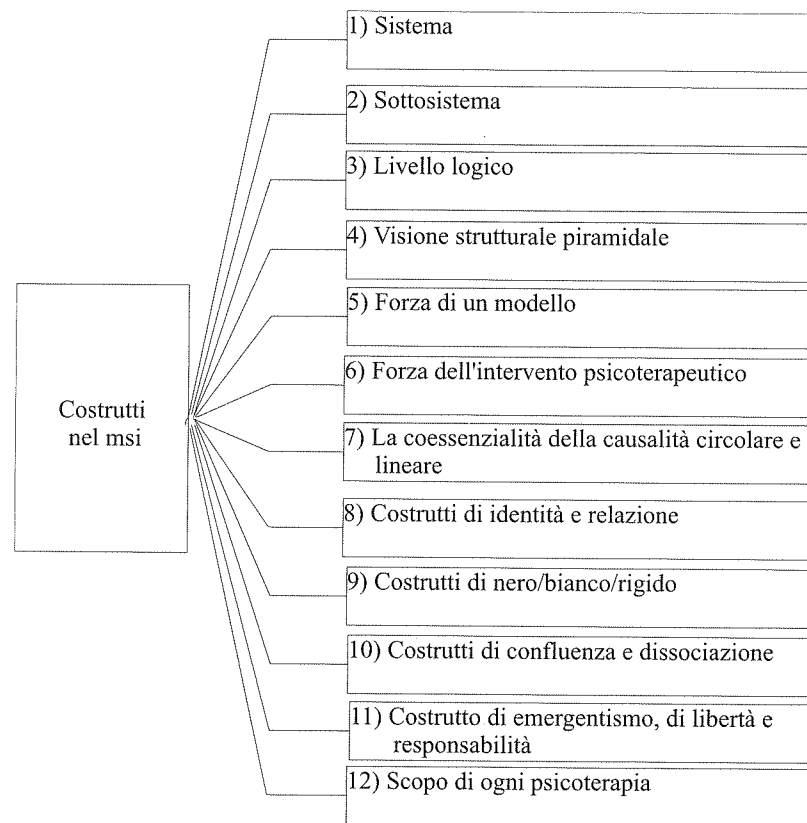


Fig. 11.1. Costrutti essenziali per una psicoterapia di famiglia secondo il msi

Ritorniamo alla famiglia Rossi e alla domanda che c'eravamo posti: a quale livello logico interveniamo? La famiglia Rossi come famiglia allargata è una famiglia nera di tipo confluyente. Tale confluenza è più evidente nella famiglia d'origine della madre. E' complicato proporre una psicoterapia di

famiglia allargata, perché ci sono molte resistenze sia nella famiglia Rossi, sia nel sistema più ampio. Si direbbe che l'impresa non vale la spesa. A livello "sistema famiglia", la identifichiamo come "rigida". In essa esistono due sottosistemi; il primo costituito dalla madre e dalla figlia Alfonsina è un sottogruppo "bianco" per la povertà degli elementi, dissociato perché tra i suoi elementi ci sono scarse relazioni e il proprio tornaconto accomuna la madre e la figlia. Come sottogruppo detiene il potere sulla famiglia, con la forza, pur avendo scarse capacità di analisi e di risoluzione dei problemi. Potremmo affermare che abbiamo la follia rigida al potere. Il secondo sottogruppo è nero perché è ricco di energia e confluyente tra i suoi membri. E' un sottogruppo con ottime capacità di analisi e progettazione, ma senza potere all'interno del sistema famiglia. Risolve i problemi che il gruppo dominante crea, senza la possibilità di impedire a questi di continuare a crearne.

A livello di "sistema individuo" la madre è un'anoressica con sintomo primario e sintomi secondari "esoterici" ossia con una "abito paranoico". Il padre è un "nero dissociato"; la figlia Alfonsina è un'anoressica con solo sintomo primario. La figlia Giovanna, paziente designata, è una "nera dissociata" col sintomo della bulimia nervosa.

L'esempio della famiglia Rossi può spaventare e confondere il lettore. Se ha la pazienza di tenere presente le categorie che ho dato, acquisterà nel suo lavoro una forza che gli permetterà interventi puntuali ed efficaci. Tenga presente l'importanza dei livelli logici; la famiglia estesa è "nera", modalità relazionali confluyente; il sistema famiglia Rossi è rigido, ossia è costituito da due sottosistemi di cui l'uno dominante e l'altro recessivo, in guerra tra di loro. Come si può notare in base al livello che si prende in considerazione, cambiano la natura del sistema e del tipo di relazioni. Un sistema così complesso e anche così patologico come quello della famiglia Rossi, fa ritenere che l'intervento sul solo paziente designato abbia scarse possibilità di riuscita. Se la famiglia accetta, conviene cominciare con una psicoterapia di famiglia.

### 3. Limiti negli studi della terapia familiare sull'anoressia

Credo che i contributi che la psicoterapia di famiglia abbia apportato nel settore dei disturbi del comportamento alimentare, siano stati molto enfatizzati. L'orientamento generale dei clinici verso un modello multidimensionale di psicoterapia di famiglia né è prova. Mi piace evidenziarne alcuni limiti affinché per il futuro la pratica clinica possa essere più efficace.

- *Creare categorie psicopatologiche più differenziate.* Come ho spesso affermato in questo lavoro la categoria dei DCA è generica e confusa. Tutte le ricerche che partono da simili categorie non possono che approdare a conclusioni generiche. Le categorie della Selvini Palazzoli di anoressia di tipo A, restrittiva e di tipo B, bulimica purgativa ne sono un esempio; mancando la chiarezza dello *specifico* dell'anoressia e della bulimia approda a conclusioni confuse. La Selvini considera l'anoressia di tipo A, come anoressia restrittiva e quella di tipo B, come anoressia con abbuffate e condotte di eliminazione. In realtà quella di tipo A è un'anoressia mentre quella di tipo B credo debba essere considerata una bulimia nervosa, che ha poco in comune con l'anoressia e anche con quella purgativa. Infatti, la maggior parte delle forme di DCA emergenti nel mondo contemporaneo sono patologie con i sintomi secondari dell'anoressia, senza il sintomo primario. Se non si fa chiarezza, si conclude per risultati benevoli verso l'anoressia; in realtà queste ricerche non riguardano la vera anoressia.
- *La necessità di un modello di psicoterapia familiare più puntuale e differenziato.* Tutti conosciamo l'enfatizzazione data al sistema come totalità a scapito delle parti che lo compongono e dei molteplici livelli logici. Oggi si comincia ad accennare alla "multidimensionalità" da prendere in considerazione nella psicoterapia familiare; sembra, però, ancora un'aspirazione che non si sostanzia nella costruzione di modelli più differenziati. La mancanza di modelli puntuali porta a conclusioni errate e generiche. Per esempio i costrutti di famiglia invischiata e di famiglia disimpegnata di S. Minuchin non sono specifici delle famiglie con paziente designata anoressica. Il coinvolgimento della paziente anoressica con un genitore o con l'altro, ipotizzato dalla Selvini, salta dal livello logico del sistema generale a quello degli individui, sottovalutando il livello dei sottogruppi. La semplicità dei modelli ha generato miti onnipotenti da cui uno psicoterapeuta che lavora con pazienti gravi, come le anoressiche, deve vaccinarsi.
- *Dai contenuti ai modelli, dai miti alle relazioni costruttive possibili.* In psicoterapia non è facile declinare i contenuti e i modelli. La psicoanalisi può avere come contenuto la teoria pulsionale, quella delle relazioni oggettuali ed essere anche un modello di cura. Spesso i due livelli sono contaminati. Nella psicoterapia di famiglia applicata all'anoressia, si sono inventati molti "miti magici". Il mito della paziente, "capro espiatorio" del sistema famiglia, quello della paziente come "scioperante della fame", il mito dello "stallo della coppia" che la paziente protegge, il mito della "famiglia vuota,

