

di Maria Enrica Castiglioni*

I Presentazione

Alessia, studentessa universitaria, di anni ventitre, mi viene inviata da una collega. Al primo colloquio riferisce di essere reduce da una terapia psicoanalitica durata due anni. Si sente depressa e colpevolizzata e manifesta il desiderio di cambiare. Riferisce del sintomo bulimico che perdura, in modo variabile ma costante da quattro anni ed esprime un senso di profondo sconforto; vomita fino a sette-otto volte al giorno, a volte forzando e facendosi anche male.

L'anamnesi personale rivela una comparsa del sintomo a diciannove anni, alla fine del liceo e all'atto della scelta di trasferirsi in città per iniziare gli studi universitari. Nell'adolescenza non ha lesinato condotte trasgressive (spinelli, coca, alcol, proteste anti-prof) e le rivede alla luce di un desiderio di "mettere alla prova i genitori" che le sono sempre apparsi "perfetti". Ambedue laureati e professionalmente affermati, hanno un tenore di vita medio-alto.

A. si è trasferita da quattro anni a Milano per frequentare l'università, vive in un appartamento con due ragazzi (uno è il fidanzato), è totalmente spesata dai suoi, che le pagano anche la psicoterapia.

Dopo un avvio universitario insoddisfacente, cambia Facoltà (da Giurisprudenza si iscrive a Lettere, con la specializzazione in

* Psicologa, psicoterapeuta. Insegna nel Corso di specializzazione in Psicoterapia Transculturale, Istituto Transculturale per la Salute – Fondazione Cecchini Pace.

Comunicazione aziendale) e consegue risultati brillanti, oscillando sempre tra il zo e la lode, e rifiutando valutazioni inferiori. Come la famosa Ellen West, giovane anoressica paziente di Binswanger (Binswanger, 1973, p. 59), che si esortava a *riempire la vita di doveri*, anche A. studia in modo alfieriano, immersendosi totalmente nello studio, in vista degli esami. Ma i tempi sono cambiati e, a differenza di Ellen, vissuta nella prima metà del Novecento in una famiglia ebraica tradizionale, vi alterna pause di completo rilassamento, televisione, shopping, grandi abbuffate, spinelli, coca.

L'anamnesi familiare rivela la presenza di familiari con problemi di alcoldipendenza: il nonno materno (deceduto), due sorelle materne e la nonna paterna. A. riferisce che la madre, fumatrice, ha problemi di salute connessi al fumo, ha avuto un recente ricovero in ospedale e che dovrebbe smettere, ma non riesce.

A. è figlia unica, la madre ha avuto un aborto dopo di lei e poi non ha più potuto avere figli.

2 Il vissuto bulimico: il corpo “campo di battaglia”

La terapia, nell'arco dell'anno e mezzo di durata, riduce progressivamente le condotte compulsive. La ragazza elimina l'uso della droga e dell'alcol, riesce ad essere meno autocostrettiva nei ritmi di studio, conserva il sintomo bulimico, però senza farsi male, lo sfronda da tutte le caratterizzazioni colpevolizzanti, e riesce a vederne anche la componente di sollievo, di difesa dall'ansia e dal senso di vuoto: «Se non vomito che cosa faccio?».

A volte, però, si domanda e mi domanda sconfortata: «Guarirò mai?».

Compone un diario del sintomo: “Quando succede più spesso”.

Quando non so cosa fare, quando sono sola o mi sento sola, quando sono in mezzo alla gente e non mi sento considerata, quando sono lasciata sola, ma ho voglia di stare con qualcuno, quando sono molte ore che non succede, sempre di sera perché non riesco a tenere la cena nello stomaco.

Dopo qualche mese dall'inizio della terapia fa un sogno:

La mamma si è ammalata, di una malattia grave. Si era trasferita da me, ma non sapevo che fare, perché lei mi controllava tantissimo, la dispensa ecc. Essendo arrivata di sorpresa, non avevo avuto tempo di far sparire tutto. Così la malata ero diventata io: lei trovava dolci e cartine di spinelli dovunque. Ero angosciata perché lei era ammalata e non perché mi controllava. I miei coinquilini se ne erano andati. Svegliandomi ho avuto la sensazione fisica di aver vicino mia madre, al posto del mio ragazzo. Mia madre mi conosce benissimo: potrebbe destabilizzarmi, ma non lo fa.

Riferisce di studiare in modo ossessivo, *full immersion* dal sapore ascetico, dove è capace di non scollarsi dalla scrivania per otto, dieci ore, salvo che per vomitare quello che mangia continuamente. E racconta la sua esperienza di “*dissonanza cognitiva*”:

Penso di scaricare nel mio corpo insoddisfazioni che nascono altrove, legate più alla mia persona. So benissimo quello che mi fa bene o male, ma scelgo sempre la seconda cosa. Il mio corpo è il mio campo di battaglia (Binswanger, 1973, p. 71).

