

Sarà Anoressia? Un Servizio di Salute Mentale: che domande e che risposte

Autori

Sandro Domenichetti¹, Maria Rosaria Ciasullo², Loredana Marroncini²
Hanno collaborato: Tiziana Martino³, Manuela Passerini²

1 Psichiatra, Resp. UFSMA Mugello

2 Educatrice professionale, UFSMA Mugello

3 Psichiatra, resp. Centro diurno UFSMA Mugello

Corresponding author:

Sandro Domenichetti, psichiatra, Resp. UFSMA Mugello, sandro.domenichetti@uslcentro.toscana.it, cell. 333 3145527, fax 055 8451566

Riassunto

Gli autori descrivono la strutturazione progressiva nell'ambito del proprio Servizio di Salute Mentale di una capacità terapeutica per affrontare i gravi Disturbi dello Spettro Alimentare. Organizzazione interna di luoghi e personale dedicato, motivato e in formazione, rete significativa di collaborazione con altri servizi sanitari contigui e con centri di riferimento in area fiorentina. L'intervento si struttura sul corpo dei pazienti, corpo che hanno e corpo che vivono, e sul "corpo" del servizio che inizia a costruirsi una "pelle" per definire un dentro e un fuori e iniziare a percepire sensorialmente le regressioni, le frammentazioni e gli avanzamenti e le ristrutturazioni dei pazienti. Insomma una fotografia dei lavori in corso...

Abstract

In a Mental Health Service the authors describe the progressive structure of a therapeutic practice to face the serious disturb related to the alimentation spectrum. Internal organisation of space and staff: committed, driven and in-training. The presence of a regional network with all the healthcare services and with all the relevant structures in the province of Florence. The operation is carried on the patient, on the body he/she has and on the body he/she thinks to have and on the one, which is going to be defined during the treatment. Thus, the construction of a new vision: internal and external perception. The starting point to sense the digressions, the fragmentations and the improvements, in a few words the feeling of a new patient. Hence, a picture of the ongoing works...

Introduzione

Cari lettori, incipit da favola, un giorno il piccolo Servizio di Salute Mentale del Mugello zona alla base dell'Appennino tosco-romagnolo decise di affrontare la sfida di una paziente anoressica. Diagnosi sedimentata nel consueto percorso di centri di eccellenza. Prima di entrare nella storia della paziente vogliamo introdurre la

cornice culturale e tecnica dentro la quale più o meno abbiamo navigato.

Richard Gordon (1) suggerisce che ogni tentativo di comprensione dell'anoressia-bulimia si debba collocare in una prospettiva culturale, considerandola come uno di quei disturbi che Devereux definisce *'etnici'*, cioè caratterizzati da un modello cognitivo - comportamentale deviante che, per le sue dinamiche, viene ad essere un'espressione delle contraddizioni cruciali e dell'ansia di fondo di una particolare parte della società in un particolare momento storico.

Sfogliamo la storia e le sue storie. Nel Medioevo il controllo, le rinunce e le torture al proprio corpo erano intese non tanto come rifiuto della fisicità, ma come modalità di accesso al divino, gradualmente questa rinuncia al proprio corpo si declinò al femminile così totalmente che questo periodo è stato definito delle "Sante Anoressiche". Il corpo della donna veniva vissuto come espressione di attributi sessuali, le forme arcuate e il seno prominente, che si pensava fossero autoprodotte, mentre il corpo maschile era "forgiato da Dio" dall'esterno.