serena e onnipotente", "il mito dell'onnipotenza dell'intervento paradossale", sono espressioni colorite adatte a descrivere intuizioni per piccoli interventi, ma non sono la formula strutturale dei sistemi familiari che generano l'anoressia.

- *Dal modello mitologico al modello decisionale.* Spesso nella psicoterapia della famiglia è stato utilizzato un modello "epifanico" che annuncia verità misteriose e deresponsabilizzanti. Lo psicoterapeuta familiare ha vestito i panni del profeta che rivela verità sconosciute, che una volta palesate, produrranno effetti miracolosi. Bisogna che si ritorni a una visione più umana dello psicoterapeuta della famiglia; egli è solo un professionista che insegna a comunicare in modo corretto tra i sistemi e all'interno dei sistemi, rendendo ogni individuo capace di prendere decisioni più consapevoli, in funzione degli scopi che si prefigge di raggiungere nella vita (cfr. figura 11.2).

Credo che come psicoterapeuti di famiglie con pazienti anoressiche abbiamo un compito arduo da intraprendere, consapevoli che i problemi si affrontano con fatica e ritmi umani, più che con magiche formule infantili.

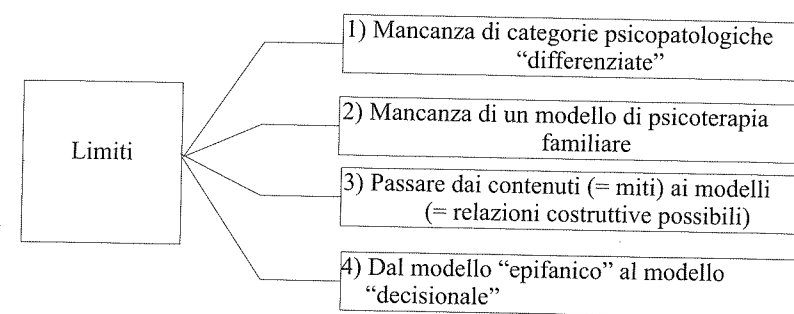


Fig. 11.2. Limiti emersi nella psicoterapia di famiglia con l'anoressia

#### 4. La "rigidità" del sistema famiglia con un membro anoressico con sintomo primario o anche con sintomi secondari

Ho affermato che le pazienti anoressiche con sintomo primario approdano alla psicoterapia perché all'interno della loro famiglia un membro evidenzia sintomi secondari non specificamente di tipo anoressico. La famiglia della signora Teresa arriva in psicoterapia per chiedere aiuto per una figlia psicotica. La coppia formata dal direttore delle poste approda alla psicoterapia a causa di un marito non perfetto a soddisfare i desideri idealizzati della moglie. La famiglia Rossi approda in psicoterapia per la

figlia Giovanna che è bulimica. Ritengo anche che le anoressiche con sintomi primari e con sintomi secondari, approdino in psicoterapia perché i familiari si sentono impotenti e la paziente designata non vuole curarsi. Come abbiamo già affermato, la psicoterapia di famiglia è lo strumento più adatto sia per le pazienti con sintomo primario sia per quelle con sintomo primario e secondario. E' indispensabile per superare l'egosintonia sintomatica delle pazienti anoressiche e farle così diventare pazienti capaci di intraprendere una psicoterapia individuale.

Il sistema familiare con un membro anoressico è di "colore rigido" (cfr. figura 11.3) (mi richiamo all'uso dei colori "nero", "bianco" e "rigido" utilizzati nella psicopatologia del msi) con una modalità relazionale dissociativa. Il membro anoressico sta nel sottosistema dominante; questo a sua volta può essere "bianco" o "rigido". Nel primo caso avremo un'anoressia con sintomo primario senza sintomi secondari; nel secondo caso potremmo avere un'anoressia sia con sintomo primario sia con sintomi secondari.

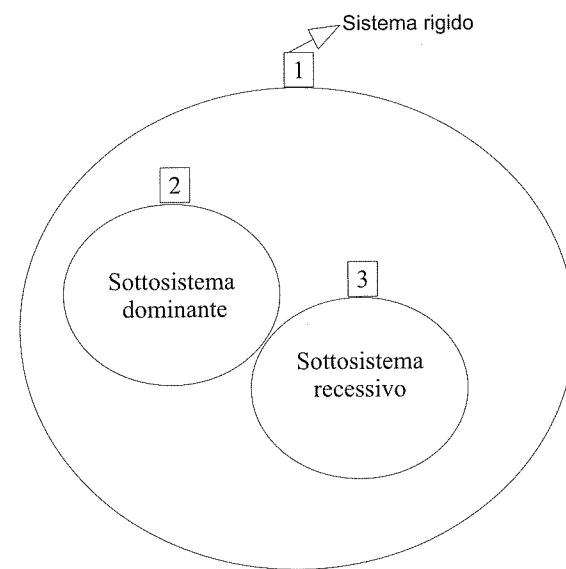


Fig. 11.3. Famiglia rigida

Ritorniamo alla famiglia Rossi in cui esistono due anoressiche con il solo sintomo primario e una bulimica con abbuffate e vomito. Il sistema famiglia è rigido, ossia ha in sé due sottosistemi o sottogruppi di cui uno dominante e l'altro recessivo. In genere il gruppo o sottosistema che detiene il potere (= dominante) è meno capace del gruppo recessivo. Nella Famiglia Rossi il sottogruppo madre/figlia Alfonsina è di colore "bianco" con modalità relazionale dissociativa. E' composto di due anoressiche con sintomo primario e senza sintomi secondari. Se si trasformerà in sottogruppo rigido con modalità relazionale dissociativa potremmo avere che uno dei due membri potrà manifestare anche i sintomi secondari. Il sottogruppo recessivo costituito dal padre e dalla figlia Giovanna è di colore nero di tipo simbiotico. In genere le pazienti bulimiche convivono stabilmente in una famiglia o in un sottosistema nero con modi relazionali di tipo confluyente.