Con altro linguaggio, ma con identico scoramento, Ellen West, settant'anni fa, si tormentava perché i suoi istinti erano *più forti della ragione*.

Con Luca, il suo ragazzo, ha un rapporto di complicità e rassicurazione, ma deve essere perfetta anche con lui:

Mi trucco sempre, anche per andare a letto, mi sento brutta e insignificante. Ho la sensazione di avere fondamenta fragili.

E la sessualità? Insoddisfacente:

Con Luca non ho orgasmi, mentre da sola non ho questo problema. Lui è interessato al suo piacere, non mi dà tempo e mi fa male. Solo una volta, con un altro, sono stata così eccitata... che avevo voglia di vomitare! Quando vomito non ho più voglia di sessualità, sono appagata. Vomitare è anche un piacere, mi tranquillizza. Col vomito posso permettermi di mangiare di tutto, di non avere limiti. Il mio peso forma è 47 e mi concedo un bonus di 2 kg, in più o in meno. [...] Il cibo mi eccita. Cucino benissimo. Del resto, se non fumo e non vomito, cosa faccio?

Primi tentativi di “espansione dell’Io”

A distanza di circa sei mesi dall’inizio della terapia (luglio 2008) Alessia resta incinta: qualche mese prima aveva riferito di aver voglia di qualcosa che la scuotesse dal torpore. È il tentativo di vivere un’altra dimensione del corpo, quella fertile, dove il “pieno” ha un senso e un futuro, anche se non sperimentabile nell’immediato.

Per ora è solo una “prova di espansione”.

L’aborto è gestito in solitudine: Luca si spaventa, sequenza di accuse reciproche, si lasciano e lei trae forza da questa esperienza gestita in autonomia. Quasi un “rito di passaggio” che la traghetti in una dimensione meno adolescenziale: il suo corpo è fertile, ne ha sperimentato la potenza vitale (nella sua possibilità così come nel rifiuto), è tempo di andare. L’autunno è un periodo di libertà sessuale: svincolata da Luca, si sente di sperimentarsi in altri rapporti. Uno, in particolare, con un giovane coetaneo *no global*, le rimanda il senso di una sessualità meno “prestazionale” e più attenta ai suoi bisogni. Quelle sere in cui è uscita con lui non ha vomitato: «Non ne avevo voglia». Ma l’inverno incombe, riprende la convivenza a Milano e torna Luca, la “termocoperta”.

Il vomito ora è meno ossessivo: «Rimando il vomito alla sera, e poi non ne ho più voglia, ma lo faccio lo stesso». Si prepara alla laurea (superata con il massimo dei voti) e passa il Natale in famiglia.

Al rientro a Milano riferisce di aver trascorso vacanze serene, di aver riposato molto e goduto della presenza dei familiari, genitori, zii, cugini... e vomitato sempre.

Riflette:

Per rischiare dovrei lasciare Luca, questo mi metterebbe alla prova, ma non riesco a pensare di andare via, per mia madre, per me. Mia madre mi tratta come il cagnolino, è molto ansiosa. Ha portato anche il cane dallo psicologo, perché era troppo viziato e non ubbidiva.

Il rischio, la rinuncia. A. non ricorda di aver mai fatto scelte che comportassero l’uno o l’altra. Perché non trascorrere qualche tem-

po all'estero, un Erasmus, come molti suoi coetanei? Ha paura: qui tutte le sue esigenze sono soddisfatte, ma in un ambiente sconosciuto, con persone estranee? A. riferisce della sua contabilità: l'alloggio è pagato interamente, spese comprese, ha l'accesso al bancomat e quando il conto si avvicina al rosso viene rimpinguato, ogni settimana le vengono dati 200 euro per la spesa a Milano e ogni weekend altri 70 (ma ultimamente la mamma, di nascosto al padre, gliene allunga altri per lo shopping del sabato). Ha fatto i conti: le servono, al netto delle spese fisse, almeno 1.200 euro al mese.

Si chiede: «Qual è il senso della vita? Sono una soldatina programmata». Ha barattato la libertà in cambio della sicurezza, a ventitre anni.

Forse, si dice, quando avrà la sua casa, la sua autonomia, non avrà più voglia di vomitare. Adesso, in definitiva, si può permettere anche di “vomitare” quell’eccesso di comfort, agio e ricchezza che le viene garantito senza una grinza.

Solo il padre, a volte, parla di una certa “regolamentazione”. Ma è solo una *boutade* e tutto rientra, la madre non è d'accordo.

4

Setting e autonomia: la scommessa di ampliare entrambi

Quando le vengono proposte una o due sedute familiari, A. si dimostra dapprima reticente, poi perplessa, infine è d'accordo e mi precede nella comunicazione ai suoi. Le dico che il tema su cui avverrà la seduta familiare è l'autonomia, il vomito resta un segreto del setting individuale.

