

## Il sintomo e la struttura familiare

### *Sintomo o segno?*

Nel titolo di quest'articolo ho scelto la parola sintomo, invece che la parola segno, per indicare lo strano rapporto che alcune ragazze hanno con il cibo. Ho scelto tra i due il male minore, difatti entrambe le parole nascondono posizioni preconcepite.

Mi spiego meglio: se avessi intitolato l'articolo «*Il segno e la struttura familiare*» avrei giustamente sottolineato il fatto che chi soffre di disturbi alimentari non si rende assolutamente conto che il suo rapporto con il cibo ha dei caratteri che non dipendono dal bisogno di alimentarsi, ma è governato da altre leggi. Così facendo, però, avrei introdotto implicitamente un giudizio di carattere oggettivo su uno stato (l'eccessiva magrezza e la difficoltà d'assunzione del cibo) che invece è squisitamente soggettivo.

Chi soffre di difficoltà con il cibo e di eccessiva magrezza considera il suo stato assolutamente normale – mentre oggettivamente è chiaro che si tratta di uno stato patologico –, per questo è impossibile che, finché le cose stanno così, egli accetti la possibilità d'essere curato. Il primo passo verso una futura guarigione è il cambiamento che il soggetto sofferente compie, nel considerare la propria difficoltà con il cibo come sintomo di qualcosa che non capisce e di cui non conosce l'origine. Da questo deriva la scelta, per il titolo dell'articolo, della parola sintomo.

Finora ho evitato d'usare le parole anoressia e bulimia. Il motivo è determinato dal fatto che ogni volta che si usa un termine come questo, si compie involontariamente un passaggio tra la singolarità, che è il cardine su cui si orienta la cura, e la generalità. Ma poiché le generalità sono necessarie è bene chiarire alcuni punti.

Bisogna considerare che è sostanzialmente diverso rapportarsi con un soggetto assolutamente unico e singolare che soffre di un disturbo alimentare, piuttosto che con la generalità *anoressica*, considerata come oggetto portatore di una serie di segni descritti più o meno precisamente da questo o quel manuale di patologia<sup>1</sup>.

Con ciò non intendo dire che le generalità siano inutili, infatti per dire ciò che penso uso delle parole e le parole sono tutte delle generalità. Le generalità servono per orientare il pensiero, ma non devono essere usate – da un punto di vista analitico – come mezzo descrittivo o peggio ancora come fondamento per una qualsiasi cura. Il motivo deriva dal fatto che le generalità sono schemi utilissimi, ma non contengono nulla di ciò che è il singolare di un individuo; esse possono addirittura indurre a forzature per far rientrare il paziente all'interno di una struttura o di un percorso già noto. Le generalità non potranno mai individuare un soggetto.

Tizia non è un anoressica che come tale dev'essere considerata, ma è Tizia che, nella sua singolarità, soffre di alcuni disturbi alimentari. Etichettare è fondamentalmente nominare, cioè dare un nome. Nel caso in questione dire che Tizia è anoressica significa dare un nome, non ad una cosa, ma a qualcuno. È bene ricordare che solo i genitori, e con la benedizione di Dio, possono dare un nome al figlio. *Francesco, io ti battezzo nel nome del Padre del Figlio e dello Spirito Santo*: dice il prete bagnando il capo del neonato. Dare nome a qualcuno è un atto sacro. Questa non è una affermazione mia, ma della Sacre Scritture. Nella Bibbia si trovano vari accenni sulla sacralità del nome, uno di questi recita: «*Non temere, perché io ti riscatto, ti chiamo per nome, tu sei mio!*» (Isaia 43-1). Non solo, ma Adamo, quando ha dato il nome agli animali dell'Eden, ha ricevuto da Dio il potere di farlo e nel fare ciò li ha fatti suoi. Tutto questo per dire che dare un nome non è cosa da poco. Questo è un problema che ognuno, sia esso medico,

insegnante, genitore, psicoterapeuta o psicanalista deve tenere presente; perché dare un nome, a volte, può significare addirittura condannare – come nel caso di una diagnosi di psicosi.

Forse è questo il peccato della medicina moderna: essa pensa di avere a che fare con la polmonite, il cancro, la psicosi, l'anoressia ecc. e considera la cura valida solo se essa è ripetibile ed oggettivamente confermata. Infatti ormai i medici non fanno altro che applicare dei protocolli: sulla base di dati oggettivi e confermati dai laboratori scientifici essi applicano un dispositivo di cura già formalizzato, senza tenere in minimo conto la singolarità dell'individuo.