Quindi l'anoressia come caratteristica di santità compare nel 1200 e termina nel 1500 quando Teresa d'Avila cominciò ad usare costantemente un ramoscello d'ulivo per indursi il vomito e liberare totalmente lo stomaco, onde poter accogliere degnamente l'ostia consacrata che divenne la sua unica fonte di sostentamento. Da un'indagine condotta da Rudolph Bell (2) su 170 sante italiane del Medioevo, la metà presenta una caratteristica anoressia. Le emozioni provate dalle donne venivano considerate dalle sante medievali come esperienze mistiche derivanti dall'incontro con Dio. Margherita da Faenza, Angela da Foligno, Margherita da Olingt si paragonavano ad un esile arbusto con cinque rami, che rappresentavano i cinque sensi, che potevano fiorire solo grazie ad un ruscello (rappresentante il Cristo) che animava tutta la loro sensorialità/sessualità. Insomma l'esperienza mistica come unica grammatica di ruolo sociale e in qualche modo di libertà del femminile, questa esperienza modificava le percezioni, l'emotività e i comportamenti, uno stato alterato di coscienza che può permettere l'emergere di un "sentimento del sé" e del mondo esterno determinando la sensazione estatica. Un altro effetto dell'esperienza mistica, che ci interessa sottolineare, è la ristrutturazione cognitivo-esistenziale che conduce molti mistici alla scoperta di nuovi significati della vita, con la messa in atto di strategie comportamentali del tutto nuove e sconvolgenti (S. Caterina da Siena, S. Francesco d'Assisi, di S. Teresa d'Avila, etc.). L'anoressia così, insieme alla flagellazione ed altre sofferenze corporali, diventa il mezzo per avviare alla santità la donna il cui corpo era simbolo di lussuria, debolezza e irrazionalità e diventando nel Medioevo l'unica possibilità per la donna di affermare il proprio potere nel ruolo sociale, mistico-religioso. Nei secoli si passa dalla dimensione religiosa del rifiuto del cibo e l'astinenza delle sante, agli scioperi della fame, all'esibizione degli scheletri viventi e agli artisti della fame, al destino dei melanconici, delle isteriche, dei posseduti dalle streghe, storie che nel XIX secolo culminano nella definizione di "anoressia isterica" o "nervosa" (3).

Dalla mistica alla medicina

Nel mondo del religioso l'astinenza dal cibo è stata intesa sia come pratica purificatrice che libera dal condizionamento della carne ed avvicina a Dio, che come inquietante segno di onnipotenza e quindi la presenza del Demonio.

L'atteggiamento dell'anoressica nei confronti del cibo e del corpo rimanda agli antichi percorsi dell'ascesi e dell'astinenza e in epoca della Santa Inquisizione a tutti quei comportamenti inspiegabili, semiotica del diabolico e della stregoneria. Ambiguità del comportamento anoressico tra libertà dal corpo e onnipotenza che ritroviamo per esempio nella Sindrome di Cotard (*Délire de négations*), convinzione delirante di un deterioramento del corpo, sino ad una vera e propria negazione della sua esistenza. Asceti, posseduti, anoressiche: le pratiche del digiuno producono modificazioni metaboliche che alterano delle funzioni psichiche in modo protratto: eccitamento, depressione, dissociazione della coscienza. Il digiuno, in questa prospettiva, sarebbe una sorta di mediazione biologica per produrre le distorsioni percettive, le allucinazioni, gli stati dissociati, variazioni del tono

dell'umore, alterata percezione del corpo, disturbi del sonno, ossessioni che si ritrovano nell'estasi mistica. Nel mistico l'esperienza percettiva s'impone sotto forma di verità e diventa un modo per esprimere l'indicibile. La percezione è il luogo dove si incontra Dio e La Verità. Come non fermarsi sulla elaborazione del "mistico" di W. Bion (4) che oltre agli stati mentali consci e inconsci postula l'esistenza di uno terzo stato della mente che definisce "inaccessibile". Si riferisce alla vita intrauterina e a una presunta forma primitiva, fisica, di identificazione proiettiva. Ma il concetto di un inconscio non rimosso, non rappresentabile, si può estendere a tutte le forme, anche successive alla nascita, di memoria procedurale, implicita o non dichiarativa. Traumi precoci si registrano in questa memoria senza ricordo, e si pone il problema di come portarli in scena per aiutare il paziente a elaborarli. Mancina (5) suggerisce che tracce di eventi così primitivi si possono trovare nei sogni. Ma quando il paziente non sogna, che fare? I deficit di simbolizzazione corrispondenti a traumi che hanno generato nuclei autistici o psicotici della personalità di una certa gravità premono per acquisire una pre-rappresentabilità allo stesso modo dei ricordi rimossi, ma a differenza di questi possono manifestarsi solo come disturbi della sensorialità, come comportamento. La verità – a cui Bion tenderà ad attribuire sempre più valore con lo sviluppo del suo pensiero – sembra trovare origine nella esperienza di relazione corpo-mente che il soggetto fa in contatto con la realtà attraverso la mediazione dei propri organi di senso, sino alla costruzione di un 'common sense' che ha valore di integrità psicosomatica, al punto tale che una *carezza di verità* indurrebbe per Bion uno stato di malessere fisico analogo ad uno stato di malnutrizione.