Alla comunicazione di A. la madre reagisce bene e commenta che l'autonomia è sempre stato un suo “di lei” problema, il padre è più reticente, sulla difensiva, non vuole nessuna registrazione.

Nella seduta allargata ai genitori, affrontiamo il tema dell'autonomia di A. Ambedue si dichiarano disponibilissimi a che A. faccia le sue scelte in totale libertà. Chiedo alla madre in quali scelte pensa che A. abbia dimostrato autonomia e la madre cita l'università (A. ha un moto di dissenso) e il trasferimento a Milano (A. ha un'espressione scettica). Il padre cita la chiusura del rapporto

con Luca (nel frattempo già ripreso). Il discorso si snoda sul dopo università e l'inserimento di A. nel mondo del lavoro. L'eventualità che A. lavori in un'azienda di famiglia sembra non entusiasmare i genitori, che ribadiscono il loro sostegno a qualunque progetto di A. la quale, dal canto suo, esprime il desiderio di sperimentarsi nel campo della ristorazione. Si sottolinea il tema dell'autonomizzazione di A. sia per quanto riguarda le grandi scelte della sua vita (lavoro, affetti) sia per quanto concerne quelle minute (viaggi, spese ecc.). Nella seduta successiva A. riferisce che il padre le ha organizzato il viaggio a Parigi e ha già cercato un ristorante dove lei potrebbe fare lo stage.

A distanza di pochi mesi riconvoco i genitori per verificare insieme quali passi – a loro parere – la ragazza stia facendo su questa strada. A questo secondo incontro i genitori giungono con circa un'ora di ritardo e A. è arrabbiata e infelice: oscilla tra il senso di colpa per averli coinvolti («fanno già tanto per me») e la rabbia.

I genitori arrivano già “preparati”, avendo in mente una cosa precisa: sapere se la ragazza vomita ancora. Così, accanto alle reiterate dichiarazioni di disponibilità verso il processo di indipendenza della figlia («qualunque cosa intenda fare»), manifestano una forte curiosità per la mia diagnosi di personalità della figlia. Rispondo rifacendomi alla definizione di personalità dipendente, e collegandola al focus dei nostri incontri.

Il padre chiede esplicitamente se vi sia un disturbo alimentare e io giro loro la domanda chiedendo se abbiano notato qualcosa di strano in tal senso. Al loro diniego proseguo rafforzando la mia visione del problema di A. e ci addentriamo nel tema dell'autonomia e nei suoi risvolti, essendo la ragazza desiderosa, ma anche molto impaurita, all'idea di iniziare a lavorare fuori dal contesto familiare (ha sempre ipotizzato di lavorare solo in una delle aziende paterne).

5

Il conflitto:

agire una “propensione” o conservare la dipendenza?

Nonostante le pesanti intrusioni parentali, A. riesce a elaborare un proprio progetto di lavoro: teme ma desidera il confronto col

mondo del lavoro (tutti i suoi coetanei lo hanno già sperimentato), sente che ormai non può più aspettare. Incomincia a mettere in atto una sua *propensione*¹ (Terranova-Cecchini, 2007), già manifestata nella prima seduta allargata. A luglio trova un ristorante che l'accetta come stagista e vi fa un'esperienza soddisfacente e arricchente. Prende una cotta per il cuoco e ad agosto lascia Luca. Durante lo stage il *vomiting* è quasi cessato (dalle sette volte al giorno), ma riprenderà ad agosto, nel tran tran familiare. In terapia A. aveva riconfermato il desiderio di mantenere il segreto ed era stata messa in guardia circa le possibili "sviste inconsce" che possono accadere quando un segreto si fa troppo pesante. Ad agosto A. compie una svista, i genitori scoprono la persistenza del suo sintomo, che davano in remissione da anni, le impongono di sospendere la psicoterapia e di intraprendere un percorso psichiatrico, farmacologico e di terapia comportamentale.

L'ultima seduta è drammatica: A. non vuole lasciare la psicoterapia ma non ha scelta: del resto il suo comportamento poco avveduto non ha tutelato il setting che, per sua espressa volontà, doveva essere un ambito esclusivo, uno spazio solamente suo. La seduta è costantemente inframmezzata da «mia mamma dice, mia mamma pensa» e A. si rende conto che il suo stato di confusione è molto alto e che non sta più ragionando con la sua testa.

Concordiamo che una terapia sostenuta economicamente dai genitori non può che essere fortemente influenzata da loro e che si potrà eventualmente riprendere quando A. sarà in grado di garantirselo con il proprio lavoro. A. ne conviene ed accenna ad un probabile futuro lavoro per cui avrebbe già preso contatti, ma nel frattempo si predispone ad accettare il percorso terapeutico predisposto dalla madre, il padre consenziente. Ci salutiamo con reciproca sofferenza.