Ciò non significa che sia impossibile studiare l'anoressia come fenomeno, ma questo studio deve servire soltanto a dare alcune coordinate al nostro pensiero. Difatti lo studio di questa patologia, come di tutte le altre patologie psichiche, ci permette di assumere una posizione corretta nel rapportarci con chi soffre di anoressia o di nevrosi o di psicosi: la posizione che l'analista deve tenere di fronte ad uno psicotico è sostanzialmente diversa da quella che deve tenerla di fronte ad un nevrotico; ma su questo punto non mi dilungo perché non è questo l'aspetto che qui voglio sviluppare.

Il gruppo con cui collaboro, Kora, è formato da analisti, medici e psicologi, sta studiando sia l'anoressia che la bulimia partendo dal presupposto che queste due patologie siano due facce della stessa medaglia, ma soprattutto distinguendo fra tre tipi di struttura che si possono intravedere al di là del disturbo alimentare *non mangio o ciò che mangio mi fa schifo e lo vomito*:

1. isteria con sintomi anoressici;
2. psicosi con sintomi anoressici;
3. anoressia vera e propria, cioè psiconevrosi narcisistica<sup>2</sup>.

### *Posizione soggettiva*

Riprendiamo dal punto in cui l'anoressica ancora non riesce a vedere nel proprio disturbo i caratteri di un sintomo. In altri termini l'anoressica non accetta alcuna cura perché il suo discorso è: *non ho nulla che non che non va, voi dite che mangio poco, ma quello che mangio mi basta e avanza*. Questa posizione soggettiva lascia poche possibilità ad ogni possibile approccio con qualsiasi tipo di terapia. Ma un primo contatto con la cura può instaurarsi con il dietologo, al quale l'anoressica si può rivolgere per farsi prescrivere una dieta, o con il medico di base o il ginecologo per sopraggiunti problemi ormonali (dismenorrea). A questo punto, o su consiglio del medico, o rendendosi conto che non ci sono problemi di dieta e che i disturbi ormonali non sono sorti per motivi fisiologici ma sono la conseguenza dell'eccessiva magrezza, l'anoressica può mutare la sua posizione e riconoscere nel suo rapporto con il cibo alcuni caratteri sintomatici. In altri termini il suo discorso si può trasformare in: *mangio poco, ma vorrei mangiare. Non capisco cosa mi succede*.

Ecco la posizione giusta perché la ragazza inizi ad interrogarsi.

Ora il problema sarà quello di fare in modo che l'anoressica si renda conto che nella sua storia si sono creati alcuni inceppi che l'hanno portata ad assumere la sua particolare posizione in rapporto con il cibo. L'obiezione che a questo punto facilmente si incontra è questa: *La mia storia, come la storia di tutti, è una serie di eventi di carattere oggettivo. Questi eventi non si possono cambiare, quindi io non posso cambiare*.

Se, come appare ormai assodato, i problemi dell'anoressica sono nati da un suo errato rapporto con la struttura familiare, allora si tratta di portare la ragazza che soffre di

questo disturbo da una posizione così riassumibile: *La mamma non mi ha dato quello che volevo; le cose sono andate così e nessuno potrà mai cambiarle*, a quest'altra posizione: *la mamma mi ha dato quello che poteva darmi; io l'ho considerato insufficiente, però è possibile riconsiderare la cosa*.

A questo punto può iniziare la cura, che sarà in gruppo o individuale in rapporto alla posizione soggettiva che l'anoressica manifesterà. Generalmente non accetterà la cura individuale. Il motivo è piuttosto complesso, ma in linea di massima si può spiegare nel seguente modo: la ragazza sul piano delle significazioni non ha nulla da ridire sul comportamento dei genitori, ma sul piano del senso sente che qualcosa le è mancato. La mamma le ha dato oggettivamente di tutto, l'ha addirittura riempita troppo, ma affettivamente ha avuto qualche difficoltà nel trasmetterle il suo amore. Quindi chiunque cercherà di curare un'anoressica si metterà inevitabilmente nella posizione di darle qualcosa che lei non accetterà, così come non accetta più il cibo di cui è stata fin troppo riempita.

La cura in gruppo evita di porre la ragazza di fronte alla possibilità che qualcuno le voglia dare qualcosa, la metterà in contatto con altre ragazze che hanno gli stessi suoi problemi e con le quali sentirà di condividere e confrontare le sue idee. Per il terapeuta sarà così più facile fare dei piccoli interventi nel discorso che si svilupperà nel gruppo; evitando però accuratamente di porsi nella posizione di chi ne sa di più, ponendosi anzi nella posizione di chi è pronto ad ascoltare e sforzarsi di capire.

Una frase che mi è capitato di ascoltare agli inizi di una cura e che trovo molto interessante è questa: *Il cibo è lì davanti a me, non può scappare, ne posso fare quello che voglio*. In questa frase c'è tutto il malessere della ragazza: perché vuole il controllo del cibo? perché lo mangia e lo vomita o lo rifiuta? cosa vuole controllare realmente? perché vuole il controllo di ciò che il cibo rappresenta? Una cosa è certa: se avessi interpretato la frase sottolineando questi aspetti, la ragazza non sarebbe più venuta alla sedute.