Un secondo esempio ci può aiutare a capire l'importanza di una diagnosi differenziale dell'anoressia e la necessità di un modello anch'esso più differenziato e complesso del modello di psicoterapia familiare. La famiglia della signora Teresa è di tipo rigido e modalità relazionale tra i sottosistemi di tipo dissociativo. Nella famiglia della signora Teresa esiste il sottogruppo costituito dalla signora Teresa e dal figlio Pascal di "colore bianco" e modalità relazionale dissociativa. E' il sottogruppo dominante che pur essendo limitato nelle analisi e nella progettazione detiene di fatti il potere. Il sottogruppo del padre con la figlia Barbara è di "colore nero" e modalità relazionale di tipo confluyente. E' il sottogruppo che ha più capacità e meno potere. Il sottogruppo dominante è costituito da un membro anoressico con sintomo primario (= madre) e un membro più nero verso il caratteropatologico. Il gruppo recessivo è costituito da due soggetti neri con modalità relazionale confluyente.

**4.1. La formula strutturale di una famiglia con un membro sia con solo sintomo primario anoressico sia con sintomo primario e sintomi secondari anoressici**

Da quanto affermato fin qui perché ci possa essere una anoressica con sintomo primario è necessario: a. una famiglia di "colore rigido" e modalità relazionale dissociativa; b. l'appartenenza dell'anoressica al sottogruppo dominante che può essere di "colore bianco" o "colore rigido"; c. se il sottogruppo dominante è di "colore bianco" si avrà una anoressia solo con sintomo primario; se è di "colore rigido" o di "colore nero" con modalità relazionale confluyente si avrà una anoressia con sintomo primario e anche con i sintomi secondari cfr. figura 11.4).

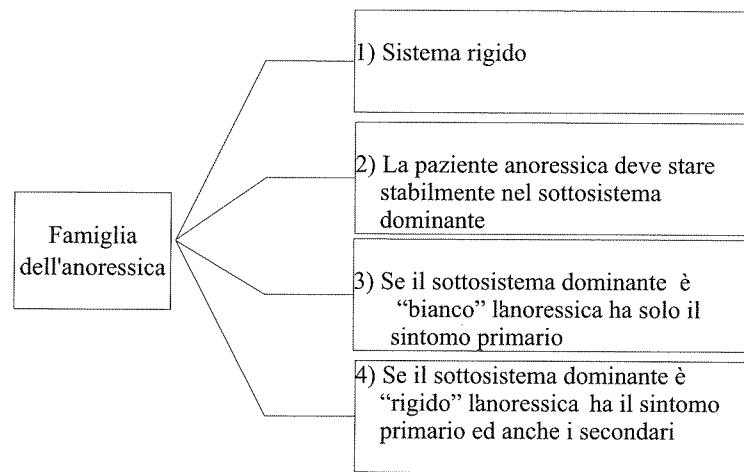


Fig. 11.4. Il tipo di sistema famiglia delle anoressiche

**4.2. Un'ipotesi affascinante: i sistemi che un'anoressica con sintomo primario può generare**

Le osservazioni che seguono sono basate sull'esperienza più che trentennale di lavoro clinico, didattico e di ricerca e su un ragionamento ipotetico deduttivo. Il punto di partenza del ragionamento può essere considerato arbitrario: l'anoressica con sintomo primario che si sposa, a quale sistema familiare può dare vita? L'arbitrarietà può essere mitigata dalla considerazione che le anoressiche anche con sintomi secondari difficilmente approdano al matrimonio. Se hanno debellato i sintomi secondari o sono guarite, non rientrano in questa ipotesi. Se sono migliorate ritornando al solo sintomo primario, possono rientrare nell'ipotesi.

L'ipotesi non esclude la possibilità dell'esistenza di un'anoressica sia con solo sintomo primario, sia con sintomo primario e sintomi secondari al di là dei sistemi familiari che saranno descritti in base all'ipotesi fatta. L'esperienza clinica, sebbene non sottoposta ancora a ricerca randomizzata, non ha evidenziato l'esistenza di sistemi familiari con paziente anoressica con sintomo primario, diversi da quelli emersi dall'ipotesi fatta. Possiamo concludere con sufficiente certezza di poter descrivere la tipologia di *sistema familiare possibile* per un'anoressica con sintomo primario.

**4.2.1. La tipologia della coppia originaria e le possibili famiglie che può generare**

Ipotizziamo che un'anoressica con solo sintomo primario convoli a nozze; ha tre possibilità:

- Si può sposare con un partner di colore "bianco". Il marito della signora Giovanna è un bianco; il direttore dell'ufficio delle poste è un bianco.
- Si può sposare con un partner di colore "nero"; il signor Aldo marito della signora Teresa è un nero. Il marito della famiglia Rossi è un nero.
- Si può sposare con un partner di tipo rigido, per esempio una struttura paranoica. Mi accorgo purtroppo, di non aver portato nessun caso di questo tipo.

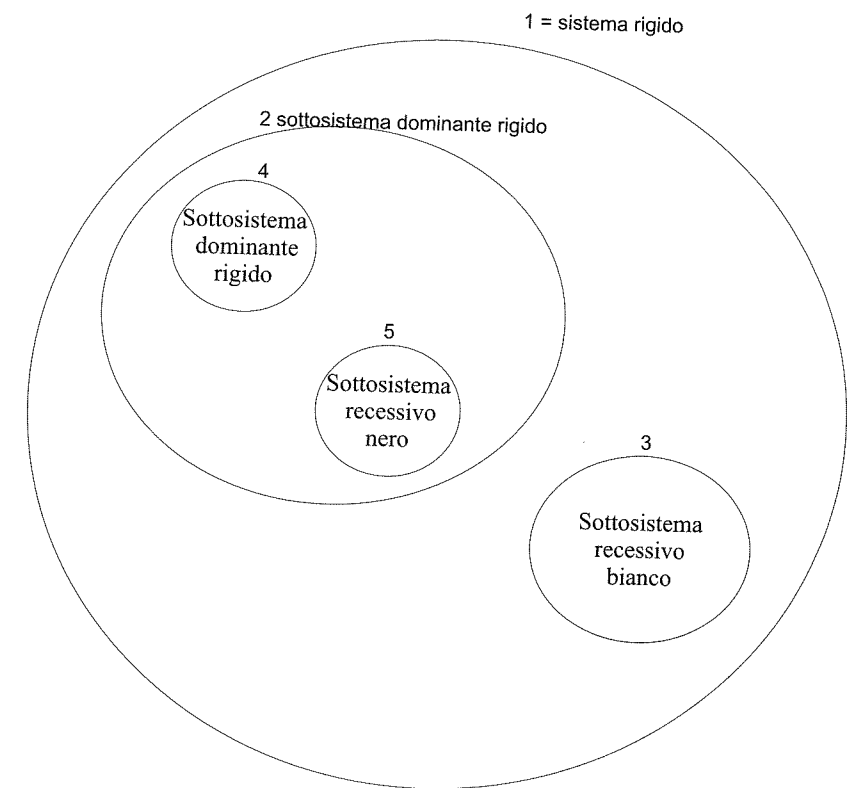


Fig.11.5. Sistema famiglia con anoressica con partner "bianco"

Le possibilità di abbinamento variano in base al "colore" del partner; la possibilità con il partner "bianco" è alta, col partner "rigido" è discreta, con quello "nero" è sufficiente.