Nei giorni successivi ricevo una telefonata del padre che, con tono molto sostenuto, mi chiede il motivo del mantenimento del segreto. Faccio riferimento a due elementi fondanti il rapporto terapeutico: il segreto professionale e la salvaguardia della salute fisica del paziente. Non ho ritenuto, spiego, che l'incolumità fisica di A. fosse in pericolo (in tal caso mi sarei spesa con la paziente per lo svelamento del segreto), ma che lo fosse quella psicologica sotto

il profilo della sua autonomizzazione e in questo spirito avevo convocato i genitori per cercare insieme percorsi di facilitazione. È un chiarimento non facile, gli animi non sono tranquilli, il padre conclude con l'impegno a richiamare per un eventuale appuntamento, ma non si farà più sentire.

6

La valutazione diagnostica

Ho fatto una diagnosi di personalità dipendente in paziente con tratti *borderline* e narcisistico/ossessivi.

Per il suo forte attaccamento e dipendenza dalla madre l'ho inserita nel tipo A, dalla matrice ansioso-ambivalente, con ricerca di rassicurazione presso il padre (Selvini *et al.*, 1998, p. 169).

Per quanto concerne il sintomo, ho ritenuto che questo avesse attraversato due fasi: da bulimia “secondaria”, rivolta alla famiglia, come uno dei tanti comportamenti trasgressivi (spinelli, alcol, proteste anti-prof) a bulimia “primaria”, come possibilità autonoma di stare al mondo con un proprio “calore”, regolazione interna e controllo del senso di disvalore (ivi, p. 92). Infatti A. era estremamente attenta a che il suo aspetto fisico non denunciasse la sua condotta compulsiva, mantenendo sempre un peso forma adeguato all'altezza (45-47 kg). Quindi, sintomo bulimico come «la prima mossa di controllo su di sé, tentativo di combattere il senso della propria inconsistenza» (Sorrentino, 2006) e ricerca di uscita dalla simbiosi con la madre.

Con questa convinzione, e conservando il segreto sul sintomo (valutato, insieme alla paziente, come l'unico spazio sottratto al controllo genitoriale, specie materno), ho proposto allargamenti sul tema dell'autonomia, con l'intento di chiamare i genitori a “testimoniare” su questo aspetto del processo evolutivo della figlia e ad essere coinvolti.

7

Se l'alleanza terapeutica diventa collusione

Ho colluso con il desiderio della paziente di conservare questo sintomo, quale spazio di autonomia dalla famiglia, pur nel malessere

che – a tratti – le provocava, la speranza terapeutica essendo di poter “convertire” il sintomo in una realizzazione creativa, in una “espansione identitaria”, quale si è dimostrato il lavoro al ristorante che, di fatto, lo ha ridotto drasticamente.

In tutto ciò ho sbagliato la diagnosi iniziale di bulimia (non primaria, bensì tenacemente secondaria, quindi relazionale) ed ho sottovalutato nella valutazione diagnostica *in itinere*:

1. la forza del legame di dipendenza dalla madre (paziente a polarità simbiotica, dove la madre le induce una sensazione di “mente trasparente”);
2. la fragilità del processo di individuazione (persistenza di iperattaccamento, compiacenza, idealizzazione);
3. il potere economico esercitato dai genitori e la dipendenza materiale della paziente (la madre pagava la terapia, il padre tutto il resto);
4. la matrice ansioso-ambivalente dell’attaccamento della paziente che ha provocato la rottura del setting, facendosi scoprire;
5. la probabile delusione della paziente relativamente alla mia capacità di coinvolgere adeguatamente genitori nel percorso terapeutico e di farmeli alleati.

Di conseguenza, l’apertura del setting ai genitori avrebbe dovuto essere fatta nei primi mesi della terapia e non dopo un anno dal suo inizio, prevedendo anche sedute della paziente con la sola madre.

8 **L'Identikit culturale**

Il nome, Alessia, non ha precedenti in famiglia. La paziente lo definisce «bello, importante», ma non riesce mai a usarlo nella sua estensione, preferendovi l’abbreviazione “Ale”, così come è da tutti chiamata. Pronunciarlo interamente le dà un senso di compiutezza e di definitività o di adultità che le è del tutto estraneo, sentendosi lei la piccolina della famiglia, anche di quella estesa (è la più piccola tra i tredici cugini).

Il luogo di origine, un piccolo paese di una valle lombarda, è caratterizzato in senso tradizionale. Tutti si conoscono e la numerosa famiglia allargata (circa una settantina di parenti) risiede tutta

lì o nei paesi vicini. Per la paziente è una “base sicura” ancorché claustrofobica, luogo del ritorno, ma da cui bisogna fuggire se si vuole trovare una propria autonomia.

La paziente nasce nel 1985, un decennio di grandi cambiamenti anche per le valli interne, ma ancora caratterizzate da una forte impronta tradizionale.