Come ci ricorda la Chasseguet-Smirgel (6) la psiche del neonato è soggetta a stimoli provenienti dal corpo, ma che agiscono su di essa come se fossero prodotti da oggetti esterni, tutte queste percezioni provenienti da pezzi separati attivano una funzione mentale di riunificazione proprio attraverso l'identificazione con il corpo, e avanza un'ipotesi intrigante sui disturbi alimentari. Esiste nello sviluppo femminile, particolarmente nella pubertà, un desiderio più o meno violento di sfuggire all'ordine biologico. Come sostiene Mara Selvini Palazzoli nell'anoressia la paziente non è spaventata dal cibo, ma dal proprio corpo, "...vive la nutrizione come potenziamento del corpo a spese del Sé" (7). La Chasseguet-Smirgel conclude in modo lapidario, "...i disturbi alimentari non sono di natura isterica. Essi mirano all'autonomia e all'indipendenza. Fanno parte delle patologie narcisistiche."

La Psicopatologia

Accenniamo brevemente ad un principio organizzatore della psicopatologia dei DCA: l'immagine e lo schema corporeo. Psicologia e neuropsicologia hanno tentato di spiegare le possibili correlazioni fra la percezione reale del corpo e l'immagine mentale che abbiamo di esso. Il primo ad utilizzare il termine "*schema corporeo*" fu Bonnier, nel 1905(8). Il suo criterio topologico ci consente di occupare un luogo nello spazio (solo nostro), all'interno del quale sappiamo orientarci e localizziamo le diverse parti del corpo.

Schilder (9) definisce l'immagine del corpo umano come "*il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo, vale a dire il modo in cui il corpo appare a noi stessi*". In questo autore convivono tre pensieri: quello dello sviluppo libidico, da cui dipenderebbe uno schema corporeo che si struttura e destruttura all'infinito, quello sociologico, secondo cui la rappresentazione corporea non è altro che la somma delle immagini corporee della comunità e quello neuropsicologico che interessa soprattutto il lato sinistro del corpo, per una dominanza del lato destro che, essendo più forte, sarebbe meno esposto a questi disturbi. Oggi però sappiamo che lo schema corporeo è inconsapevole, mentre l'immagine corporea è presente alla coscienza. Merleau-Ponty (10), invece, oppone un "*corpo-oggetto*" ad un "*corpo-me*" assimilato al pensiero cosciente: conosciamo il nostro corpo attraverso le rappresentazioni mentali che ci facciamo di esso. Il soggetto è fatto di corpo e lo schema corporeo è un modo di esprimere che "*il mio corpo è al mondo*".

I concetti di schema corporeo e di immagine corporea condividono la possibilità di rappresentare la totalità e la complessità del corpo umano. Mentre il primo è un articolato schema percettivo legato al processo di localizzazione spaziale compiuto dal sistema nervoso, la seconda riguarda la situazione emotiva, i ricordi, le

motivazioni e i propositi d'azione dell'individuo, non è statica, ma si modifica continuamente per merito delle esperienze personali.

Particolarmente efficace ci sembra come tematizza l'argomento Pietropolli Charmet (11) che distingue tra schema corporeo, dimensione percettiva/spaziale, e immagine mentale del proprio corpo rappresentazione simbolica del proprio corpo come oggetto di investimento affettivo, corpo odiato/amato, mostrato, esibito, come mezzo di relazione con gli altri.

La definizione e la diffusione:

Tra le prime descrizioni scientifiche che ci sono giunte su questo disturbo, c'è quella di Ernst Charles Lasegue (12): *“Ella prova innanzitutto un disturbo dopo avere mangiato...né lei né chi assiste vi attribuisce alcun disagio duraturo...l'indomani la stessa sensazione si ripete e la malata si convince che il miglior rimedio a questo disturbo indefinito consiste nel diminuire l'alimentazione... l'isterica riduce gradatamente il cibo talvolta con il pretesto del mal di testa talvolta con il timore che si presentino le impressioni dolorose che seguono dopo il pasto ...dopo qualche settimana non si tratta più di ripugnanze da ritenersi passeggero: è un rifiuto dell'alimentazione che si prolungherà indefinitamente....la malattia è conclamata e seguirà il suo decorso così fatalmente...”*.