### *La famiglia*

La posizione che la ragazza ha con i familiari muterà a causa della cura, pertanto potrà succedere che i familiari si trovino in difficoltà a causa di questo cambiamento, ne soffrano o, peggio, lo rifiutino.

Il gruppo Kora prevede perciò anche dei colloqui con i familiari, che si rendono necessari al fine di evitare crisi ed incomprensioni, inoltre forniscono molto materiale per lo studio di questo strano disturbo alimentare che coinvolge tanti giovani.

Nell'elaborazione di tutto il materiale che verrà fornito sia dalla ragazza che dai suoi familiari è necessario muoversi con molta cautela, perché è molto facile cadere nell'errore di generalizzare, grazie anche alle numerose statistiche che altri studi ci forniscono, ed illudersi di spiegare il fenomeno attraverso facili formulette. Queste spiegazioni credo siano molto consolatorie per chi studia il problema, ma non fanno avanzare di un passo sulla via della sua reale comprensione.

In molte ricerche appare assodato che esiste una relazione tra il cambiamento del ruolo sociale della donna e l'aumento quasi epidemico del disturbo alimentare. Siamo propensi a pensare che, su questo punto, ci sia del vero. Detto questo però, nulla è stato detto sul tipo di relazione che eventualmente può sussistere.

A dire il vero si leggono spiegazioni su questa relazione che sembrano, a dir poco, artificiose. La posizione che assume Kora nei confronti delle statistiche è sì molto

attenta, ma anche molto sospettosa. Mi spiego meglio con un esempio: uno studio aveva accertato che le persone anziane che vivevano con la compagnia di un animale domestico avevano un'aspettativa di vita più lunga di altri, ne conseguiva il brillante consiglio di procurarsi un gatto o un cane al fine di prolungare la vita. Come se la relazione tra il possedere un gatto ed avere un'aspettativa di vita più lunga fosse necessariamente una relazione di tipo causale; questo è un grave errore di tipo logico. Difatti la spiegazione avrebbe potuto essere esattamente capovolta ed essere formulata in questo modo: chi è predisposto ad amare i gatti, e quindi ne possiede uno, ha un approccio con la vita più sereno e quindi vive di più.

Questa breve digressione mi è servita a chiarire la posizione di estrema attenzione, che Kora assume nell'affrontare le questioni poste da precedenti studi, ricerche e statistiche inerenti il problema posto dall'anoressia.

Ci sono dei dati di fatto sui quali non si può sorvolare, uno di questi è senz'altro il cambiamento del ruolo sociale delle donna, ma non è il solo, c'è anche il mutamento subito dall'uomo in questo nuovo contesto sociale, c'è la presenza continua di un nuovo elettrodomestico che si chiama televisione, c'è un'aumentata difficoltà per i giovani di intrattenere rapporti sociali al di là di quelli scolastici e ce ne sono altri ancora che è inutile enumerare. Ma, come dicevo prima, tutti questi dati sono soltanto, parafrasando un linguaggio fisico, delle «condizioni al contorno», che contribuiscono ad impostare correttamente il problema, ma che, senza formula risolutiva, non dicono nulla. Non solo, ma queste condizioni al contorno hanno una loro specifica validità nello studio di oggetti (come è il campo della fisica); nel nostro caso invece non ci troviamo di fronte ad oggetti ma a soggetti ed inoltre non possediamo nessuna formula risolutiva.

A questo punto, e con tutta l'attenzione del caso, è bene cercare di evidenziare quali possono essere le strutture comuni nei genitori e di quant'altri vivono in rapporto affettivo con l'anoressica. Lo scopo è quello di cercare di capire perché si instauri questo mutato rapporto con il cibo e cosa cerca di dire l'anoressica-bulimica con questo strano linguaggio, che è il mangiare nulla o l'abbuffata con conseguente espulsione del cibo.

Una frase che spesso ci si sente dire da un'anoressica è: *la mamma non mi ha fatto mai mancare nulla*. Ciò è senz'altro vero, ma bisogna chiedersi che cosa questa mamma abbia dato alla figlia. Approfondendo la conoscenza appare sempre più evidente che tutto ciò che la mamma ha dato alla figlia è stato sempre e solo sul piano oggettivo. Non le ha fatto mancare, nei limiti delle sue possibilità, giocattoli, vacanze, vestiti, denaro ecc., ma non appena ci si addentra nel campo dell'affetto ci si accorge che il discorso si fa più nebuloso se non addirittura evanescente. Da tutto ciò non bisogna concludere che la madre sia incapace d'amare, anche se sicuramente ha qualche difficoltà nel dimostrarlo, ma che esiste un problema nel rapporto d'amore tra madre e figlia.