È figlia unica, contrariamente alle famiglie dei genitori (quella materna era composta da sei figli, quella paterna da due), ha una situazione di coppia modernizzata (convive a Milano con un compagno di studi, della sua stessa valle), ha una mobilità ridottissima (paese-Milano, Milano-paese), come ridotta è stata pure la mobilità familiare (dove nessuno si è mai mosso dal paese d'origine), ha una scolarità elevata, come pure i genitori, esprime una religiosità di facciata, non interiorizzata, ha un aspetto fisico estremamente curato in tutti i dettagli (il che denuncia ore davanti allo specchio alla ricerca ossessiva della perfezione estetica), presenta un sintomo bulimico severo all'atto della presa in cura, espressione di un'adesione acritica ai modelli estetici dominanti, nonché frutto di un processo di acculturazione vissuto come fonte di “presentabilità” sociale, sebbene pagata a caro prezzo.

Il suo Identikit culturale, nella *connotazione da parte del contesto*, presenta 9 T, 9 M e 1 A, mentre nella parte soggettiva compiono 10 T, 8 M e 1 A. Il buon equilibrio tra gli elementi tradizionali e quelli moderni, con uno scarto minimo nella valutazione soggettiva, depone a favore di un decorso terapeutico positivo, aprendo a un recupero della componente acculturata vissuta tuttavia in modo egodistonico.

9

La formulazione culturale del caso di A.

Qui di seguito utilizzo la traccia del DSM IV TR, così come proposta dall'American Psychiatric Association 2000 (APA, 2004).

9.1. L'identità culturale di A.

A., come si è detto, è figlia unica di una famiglia benestante, diventata tale per effetto del boom economico. Il padre ha via via

ricoperto posti sempre più di rilievo come dipendente, poi manager, fino a conseguire la possibilità di intraprendere un'attività economica in un settore molto remunerativo. La madre ha potuto studiare e laurearsi ed esercitare come libera professionista.

Le famiglie di origine dei genitori sono più modeste: negozianti dal ramo paterno, artigiani e contadini da quello materno.

A. cresce senza la dimensione del sacrificio o della rinuncia, godendo di una favorevolissima congiuntura economica. Anche i cugini della famiglia allargata godono degli stessi privilegi. È molto difficile per la paziente acquisire il senso di una scelta pagata con le proprie risorse, anche la psicoterapia è pagata dalla famiglia.

9.2. La spiegazione culturale del disturbo di A.

A. si spiega la bulimia attraverso una storia di emulazione della condotta di una compagna.

In effetti la bulimia, come molti altri comportamenti di dipendenza compulsiva, solitamente avviene per “contagio psichico”, risultando una delle possibili risposte ad un grave disagio interiore, ad un senso di vuoto che rimanda una sensazione di “Io desertificato” («Se non fumo e non vomito, cosa faccio?»).

Si potrebbe infatti connettere questa percezione, rifacendoci alla topica dell’Io di Sow (1977), alla perdita della *forza vitale* quale conseguenza di un disturbo sull’asse *esistenziale* o del *biolignaggio/sistema familiare*.

Il sintomo bulimico, contrassegnato dalla dinamica di riempimento/svuotamento, riporta la paziente in una situazione “originaria”, ad un ipotetico *ground zero* psicofisico, dove la forza vitale è seriamente sfidata e compromette la propria presenza nel mondo, nonché l’eventuale discendenza.

Il sintomo è un tentativo di autocura che, nel caso della bulimia, permette una serie di vantaggi specifici:

- la possibilità di mantenere un peso forma senza eccessive rinunce, se non il vomito post-prandiale;
- garantisce una sensazione di sollievo rispetto a quella di saturazione data dall’ingestione di cibo in eccesso;
- è un regolatore di una condotta avvertita come ego distonica;

- offre una ritualità che scandisce la giornata;
- attua un controllo, seppure retroattivo, delle pulsioni;
- introduce un elemento sacrificale, autogestito, in una vita connotata da un benessere sovrabbondante, rivestendo quasi una funzione scaramantica;
- è un tentativo di “culturalizzare” l’angoscia e la sensazione di vuoto interiore.

La paziente esplicita la sofferenza dovuta all’elemento coattivo insito nel sintomo, nonché il possibile danno organico dovuto all’eccessiva reiterazione del vomito durante la giornata, ma afferma di ricevere anche una sensazione di benessere/sollievo, nonché di autostima per il fatto di poter controllare perfettamente il proprio peso e l’aspetto fisico.

La sua immagine corporea è fortemente colonizzata dagli standard culturali vigenti che A. non si permette di trasgredire, sentendosi profondamente insicura sul piano di una relazione che non si fondi soprattutto su questo aspetto.

In questo senso il sintomo di A. esprime – come ricorda Kirmayer – «una risorsa retorica da usare per esplorare e comunicare il significato più esteso della nostra condizione» (Kirmayer citato in Galzigna, 1999, p. 91).