Ipotizziamo che tali coppie abbiano due o tre figli. Queste famiglie se non sapranno gestirsi, potrebbero creare le seguenti tipologie di famiglia:

- La coppia anoressica con partner bianco costituirebbe un sistema famiglia rigido con due sottosistemi: il sottosistema dominante, costituito dalla madre e dai figli, il sottosistema periferico costituito solo dal partner. Il sottosistema dominante è un sistema rigido a sua volta composto da due sottogruppi; il sottosistema dominante costituito dalla madre e da un figlio sarà di colore bianco e con modalità relazionale dissociativa; il sottosistema periferico sarà costituito da l'altro figlio e sarà di colore nero ed è probabile che possa diventare uno psicotico o un caratteropatico. La famiglia della signora Giovanna ha un solo figlio; il sottosistema dominante è costituito dalla madre e dal figlio e il sistema recessivo è costituito dal padre. E' probabile che il sottosistema dominante passi da uno stile simbiotico protettivo a uno simbiotico oppositivo nel passaggio adolescenziale del figlio. A questo punto del ciclo della famiglia possono ricomparire i sintomi nella madre o è il figlio che può diventare sintomatico (cfr. figura 11.5).

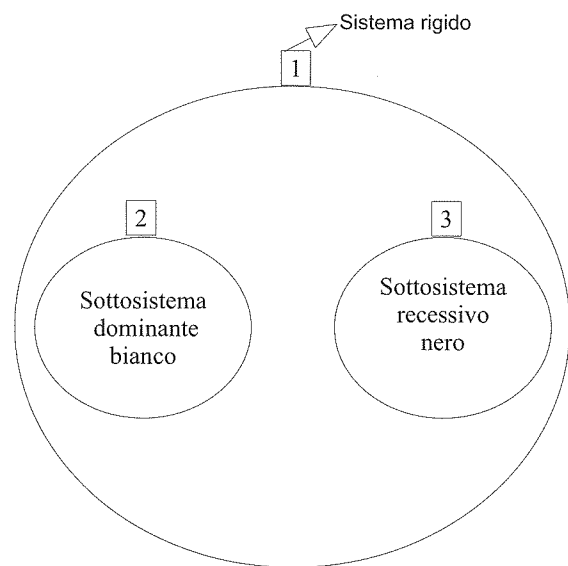


Fig. 11.6. Sistema famiglia con anoressica e partner nero

- La coppia anoressica con partner nero costituirebbe una famiglia rigida con modalità relazionale a metà strada tra il dissociativo e il confluyente.

Il sottosistema dominante sarà costituito dalla madre e da un figlio; sarà di colore bianco con stile relazionale dissociativo; il sottosistema periferico sarà costituito dal padre e dell'altro figlio che sarà di colore nero e con modalità relazionale simbiotica. La famiglia della signora Teresa e la famiglia Rossi ne sono un esempio chiaro. Abbiamo differenza nella patologia dei figli; nella famiglia della signora Teresa il figlio inserito nel sottogruppo della madre è sul versante caratteropatico e la figlia nel sottogruppo del padre è una chiara psicotica. Nel gruppo della famiglia Rossi la figlia nel sottogruppo dominante della madre è un'anoressica solo con sintomo primario; la figlia nel sottogruppo del padre è una bulimica con vomito (cfr. figura 11.6).

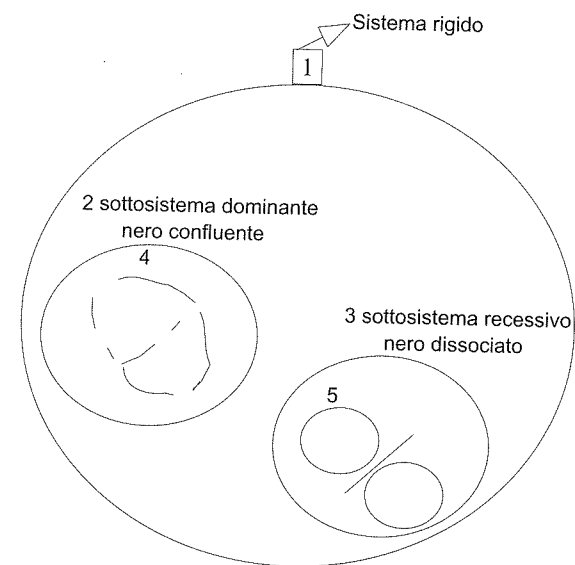


Fig. 11.7. Sistema famiglia con anoressica con partner rigido

- La coppia anoressica con partner rigido, per esempio un paranoico, può dare vita a una famiglia rigida con modalità relazionale che oscilla



continuamente tra la dissociazione e la confluenza<sup>2</sup>. Il sottosistema dominante sarà nero con una modalità relazionale di tipo confluyente e il sottosistema recessivo di tipo nero con modalità relazionale di tipo dissociativo (cfr. figura 11.7).

L'ipotesi fatta conferma le regole emerse circa la struttura del sistema famiglia con un membro con sintomo primario di anoressia: a. una famiglia di colore rigido e di tipo relazionale dissociativo; b. l'appartenenza dell'anoressica al sottogruppo di potere che può essere sia di colore bianco sia di colore nero, sia di colore rigido; c. se in tale sottogruppo è di colore "bianco" si avrà un'anoressica con solo sintomo primario; se il sottogruppo è "rigido" o "nero" con modalità relazionale confluyente si avrà un'anoressica con sintomo primario e anche con i sintomi secondari.

### 5. Il trattamento familiare e i suoi scopi

Nel trattamento di una famiglia con paziente anoressica con sintomo primario colpisce la non osservanza dei livelli logici all'interno dei sottosistemi. In una famiglia sana oltre a una comunicazione chiara a livello cognitivo, emotivo e corporeo, bisogna salvare anche le relazioni derivanti dalle posizioni esistenziali (Genitore, Adulto, Bambino). I sottogruppi dominanti dovrebbero essere il gruppo genitoriale con la doppia funzione di coniugi (Adulto/Adulto) e di genitori (Genitore/Bambino) e quello dei figli con la doppia funzione di figli (Bambino/Genitore) e di fratelli (Adulto/Adulto). Ciò che stabilmente emerge è il salto generazionale; nella famiglia con madre anoressica e padre sia di colore "nero", sia di colore "rigido". In genere, un figlio fa coppia con il padre e un altro fa coppia con la madre. Nella famiglia con un padre "bianco" il padre diventa periferico costituendo un sottosistema a sé e la madre costituisce un gruppo con i figli; all'interno di quest'ultimo gruppo ci sono altri due sottogruppi di cui uno dominante, la madre con un figlio al suo stesso livello logico e l'altro costituito dal figlio tenuto sullo sfondo.