Un altro dato evidente nella struttura familiare dell'anoressica è che il rapporto tra i genitori appare fondato su basi che sembrano escludere emozione, affetto e amore. Formalmente il loro rapporto sembra perfetto, raramente si adombrano sospetti di infedeltà, il rispetto e la stima sono spesso evidenziati nei colloqui, ma tutto si ferma qui. *Non potevo desiderare marito migliore, ha fatto di tutto per non far mancare nulla alla famiglia*: è una frase che si ascolta spesso, ma del desiderio e dell'affetto tra padre e madre non si sente parola. Spesso il padre è molto permissivo, domanda alla madre i rimproveri, le punizioni e i divieti - se ce ne sono. Raramente ha ideali o utopie, pensa che una volta procurato il denaro per la famiglia il suo compito si sia esaurito.

Già con questi pochi dati, che ho ora elencato, è possibile trarre alcune considerazioni inerenti al *carattere* della madre, che ci interessa di più di quello del padre in quanto è alla madre che la figlia, in un determinato periodo della sua vita, tende ad identificarsi. È una donna che ha un grande potere all'interno della famiglia, fatica a sostenere una posizione squisitamente femminile - accoglienza, calore, comprensione, perdono ecc. - e non accetta che la figlia sia diversa da come lei vorrebbe che fosse. In altre parole, più pertinenti ad un linguaggio psicanalitico, si può dire che si tratta di una madre fallica per la quale il fallo non è il padre, ma la figlia.

La figlia si trova perciò nella scomoda posizione di essere il fallo della madre. Posizione che implica da parte della figlia l'obbligo di dare qualcosa in cambio. Essere brava a scuola, primeggiare in qualche disciplina, in bellezza, bravura, ecc.. Insomma dare qualche soddisfazione alla mamma.

Il disturbo quindi non si presenta fintantoché le sarà possibile sostenere questo scambio, ma nel momento in cui qualcosa si incrina sarà possibile che si inneschi il processo che porta all'anoressia. È sufficiente anche una piccola *défaillance* per indurre la figlia a pensare di non essere più all'altezza delle aspettative della mamma. Quando si trova di fronte ad un presunto fallimento, che interpreta sempre come incapacità di dare qualcosa alla madre per soddisfarla, può instaurarsi il disturbo, che altro non è se non un discorso che la ragazza fa a se stessa e che si può riassumere così: *dato che non posso darti quello che vuoi da me (che non so cosa sia) e dato che ti temo allora non voglio più niente da te, non voglio soprattutto quello che non mi hai fatto mai mancare, cioè il cibo*. Ciò che l'anoressica deve chiarire è proprio il suo rapporto con la madre, alla quale resta indissolubilmente legata: la ama, la teme e la odia.

Generalmente nelle prime fasi del disturbo, l'anoressia viene sopportata dai familiari meglio della bulimia, che invece provoca insofferenza e a volte vero e proprio odio. L'insorgenza del disturbo, sia sul versante anoressico che bulimico, all'inizio può essere minimizzato dalla famiglia, ma alla fine spesso si dimostra devastante, può produrre fratture e separazioni, o quanto meno dinamiche di aggressività e, purtroppo, solo molto tardivamente induce i familiari a richiedere aiuto. Aiuto che comunque viene sempre richiesto dalla famiglia, quasi mai dall'anoressica.

Kora, per affrontare la cura, considera l'anoressica non come un'ammalata, a cui prestare delle cure per mezzo di medicine o di parole preconfezionate, ma come un soggetto - profondamente etico - che vuole dire qualcosa di estremamente importante che riguarda la sua soggettivazione: quindi tratta caso per caso tenendo sempre presente la diversità tra soggetto e soggetto. Il problema sta nel fatto che il linguaggio usato dall'anoressica, per dire questa cosa estremamente importante, è apparentemente incomprensibile: in altre parole il suo sintomo non è simbolicamente dialettizzato. L'anoressica grida con tutte le sue forze, ma resta incompresa. Forse le parole che usa per dire questa cosa estremamente importante sono quelle di un infante che piange e strepita non per fame ma per bisogno d'attenzione o, meglio, d'amore.

Franco Borghero

Note:

1. Vanderlinden, Norré, Vandereycken, *La bulimia nervosa*, Astrolabio, Roma 1995. Gerlinghoff, Backmund, *Anoressia e bulimia*, Red edizioni, Como 1996. Molto più interessanti sono i testi: G. Ripa di Meana, *Figure della leggerezza*, Astrolabio, Roma 1995. H. Bruch, *Anoressia, casi clinici*, Cortina, Milano 1995.
2. Ettore Perrella, *Per una clinica delle dipendenze*, Franco Angeli, Milano 1998.