9.3. I fattori culturali legati all’ambiente psicosociale

Le valli lombarde sono state investite negli ultimi trent’anni da repentini processi di modernizzazione. La cultura pastorale e contadina è stata rapidamente abbandonata per effetto dell’inurbamento di molta popolazione, nonché della trasmissione di modelli culturali mutuati dalla metropoli.

Così i genitori di A. lasciano le rispettive case familiari, ancora di origine rurale e, con il miglioramento delle condizioni economiche dovute al rapido sviluppo economico della valle, approdano a una condizione agiata che permette loro di costruirsi una villa dotata di ogni comfort.

La paziente vive una vita già programmata dalla famiglia, dove ogni sua scelta è velocemente inglobata e riassorbita dalla potenza economica dei genitori che hanno in mente di predi-

sporle anche una soluzione abitativa all'interno della proprietà di famiglia.

La soluzione di un lavoro, seppur sotto forma di stage temporaneo, le apre qualche spiraglio, ma perdurano troppi fattori di ambivalenza (il suo processo di autonomia assume dei caratteri titanici, dato il pesante conformismo del contesto) e il riassorbimento familiare è pressoché inevitabile.

Del resto, anche questo suo tentativo d'indipendenza (embriionale) viene anticipato e svuotato della sua possibile carica emancipatoria.

Come già accennato, il padre, saputo di questo desiderio di A. di compiere uno stage in un ristorante, le fornisce tutti gli indirizzi dei ristoratori amici nella valle, con cui anticipa anche qualche contatto.

A questo proposito si potrebbe intravedere la messa in atto di quella che Devereux (1978) definisce una “pulsione cannibalica” genitoriale, che porta A. a sentirsi depauperata di valore e di consistenza.

A. si sente soffocare (la cultura familiare pervasiva può anche essere un fattore di soffocamento!) ma non ha la forza di contrapporsi, né di interloquire, lasciando parlare – al proprio posto – il sintomo.

9.4. Gli elementi culturali del rapporto terapeuta-paziente

A. è sempre venuta molto volentieri in seduta, dove ha sperimentato la possibilità di raccontarsi senza reticenze e paura del giudizio.

A. è una persona vivace intellettualmente, graziosa di aspetto, estroversa e comunicativa.

A. e la terapeuta appartengono alla medesima area culturale, quella lombarda, seppure i luoghi d'origine sono diversi (metropoli per la terapeuta, paese per la paziente), e la comunicazione è sempre stata gradevole e fluida. A. e la terapeuta condividono l'appartenenza di genere, pur nella differenza generazionale.

Questa differenza ha costituito un elemento di rassicurazione per la paziente, ma ha anche indotto una tendenza a reiterare un comportamento trasgressivo (modalità ampiamente sperimentata

in famiglia), nonché difensivo, laddove si trattava di assumersi delle responsabilità evolutive.

Così il segreto, elemento cardine dell'alleanza terapeutica, è stato infranto dalla paziente, che ha messo in atto la "svista" che ha portato alla interruzione della terapia.

IO

Discussionne in équipe

Qui di seguito riporto alcune riflessioni emerse durante la discussione del caso in équipe.

Quale la nuova frontiera per i nostri figli? Le famiglie moderne sono orientate al fare e i figli sono lasciati soli nella ricerca di uno sbocco veramente autonomo.

La paziente sta male quando ritorna in famiglia e/o quando è sola.

È probabile che viva una dimensione solo alienata del proprio corpo, con cui non ha sperimentato un rapporto salutare ma quasi solo distruttivo (uso di droghe, aborto, bulimia, tirannia del trucco, perfezionismo estetico)

I genitori "migranti" (dalla tradizione alla surmodernità) uccidono i figli con la pretesa di adeguamento e successo. Questi genitori hanno perso le loro origini, riversano pacchi di oggetti inutili sul tavolo frutto di spese inutili: sono acculturati. Sono nell'attraversamento di un vuoto culturale che trasmettono alla figlia.

Il sintomo simula quello che la paziente vuole: riempirsi e contemporaneamente rimanere vuota. Ha bisogno di oggetti interni buoni. Non a caso ha interrotto la terapia quando incominciava a stare meglio, un benessere insopportabile, che comportava reggere il confronto *vis à vis* con se stessa e proseguire nel processo di autonomia, separandosi dai genitori.

II

Un paio di riflessioni *ex post*

Alla luce della discussione in équipe mi sono sorte alcune considerazioni.

La prima, relativa al rapporto di forte dipendenza dalla famiglia, concerne il formato del setting e la *questione degli "allargamenti"* (Canevaro, 2009).

Come condurre una terapia quando il/la paziente non ha autonomia economica? È importante coinvolgere chi paga la terapia?

Dalla trattazione di questo caso si evince che il coinvolgimento dei familiari è imprescindibile, in quanto una terapia con un committente “prestigioso” non può esimersi dal prenderli in considerazione.