Abbiamo visto che nella famiglia Rossi la madre fa sistema con la figlia Alfonsina e il padre con la figlia Giovanna. Lo stesso lo abbiamo visto con la famiglia della Signora Teresa. Nella famiglia della signora Giovanna, la madre fa coppia con il figlio e il padre è periferico.

<sup>2</sup> Nei momenti di socialità e divertimento sembra più emergere la tipologia relazionale confluyente; nei momenti di crisi la modalità relazionale è dissociativa. Circa questa tipologia ci sono molti elementi da verificare ancora.

### 5.1. Principi generali

Nel trattamento della psicoterapia di famiglia con membro anoressico con sintomo primario diventa indispensabile perseguire i seguenti scopi:

- *Ricostituire i sottogruppi in base al livello logico naturale.* Primo scopo di ogni psicoterapia di famiglia è riportare per quanto è possibile alla ricostituzione dei sottogruppi "naturali". I genitori devono costituire un sottogruppo e i figli, un altro sottogruppo. La rottura di questa regola permette salti generazionali che se diventano stabili sono sempre fonte di patologia. Nella famiglia Rossi si cerca di mettere in contatto il padre con la madre; di riportare le figlie a essere sorelle. Non sempre è possibile realizzare questo scopo; alcune volte bisogna creare sottogruppi intermedi meno patologici per raggiungere lo scopo. Nella famiglia Rossi, infatti, è impossibile mettere in relazione marito e moglie; c'è molta rabbia tra di loro implicita ed esplicita. La simbiosi da cui erano partiti è molto grave: un bambino (= marito) che idealizza la moglie (= madre) di cui non è assolutamente capace di vedere i limiti e per la quale è disposto ancora oggi a sacrificare se stesso e le figlie. Si può iniziare mettendo in relazione le sorelle e creando contemporaneamente un rapporto più positivo della figlia Giovanna con la madre, e della figlia Alfonsina con il padre. Questa ipotesi permette a Giovanna di imparare un modo di entrare in relazione più differenziato, e alla madre di imparare a osservare un minimo di senso di realtà; ad Alfonsina permette di imparare a restare nelle relazioni con senso di realtà, e al padre di essere un genitore normativo con la figlia, per diventare in seguito, un adulto provvisto di un maggior senso di realtà nel rapporto con la moglie. Questo lavoro prepara la coppia a essere pronta a diventare una coppia genitoriale capace di dialogare nell'affrontare i problemi che le figlie creano. Ciò può costituire una premessa per un dialogo più intimo come partner.
- *Riequilibrare il potere tra i sottogruppi.* Il secondo scopo consiste nel riequilibrare il potere dei sottogruppi valorizzando i rispettivi pregi e neutralizzando i difetti e i limiti. Nella famiglia Rossi il sottogruppo dominante ha potere, ma non ha cervello. È costituito da due membri ambedue con corpo muto e intelligenza meccanica che si rivelano, purtroppo, un disastro nei rapporti umani, anche se sono funzionali nelle pubbliche relazioni. Il sottogruppo recessivo pur avendo molte potenzialità sia nei rapporti umani, sia nella vita sociale e nel lavoro, non fa tesoro di queste possibilità. Non ha la forza di contrastare il gruppo dominante. Con le giuste strategie bisogna valorizzare il gruppo recessivo stimolandolo a difendere ciò che vede e a far notare gli errori al gruppo dominante. Esiste uno stile relazionale molto strano tra i due

sottogruppi della famiglia Rossi. I meriti delle cose buone sono accaparrati dal sottogruppo dominante, anche se nella loro progettazione e realizzazione hanno collaborato poco. Gli errori sono sempre scaricati sul gruppo recessivo, anche se le decisioni che hanno portato a questi sbagli sono state prese dal gruppo dominante, e subite da quest'ultimo.

- *Mettere le basi per far diventare adulti e responsabili i singoli membri della famiglia.* Nel ricostruire i gruppi e i sottogruppi "naturali" si dovrà insegnare a ogni membro a essere chiaro con sé e gli altri; a saper rispettare le regole del proprio ruolo e far rispettare le regole del ruolo agli altri. Tutto ciò richiede maggiore consapevolezza di sé e degli altri per imparare a dialogare in modo possibile e realistico. Tale lavoro richiede che nella famiglia Rossi il padre impari a essere marito e padre; la madre impari a essere moglie e madre. Occorre che entrambi imparino a realizzare i loro ruoli in modo sempre più integrato e realistico. Le figlie devono imparare a essere figlie e sorelle in modo sempre più integrato e profondo. Nelle famiglie gravemente disturbate è difficile raggiungere questi scopi; in base alla gravità e alla motivazione di ogni membro si procede, senza svalutare i piccoli passi raggiunti da ognuno e i semi di una possibile evoluzione in positivo. Nella famiglia Rossi, nonostante le poche sedute di psicoterapia di famiglia, si sono ottenuti dei risultati ragguardevoli. La madre negli incontri di psicoterapia pensa di spadroneggiare come a casa; dopo poche sedute (alla terza seduta) interrompe la psicoterapia pensando di trascinare con sé gli altri membri della famiglia. Non raggiungendo lo scopo ha subito una separazione, sempre minacciata e mai realizzata. Ha dovuto mettere in crisi la sua immagine di buona madre perché Giovanna, paziente designata, ha preso distanza da lei e più che farsi imprigionare dal senso di colpa a causa delle sue finte lacrime, le rimanda ciò che pensa di lei. Alfonsina, è emersa agli occhi del padre e della sorella Giovanna in tutta la sua irresponsabilità e similitudine con la madre. Padre e sorella non ne decantano più solo le qualità, ne evidenziano anche limiti e grettezza d'animo. Deve fare i conti con un'immagine di sé meno idealizzata. Il padre ha rotto l'idealizzazione della moglie; ha intrapreso la separazione, anche se portata avanti con molta difficoltà a causa delle manovre seduttive della moglie. E' ancora spaventato di intraprendere un suo cammino personale; credo che dovendo fare i conti con la sua solitudine, lo intraprenderà quanto prima. Giovanna, la paziente designata, ha rotto una simbiosi quasi incestuosa con il padre; si è liberata dal senso di colpa in cui la madre la teneva prigioniera; si è differenziata dalla sorella. Vive da sola e professionalmente sta realizzando una piccola azienda. Il sintomo della bulimia è scomparso. Continua la sua

psicoterapia per imparare ad affrontare i problemi della vita e specialmente quelli dell'intimità.