Tale elemento, proprio in rapporto alla diagnosticata fragilità di A., avrebbe dovuto essere materia di contrattazione all’atto della sua presa in carico. Prospettare fin dalle prime sedute la necessità di un allargamento del setting, attraverso periodici incontri di verifica e confronto coi genitori, avrebbe contribuito a disinnescare le loro istanze ipervigili, offrendo loro la possibilità di seguire, passo passo, l’evoluzione della figlia, nonché il lavoro della terapeuta che loro pagavano. Coinvolgere i genitori in quanto co-terapeuti avrebbe potuto essere una mossa efficace e nel contempo avrebbe costituito un ridimensionamento delle fantasie onnipotenti e di autosufficienza di A.

L’apertura tardiva ha fatto sì che i genitori ipercontrollanti intervenissero con un intento strumentale, utilizzando questo spazio solo per avvalorare o smentire le proprie ipotesi circa la condotta compulsiva della figlia: un’intrusione pesante nella privacy e nel setting, originata dalla convinzione che attraverso il potere economico si possa condizionare ogni cosa.

La considerazione che occorreva *prima* rafforzare A. e *poi* procedere a un suo confronto coi genitori non ha tenuto conto del persistente potere performativo che la famiglia continuava ad esercitare nei confronti di A. nella trasmissione di valori culturali che la ragazza non era in grado di modificare e/o sostituire. In questo la terapeuta non è stata sufficientemente avvertita, avvalorando come cambiamenti solo timidi tentativi di riposizionamento ed espansione, in definitiva lasciando ad A. la conduzione del gioco terapeutico. In questo gioco anche la terapeuta, come la condotta compulsiva – modalità acculturata di mantenere uno *status quo* –, è diventata un ulteriore elemento di prestigio da “consumare” ed esibire, nonché di rafforzamento del desiderio – ambivalente – di non cambiare.

La seconda riflessione concerne il *controtransfert* e, per esplorarlo, mi servo di un sogno che ho fatto qualche notte dopo la telefonata col padre di A.:

Col padre di A. andiamo dallo psichiatra. Mi sembra un po’ strano: dovrebbe esserci la madre, mi dico. Ma poi la cosa mi sembra che vada bene

anche così. Salgo sulla sua macchina, una Jaguar che all'arrivo il padre di A. fa fatica a parcheggiare. Alla fine si infila tra un marciapiede e una fila di alberi, proprio davanti ad un negozio. Io avevo l'indirizzo, ma senza il numero civico. Ho solo un giornale e non ho l'agendina. Ma proprio a fianco del negozio (una tintoria?) c'è un citofono e il padre di A. trova il nome: Dr. Magrini, in alto a destra e suona. Entriamo e saliamo in ascensore, io col mio giornale in mano (“l'Unità”) che piego per non mostrare il titolo. Parliamo di A. e accenno qualche considerazione: per me A. non è mai stata il suo sintomo. C'è un clima di confronto, ma non teso.

Emerge chiaramente l'elemento del potere economico familiare rappresentato dalla Jaguar paterna, ingombrante, che non si riesce neppure a parcheggiare e su cui io salgo come se non disponessi di una mia vettura. Inoltre, pur essendo alleati nel tentativo di trovare una soluzione per A. (l'ipotetico Dr. Magrini: che nome simbolico!), io devo nascondere qualcosa di me, un giornale di sinistra che manifesta valori antitetici a quelli della famiglia di A. Riesco comunque a manifestare la mia valutazione terapeutica (A. non è mai stata il suo sintomo), ma ciò non toglie che il mio valore sia messo radicalmente in discussione dal ricorrere ad un altro specialista con un cognome che è una promessa!

Per concludere, nell'ambito del *controtransfert*:

- ho colluso con il desiderio della paziente di mantenere lo *status quo* attraverso il segreto;
- sono stata gratificata dal miglioramento parziale del quadro sintomatologico, interpretato come “successo terapeutico” e segno di un desiderio di cambiamento della paziente (nello specifico era stato recuperato il tratto *borderline* con l'abbandono dell'uso di droghe, di alcol e del libertinaggio sessuale, mitigato il perfezionismo, ridotto l'iper批评ismo e sviluppata una iniziale accettazione di sé attraverso il recupero della dimensione “auto curativa” del sintomo e l'esplorazione iniziale di possibili strade di autonomia);
- ho cercato di evitare l'incontro con la madre, ponendomi implicitamente come “madre ideale” e attuando quello che Loriedo (2005) definisce il “furto del figlio”;
- ho ritardato il confronto con i genitori, per effetto di una sopravalutazione, culturalmente influenzata, del loro potere (la Jaguar paterna, rappresentazione simbolica del fallo/denaro).