Al di là della brevità della psicoterapia, la famiglia Rossi ha raggiunto lo scopo per il quale si intraprende una psicoterapia di famiglia: far sì che il paziente designato accetti di avere bisogno di aiuto e intraprenda una psicoterapia individuale. Si sono messe le basi perché gli altri membri s'imbattano nei rispettivi problemi. La madre dovrà rendersi conto che senza un marito che tamponi tutti i suoi errori, ha scarse capacità umane e professionali. Per capire la gravità della situazione, ricordo che solo negli ultimi due anni il marito ha estinto circa due milioni di euro di debiti che la moglie ha contratto nella sua attività di "imprenditrice". Quando le banche non l'hanno più sostenuta, invece di rendersi conto degli errori, ha accusato il marito che non ha intercesso presso i direttori per far prorogare i fidi. Alfonsina, anche se ci vorrà più tempo, dovrà come la madre uscire dal suo mondo infantile e onnipotente. Il padre, trascorso il tempo in cui può rivalutarsi per le sue capacità professionali, dovrà rendersi conto della sua fragilità nelle relazioni umane. Poche sedute di psicoterapia di famiglia hanno rivoluzionato un'omeostasi patologica diventata ormai cronica (cfr. fig. 11.8).

- 1) Ricostruire i sottogruppi in base al livello logico naturale = eliminare i salti generazionali
- 2) Riequilibrare il potere tra i sottogruppi
- 3) Mettere le basi per far diventare adulti e responsabili tutti i membri della famiglia

Fig. 11.8 Principi generali del trattamento della famiglia con uno o più membri anoressici

## 5.2. I principi nella pratica

L'anoressica con solo sintomo primario chiede aiuto per due motivi fondamentali: a. perché un membro della sua famiglia sta male. In genere la struttura anoressica è la madre e il paziente designato è un figlio psicotico; ne è esempio il caso della signora Teresa descritto nel capitolo secondo. La

figlia Barbara è una psicotica; la signora Teresa è un'anoressica con sintomo primario. b. Poiché le situazioni stressanti hanno messo in crisi il suo corpo muto e la sua intelligenza meccanica accentuando il meccanismo di controllo, si è scatenata un'angoscia poco gestibile. Tale angoscia la spinge a chiedere aiuto. La signora Giovanna ne è un esempio.

Se vi è una paziente anoressica sia con sintomo primario sia con sintomi secondari, è la sua famiglia a chiedere aiuto perché lei non ha coscienza della malattia.

Il processo di psicoterapia con questi pazienti precede le seguenti tappe fondamentali: a. motivare la famiglia alla psicoterapia e infondere speranze realistiche di cura; b. risistemare i sottogruppi della famiglia e renderli più funzionali in base ad un modello di famiglia sana, di riferimento; c. chiusura della psicoterapia di famiglia e probabile continuazione con la psicoterapia di coppia e psicoterapia individuale.

#### *5.2.1. Motivare la famiglia e infondere speranze realistiche*

Una volta che lo psicoterapeuta ha stabilito la necessità della psicoterapia di famiglia, deve motivare e agganciare in modo realistico tutti i membri in base al potere che rivestono nella famiglia. In questa fase lo psicoterapeuta ha due scogli da evitare: a. Il braccio di ferro sul sintomo; b. motivare e "sedurre" chi ha il potere nella famiglia in modo che continui a portarla in psicoterapia.

Circa il sintomo, quando è la struttura anoressica con sintomo primario a portare la famiglia in psicoterapia, non è difficile far il passaggio dalla richiesta sintomatica a quella psicoterapica, ossia passare dal sintomo per cui si chiede aiuto, al mettere a fuoco i problemi della famiglia. Se si chiede di esprimere a ogni membro ciò che gli piace (= risorse) e ciò che vorrebbe cambiare (= problemi) nella famiglia e lo psicoterapeuta ne fa una traduzione chiara utilizzando la connessione tra il linguaggio cognitivo e il linguaggio emotivo, si fa un buon aggancio e si accende la speranza per un cammino di cura. Se la paziente designata è l'anoressica con sintomo primario e con sintomi secondari, il lavoro sul passaggio dal sintomo al problema è più difficile; richiede di mettere in crisi il rapporto di potere tra chi utilizza il sintomo per segnalare che nella famiglia vige uno stile relazionale disfunzionale e chi vorrebbe eliminare il sintomo per lasciare la famiglia nella sua omeostasi. C'è una guerra all'ultimo sangue all'interno del sottosistema di potere a chi spetta la direzione della missione della famiglia. In questo caso bisogna sia stemperare il clima di guerra, sia cautelare la paziente dal rischio di morte. La strategia, cui ho già accennato, del "contratto di curarsi in situazioni di pericolo di vita", che deve essere

accettato sia dalla paziente sia la famiglia, prima di intraprendere la psicoterapia, permette di raggiungere ambedue gli obiettivi. Elimina in modo realistico il motivo della guerra tra la paziente designata e la sua famiglia, rasserenando gli animi. La paziente, impegnandosi a seguire le cure del medico se c'è pericolo di vita, elimina la lotta che fa con i familiari per il cibo. Il clima di serenità che ne consegue permette di mettere a fuoco le relazioni disfunzionali della famiglia.

Il secondo scopo consiste nel motivare e "sedurre" la famiglia a intraprendere la psicoterapia. Per le famiglie in cui l'anoressica con solo sintomo primario porta la famiglia in psicoterapia è possibile raggiungere tale scopo attraverso una comunicazione chiara tra i suoi membri. Se si seguono i principi generali cui ho accennato e si declinano insieme nella comunicazione, il linguaggio cognitivo e quello emotivo, la comunicazione diventa possibile e chiara. Ciò permette di motivare tutti i membri della famiglia, ma specialmente la madre, anoressica con solo sintomo primario, e il paziente designato; quest'ultimo sentendosi capito trova nello psicoterapeuta un alleato; la madre anoressica s'innamora della capacità dello psicoterapeuta e inconsapevolmente lo elegge suo alleato; si illude che questi realizzerà gli scopi per i quali lei ha dovuto dichiararsi sconfitta.

L'aggancio con la famiglia con paziente designata anoressica con sintomo primario e con sintomi secondari è più complesso. La famiglia ha rapporti più rigidi, per cui anche la comunicazione chiara può essere utilizzata dai membri per litigare. Bisogna scegliere un livello di comunicazione meno coinvolgente, un po' dissociato dall'emotività; se si contattano le emozioni in modo delicato sarà possibile un aggancio reso possibile da una comunicazione meno litigiosa anche se non eccessivamente coinvolgente.

In questa fase della psicoterapia, oltre che tenere presente i sottogruppi della famiglia e tra essi quello dominante, è bene avere chiaro le strutture di personalità di entrambi i membri della coppia da cui è nata la famiglia. Nelle famiglie con coppia genitoriale di cui uno anoressico con sintomo primario e l'altro di colore "nero" o colore "rigido", l'aggancio è più facile perché il gruppo recessivo costituito dal membro di colore rigido o nero e da un figlio, in genere ha buone potenzialità, che non sa sfruttare. Evidenziare tali capacità crea più vitalità nella famiglia. Bisogna solo prestare attenzione a non attivare la paura del gruppo dominante di perdere il controllo. Nelle famiglie con moglie anoressica con sintomo primario e partner di colore bianco, il lavoro di aggancio è più difficile sia perché il partner è troppo periferico, sia perché è succube della moglie. E' difficile anche perché i figli sono alleati con la madre, che idealizzano. Consapevole di queste difficoltà, lo psicoterapeuta è portato a fare interventi più delicati; se essi non sortiscono l'effetto desiderato, dovrà diventare più tollerante e tentare interventi ancora più tenui.

### 5.2.2. Fase di ristrutturazione ossia del risistemare i sottogruppi della famiglia e renderli più funzionali

Lo scopo della psicoterapia di famiglia è permettere sia al paziente designato sia agli altri membri della famiglia di prendere coscienza dei modi di essere disfunzionali e all'interno del sistema famiglia e di ciascuno di essi. Per raggiungere questo scopo diventa fondamentale sia l'analisi dei sottosistemi dominanti all'interno della famiglia, sia l'analisi strutturale di ogni suo membro, nonché riportare i sottogruppi patologici nella norma. Il salto generazionale che è comune in queste famiglie, rivela difficoltà relazionali nella coppia genitoriale; svela, inoltre, la difficoltà di saper condividere regole in modo adulto e ancora di più quella delle relazioni intime. Per raggiungere questo scopo diventa fondamentale sia l'analisi dei sottosistemi dominanti all'interno della famiglia, sia l'analisi strutturale di ogni suo membro.

Ho già evidenziato che le famiglie con madre anoressica con sintomo primario e partner nero o rigido hanno una prognosi più positiva; quelle con partner bianco ne hanno una più negativa.

Nelle prime bisogna educare la coppia a diventare capace di dialogo nel gestire i problemi dei figli e imparare a condividere l'aspetto genitoriale affettivo e normativo dell'essere genitori. Questo lavoro, nella misura in cui li rende più efficienti come genitori, può generare delle resistenze causate dalla possibilità di rompere la negazione sui problemi d'intimità nella coppia. Lo psicoterapeuta, pur assicurando la coppia, ed educandola a essere più tollerante con questi limiti, rimanda l'affrontarli a quando avranno imparato a essere genitori. Il luogo più adatto è la psicoterapia di coppia che potranno fare, se ne sentiranno la necessità. E' pericoloso affrontare i problemi di coppia mentre sono impellenti i problemi legati all'esser genitori. Farlo crea caos nel sistema, mettendo le premesse per ritornare ai vecchi equilibri patologici. Non permette, inoltre, ai figli di ritornare a essere fratelli. La coppia genitoriale, anche se non eseguirà una sua psicoterapia di coppia, dopo questa fase può approdare a una separazione più o meno burrascosa, o a una accettazione più realistica dei propri pregi e difetti. La consapevolezza della difficoltà del rapporto tra un mondo guidato da regole dal corpo muto e dell'intelligenza meccanica (moglie) e un mondo guidato dalle regole di un corpo vivo e intelligenza organismica (marito), rende la convivenza meno burrascosa e più realistica. Se poi questi faranno una psicoterapia di coppia, avranno l'opportunità di relazionarsi in modo più adulto.

Contemporaneamente al lavoro con la coppia si esegue il lavoro con i figli con i seguenti scopi:

- Insegnare a questi a sapersi difendere dai genitori quando sono triangolati da loro per non affrontare i problemi di coppia.
- Imparare a essere figli, ossia accettare in modo critico, le norme messe dai genitori, con la consapevolezza che finché sono figli devono osservarle, anche se non le condividono.
- Imparare a non utilizzare il disaccordo tra i genitori per il proprio tornaconto triangolandoli a proprio piacimento.
- Imparare a vedere i limiti e pregi dei genitori facendosi una propria idea di essi e continuando a rispettarli, anche se si conclude per un giudizio negativo.
- Imparare a collaborare con i fratelli vedendone i pregi e i difetti.
- Imparare ad accettare i propri limiti e quelli degli altri se sono difficili da affrontare o non vogliamo modificarli.

Nella famiglia con una struttura anoressica con solo sintomo primario e partner di colore bianco, il lavoro è più complesso e deve avere mete più realistiche. I sottosistemi sono più rigidi e difficili da modificare. E' difficile riportare i partner della coppia a essere adulti che si rispettano, trattandosi con pari dignità. Bisogna lentamente far prendere coscienza che nella coppia genitoriale uno dei partner (= l'anoressica con solo sintomo primario) è dominante e ha un partner specializzato ad assecondarla. Questa consapevolezza porta solitudine nella coppia, ma anche a un rispetto maggiore per il ruolo del partner dipendente. Questi non sarà più il mastino utilizzato dalla moglie per i suoi scopi, ma il partner/figlio disposto a fare ciò che la moglie gli chiede.

Bisogna educare il gruppo dei figli a:

- rompere la simbiosi idealizzante con la madre, prendendo le distanze da lei;
- purificare la rabbia che provano verso il padre, in ciò manipolati dalla madre;
- imparare a intrattenere rapporti realistici con la figura paterna, apprezzandone le qualità, nonostante i suoi limiti;
- accettare di essere genitori di se stessi, ossia degli adulti responsabili, nonostante continuino a essere figli;
- imparare a essere genitori dei loro genitori, proteggendoli nei loro limiti;
- dialogare tra i fratelli in modo responsabile.

Ho affermato che la paziente anoressica vive in una famiglia rigida e fa stabilmente parte del sistema dominante. Lei è aggrappata al potere che difende con caparbia. Lo psicoterapeuta prima di scalfire tale potere deve essere sicuro che i membri del gruppo recessivo siano pronti a seguirlo con senso di realtà. Deve essere capace di cogliere i segni che annunciano la

manovra dell'anoressica di minacciare di sospendere la psicoterapia e spesso anche di interromperla per qualche tempo. Deve stare attento a non cadere nel gioco del braccio di ferro. Questa si fida del suo potere e crede che gli altri la seguiranno nella chiusura della psicoterapia. Lo psicoterapeuta deve essere pronto a tale manovra; deve rimandarla il più possibile e deve affrontare il problema del controllo solo quanto è sicuro che gli altri membri della famiglia siano motivati a continuare la psicoterapia anche contro la volontà della paziente anoressica. Questi non deve dimenticare che l'attacco finale al gruppo dominante della famiglia è il momento più critico del processo della psicoterapia.

Il lettore può meravigliarsi degli scopi ristrutturanti di questo progetto psicoterapico. Lo rassicuro affermando che sono solo delle linee guida la cui realizzazione permette a ogni membro della famiglia di poter diventare autonomo il più possibile. Lo scopo può essere realizzato in diverse tappe. La signora Giovanna dopo anni di lavoro non ha più sintomi secondari; il sintomo primario è stato ridimensionato. Ha accettato la diversità del marito e ha imparato anche a rispettarlo. Questi non è più il capro espiatorio per i problemi della vita che rifiutava di accettare. Riesce ad avere un rapporto sereno col marito nonostante la distanza di cui sono entrambi consapevoli. E' molta attenta alle richieste del figlio e anche a non farlo diventare "marito sostituto". La signora Rossi, ha interrotto più di una psicoterapia impedendo alla famiglia e ai singoli membri di vivere più capaci di autonomia e relazioni sane. Nell'ultima psicoterapia si è rotta l'omeostasi della famiglia e ogni suo membro ha intrapreso un cammino adeguato alle proprie possibilità. La paziente designata non ha più il sintomo della bulimia. Sta stabilizzando la sua autonomia. Ha appena messo le premesse per un cammino verso la salute. Certamente tutti vivono un po' più sereni e meno sintomatici.