Note

1. Si veda la voce *Propensione culturale* nel glossario in Appendice.

Riferimenti bibliografici

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2004), *Psichiatria culturale: un'introduzione* (2002), Raffaello Cortina, Milano.
- ASSOCIAZIONE CENTRI MARA SELVINI, *Insieme alle famiglie, per uscire insieme*, 1 Convegno, 28 gennaio 2006, materiali interni Scuola Selvini.
- BINSWANGER L. (1973), *Il caso Ellen West* (1944), Bompiani, Milano.
- BOSCOLO L., BERTRANDO P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- CANEVARO A. (2009), *Quando volano i cormorani. Terapia sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma.
- DEVEREUX G. (1978), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando, Roma (II ed. 2007).
- GALZIGNA M. (1999), *La sfida dell'altro: le scienze psichiche in una società multiculturale*, Marsilio, Venezia.
- LORIEDO C. (2005), *Insidie e limitazioni della terapia sistemica individuale*, in "Terapia familiare", 78.
- SELVINI PALAZZOLI M., CIRILLO S., SORRENTINO A. M., SELVINI M. (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche*, Raffaello Cortina, Milano.
- SORRENTINO A. M. (2006), *Ipotesi relazionali e tratti di personalità sottostanti il disturbo anoressico-bulimico*, materiali interni Scuola Selvini.
- SOW I. (1977), *Psichiatrie dynamique africaine*, Payot, Paris.
- TERRANOVA-CECCHINI R. (2007), *Papaveri e papere: la formulazione culturale di un caso clinico*, in "Passaggi, Rivista italiana di scienze transculturali", 13, pp. 99-119.

Scheda. Identikit dell'Io culturale

Dato oggettivo

Connessione culturale da parte del contesto

			Connessione culturale da parte del contesto	Descrizione	T	M	A
Nome proprio	Alessia		³ Nome diffuso nella generazione della paziente		X		
Luogo di nascita	Piccolo paese delle valli lombarde		⁵ Endlave geografica connottata dalla persistenza delle tradizioni familiari		X		
Anno di nascita	1985		⁷ c.s.		X		
Età	25		⁹ c.s.		X		
Madre e padre			¹¹ Laureati; esercitano professioni non appartenenti alla cultura del contesto		X		
Fratria	Figlia unica		¹³ Cambiamento che riflette l'andamento demografico dell'epoca		X		
Altri parenti significativi	Non significativi, ma presenti		¹⁵ La famiglia esprime una ritualità d'incontro in occasioni significative per la famiglia allargata e per il contesto		X		
Relazioni di coppia	Convivenza temporanea		¹⁷ Comportamento pienamente accettato dal contesto		X		
Figli	No		¹⁹		X		
Lingua/dialeotto	Italiano		²¹ Uso dell'italiano senza espressioni dialettali		X		
Mobilità del soggetto			²³ Gli unici spostamenti sono quelli funzionali alla sua attività di studentessa		X		
Mobilità della famiglia			²⁵ Sempre rimasti <i>in loco</i>		X		
Residenza del soggetto			²⁷		X		
Persone e/o gruppi significativi	No		²⁹ Socialità ridotta all'ambito familiare e ai compagni di studio		X		

(segue)

Scheda. Identikit dell'Io culturale (*seguito*)

Connotazione culturale da parte del contesto			Connotazione culturale da parte del soggetto			
	Descrizione			T	M	A
Scolarità	Laurea + master ³¹			X	X	
Lavoro	No	³³ Studentessa a tempo pieno		X		
Salute/malattia	Disturbo alimentare	³⁵ Bulimia. Adeguamento agli stereotipi culturali vigenti: "magro e bello, giovane e vincente"		X		
Religione	Cattolica	³⁷ Nessuna pratica se non nelle occasioni rituali		X		
Osservazione	³⁹ Cura di sé	⁴⁰ Estrema accuratezza nell'abbigliamento fino al perfezionismo del dettaglio. Adeguamento ai canoni estetici attuali. Nessun tatuaggio e piercing		X		
Totali				9	9	1
Connotazione culturale da parte del soggetto			Connotazione culturale da parte del soggetto			
	Descrizione			T	M	A
Nome proprio	⁴ "Nome bello, importante, che non riesco ancora a usare nella sua estensione"			X		
Luogo di nascita	⁶ Luogo delle origini e del ritorno settimanale			X		
Anno di nascita	⁸ Nata in una cultura in cambiamento, da cui la famiglia l'ha protetta			X		
Età	¹⁰			X		
Madre e padre	¹² Genitori controllanti, ipervigili caratterizzati, nelle loro aperture, da forte ambivalenza			X		
Fratelli	¹⁴ Qualche nostalgia verso il fratello/sorella che la mamma ha perso e tentativo di ricreare una microstruttura familiistica a Milano			X		
Altri parenti significativi	¹⁶ Forte incidenza dei giudizi familiari sui suoi comportamenti			X		

Relazioni di coppia		X
Figli		
Lingua/dialeotto	22	X
Mobilità del soggetto	24	X
Mobilità della famiglia	26	X
Residenza del soggetto	28	X
Persone e/o gruppi significativi		
Scolarità	32	X
Lavoro		
Salute/malattia		
Religione		X
Osservazione		X
Total	12	6 1