Mi piace concludere questo paragrafo richiamando la chiarezza delle mete di una psicoterapia di famiglia, ma anche la consapevolezza che queste possono essere realizzate in gradi diversi. Ogni psicoterapia va considerata un aiuto a vivere meglio, piuttosto che una cura che porti a una guarigione in cui ciascuno proietti ideali irrealistici. Tale consapevolezza è necessaria con tutte le forme di sofferenza mentale; è indispensabile nel trattamento dell'anoressia.

### 5.2.3. Fase della chiusura della psicoterapia di famiglia o del passaggio alla psicoterapia di coppia o alla psicoterapia individuale di alcuni membri della famiglia

Se il lavoro di ristrutturazione dei sottosistemi della famiglia è stato portato a termine, non solo sarà scomparso il sintomo per cui la famiglia ha chiesto aiuto, ma si saranno purificate molte relazioni patologiche all'interno della famiglia. Si è presa inoltre abbastanza consapevolezza della serietà dei problemi intrapsichici e relazionali e si è stati educati anche ad affrontarli con più senso di realtà. La psicoterapia potrebbe essere chiusa con serenità. L'esperienza clinica rivela un decorso sfaccettato. A metà del processo di psicoterapia di famiglia si prende coscienza non solo dell'esistenza di "relazioni patologiche", ma anche dell'impossibilità di poterle modificare se non si procede a un lavoro di ristrutturazione del sistema individuo. Con tale consapevolezza, già durante la psicoterapia di famiglia alcuni membri chiedono di intraprendere una psicoterapia individuale. Tra questi c'è di solito il paziente designato. Anche la maggior parte delle coppie genitoriali intraprende una psicoterapia di coppia, per affrontarne i problemi specifici. Lo psicoterapeuta deve stare attento che i pazienti non utilizzino la psicoterapia individuale come manovra omeostatica. Egli può non solo permettere ma anche consigliare una psicoterapia individuale (cfr. figura 11.9).

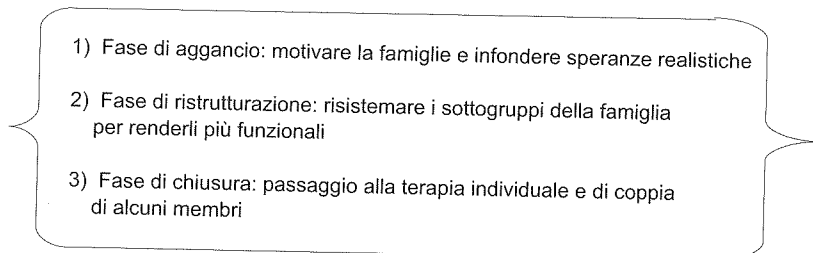
- 
- 1) Fase di aggancio: motivare la famiglia e infondere speranze realistiche
  - 2) Fase di ristrutturazione: risistemare i sottogruppi della famiglia per renderli più funzionali
  - 3) Fase di chiusura: passaggio alla terapia individuale e di coppia di alcuni membri

Fig. 11.9. Tappe della terapia di famiglia

## 6. Conclusioni

La psicoterapia consiste nell'incontrare qualsiasi sistema per renderlo più funzionale sia nelle relazioni intersistemiche sia in quelle intrasistemiche. Per esserci una psicoterapia c'è bisogno di un sistema/paziente che chieda aiuto. Le pazienti anoressiche sia con solo sintomo primario, sia con sintomo

primario e sintomi secondari sono egosintoniche per cui non avendo coscienza della malattia, non possono diventare pazienti. Fortunatamente le anoressiche con solo sintomo primario, causando patologia intorno a sé, sono costrette a chiedere aiuto per gli altri; quelle con sintomo primario e sintomi secondari, creando ansia nel sistema famiglia, spingono questa a chiedere aiuto. Il paziente in oggetto diventa il sistema famiglia. La psicoterapia di famiglia ha lo scopo di far diventare le pazienti anoressiche, capaci di chiedere aiuto. La psicoterapia di famiglia quindi ha lo scopo di passare dal paziente/famiglia al paziente/individuo.

Le anoressiche con sintomo primario e sintomi secondari proseguono per una psicoterapia individuale sia per iniziativa personale, sia sotto stimolazione dello psicoterapeuta. Le anoressiche con solo sintomo primario, alcune si accontentano del cammino fatto e si assicurano ancora di più se il paziente designato prosegua con la psicoterapia individuale; altre, innamorate di ciò hanno intuito lungo il lavoro della psicoterapia, chiedono di intraprendere una psicoterapia individuale, che permetta loro di trovare un significato ai nuovi interrogativi che si pongono. Hanno deciso anche loro di diventare delle pazienti.

Nel prossimo capitolo tratterò del processo di psicoterapia individuale delle pazienti anoressiche con il *Modello Strutturale Integrato*.

## Capitolo Dodicesimo

### Il processo psicoterapico

*Come comportarsi nel singolo caso  
deve essere il tatto del medico a stabilirlo.  
Non c'è solo l'individualità del paziente  
da prendere in considerazione  
ma anche quella del medico.*

*Una misura terapeutica  
che dà buoni risultati nelle mani di un medico  
dà risultati negativi nelle mani di un altro.*

*La cosa importante  
è di non abbandonare mai il malato  
e non lasciarsi prendere dall'idea  
che non ci sono abbastanza soldi,  
abbastanza personale, abbastanza spazio  
per dare al malato  
il miglior trattamento possibile in quel momento.*

E. BLEULER

#### 1. Premessa

Nel decimo capitolo ho descritto le difficoltà più comuni che incontra lo psicoterapeuta nel trattamento delle anoressiche. Nel capitolo undicesimo ho esposto come attraverso la psicoterapia di famiglia o di coppia le anoressiche dalla posizione egosintonica passino a quella egodistonica e accettino di diventare pazienti, consapevoli quindi di avere problemi e di avere bisogno di un aiuto psicoterapico e, infine, di essere capaci di chiederlo. In questo capitolo espongo le tappe fondamentali del processo psicoterapico e i problemi più comuni in cui s'imbatte lo psicoterapeuta.

Nel processo psicoterapico come descritto nel *Modello Strutturale Integrato*, si passa attraverso diverse tappe che evidenziano problemi specifici i quali richiedono atteggiamenti, strategie e tecniche mirate al momento del processo. C'è la tappa della "richiesta di aiuto", della "restituzione diagnostica" e della "motivazione alla psicoterapia". C'è la tappa descritta come "passaggio dal sintomo al problema" nella quale si fa intuire al paziente che i sintomi più che essere una "malattia" sono un modo di vivere poco funzionale che ha bisogno di una verifica/modifica. C'è la tappa della