Una delle autrici che più si è occupata di anoressia nervosa sia in termini assistenziali che di ricerca è Hilde Bruch (13) che nel 1962 descrive tale fenomeno come “malattia nuova”. E' infatti dalla seconda metà del secolo scorso che i comportamenti alimentari patologici hanno iniziato a manifestarsi sempre più frequentemente nella popolazione giovanile ed in particolare tra il genere femminile. Nella nostra società la giovane donna è esposta alla competitività esasperata di certi ambienti, alla richiesta di prestazioni straordinarie, all'esaltazione della magrezza come espressione di attrazione e prestigio sociale. Anoressia e bulimia sono sindromi “culture-bound”, ugualmente diffuse in tutti i paesi industrializzati del mondo, mentre nei paesi in via di sviluppo questi quadri clinici compaiono via via che aumentano le disponibilità alimentari e si diffondono costumi propri delle nazioni più ricche (14). Pietropolli Charmet (15) dà un'interessante chiave di lettura del fenomeno indicando come il contesto socioculturale attuale, nei paesi industrializzati, favorisca la credenza e l'illusione che si possano risolvere problemi complicati di sostanza e di contenuto attraverso la manipolazione delle forme, particolarmente quelle del corpo e delle sue sembianze sociali. Gli adolescenti attuali sono, secondo l'Autore, immersi in una cultura di ispirazione massmediale che inneggia all'uso del corpo e delle sue sembianze come luogo elettivo di comunicazione della propria identità, dei propri valori, del proprio status e anche della propria felicità e salute mentale. Esisterebbe quindi una evidente connessione tra questa convenzione sociale e l'usanza tragica di alcuni adolescenti di cercare di risolvere i propri profondi problemi di identità psichica, utilizzando la dimensione corporea. A rendere più complesso il processo di mentalizzazione del corpo non sono i tradizionali sentimenti di colpa e di vergogna delle generazioni precedenti, ma il contatto con alcuni contenuti di difficile elaborazione per gli adolescenti attuali come la scoperta che il corpo è mortale e che è complementare ad un altro corpo. Tali presupposti infliggono ai nuovi adolescenti una profonda ferita narcisistica: se si vuole godere del corpo adulto bisogna sia accettare la sua data di scadenza, sia rinunciare all'autarchia infantile ed accettare la dipendenza biologica dal corpo complementare dell'altro. Un fallimento nel processo di mentalizzazione del corpo, per Pietropolli Charmet, è costituito dalla “ipermentalizzazione” della corporeità: esagerata dedizione mentale a ciò che succede nel corpo, che può spingersi a diventare l'unica attività psichica che sopravvive, fino allo sviluppo della convinzione pressoché delirante che il proprio sentimento di valore e di identità lo sancisca la bilancia o il commento del pubblico di amici e familiari cui è rivolto lo sforzo di dimagrire.

Nel paradigma nosografico i disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati dalla presenza di grossolane alterazioni del comportamento alimentare: l'Anoressia e Bulimia Nervosa. Fairburn (16) gli definisce come una patologia psichiatrica cronica caratterizzata principalmente da convinzioni distorte e preoccupazioni esasperate

circa la forma e il peso corporeo, che determina una persistente alterazione del comportamento alimentare e delle condotte connesse con il cibo, con una ricerca costante di ridurre l'apporto calorico. Comporta una compromissione significativa del benessere psicofisico e del funzionamento sociale del paziente.

Il DSM 5(17) classifica i Disturbi dell'Alimentazione Adulto:

- Anoressia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Disturbo da Alimentazione Incontrollata
- Altri Disturbi Specificati
- Altri Disturbi non Specificati

In una ricerca condotta da Carlo Faravellie coll. (18) si traggono alcune conclusioni:

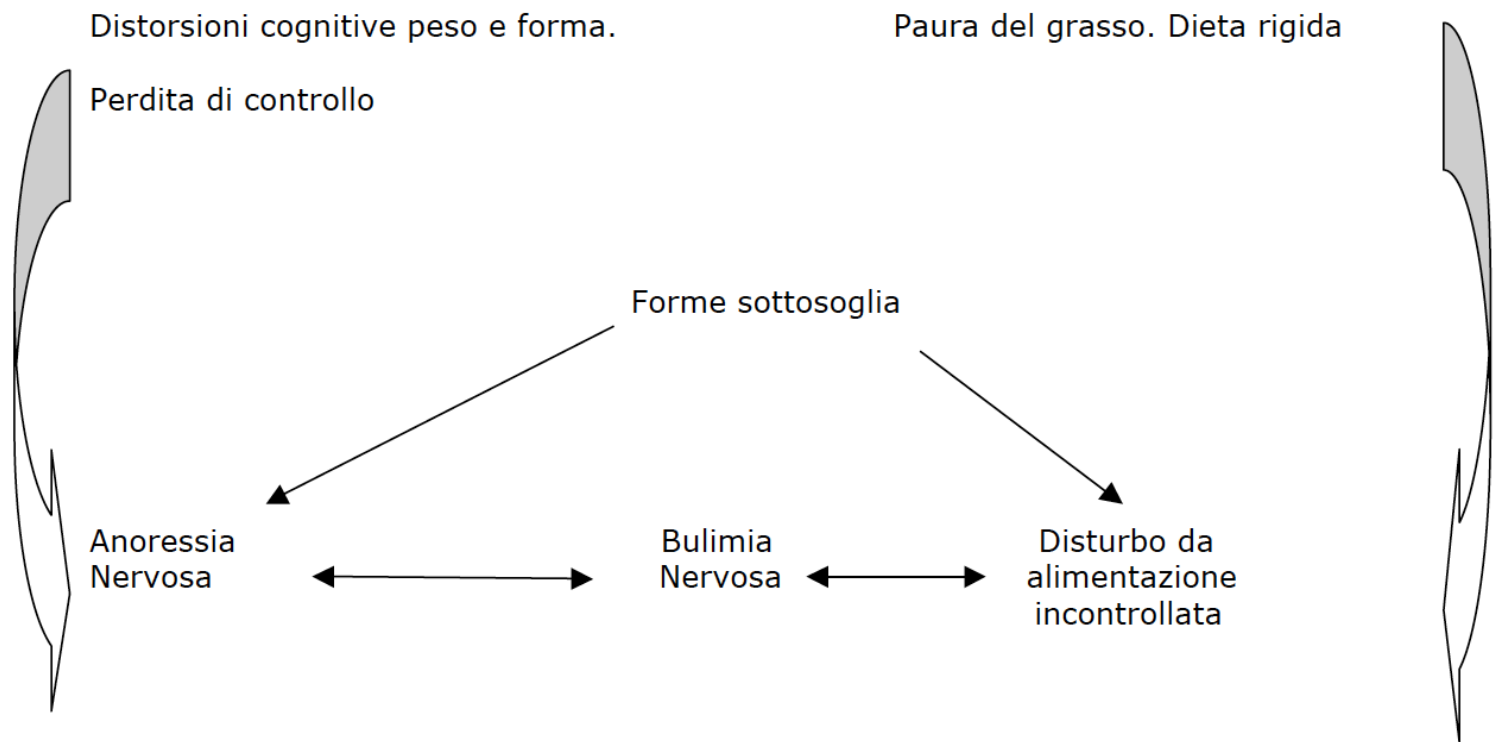
1. Nella popolazione di età superiore ai 14 anni la prevalenza lifetime dei Disturbi del Comportamento Alimentare è 1.32%.
2. Esordio in età giovanile.
3. Alto rischio di cronicizzazione.
4. Gravi conseguenze mediche.
5. Elevato tasso di ospedalizzazione.
6. Tasso di mortalità più elevato di qualsiasi disturbo psichiatrico.

In ambito psicobiologico la patogenesi è stata attraversata da varie ipotesi: studi transgenerazionali e sui gemelli hanno dimostrato che i disordini alimentari si manifestano con più probabilità tra i parenti di una persona già malata, soprattutto se si tratta della madre; una presunta anomalia funzionale di una porzione ipotalamica deputata al controllo della fame e della sazietà, dell'attività sessuale e del ciclo mestruale; ridotta funzionalità del sistema della serotonina e della noradrenalina a livello cerebrale e le modificazioni della colecistochinina e della leptina a livello periferico. La teoria sistemico - familiare con Minuchin le dinamiche familiari rientrano nella categoria più ampia di quelle che producono sintomi "psicosomatici": famiglie invischiate, timorose delle conseguenze dello sviluppo dell'identità individuale, incapaci di esprimere apertamente differenze e conflitti, con tendenza a demonizzare il mondo esterno. La forza del sintomo sta nelle gratificazioni che si riceve e questo feedback positivo rinforza il comportamento e la sua cronicizzazione.

La strutturazione psicopatologica specifica dei DCA nella pratica clinica è caratterizzata da alcuni elementi nell'ambito percettivo: preoccupazione estrema e convinzioni distorte relative a peso, forma del corpo e al cibo, che influenzano decisamente anche l'autostima, assai modesta, l'ideazione incentrata sulla fondamentale importanza di perdere peso e controllare l'alimentazione, ripetuti controlli o evitamento del peso e della forma corporea, atteggiamenti auto prescrittivi riguardo al cibo, distorsione dell'immagine corporea.

Studi longitudinali hanno dimostrato che nello stesso individuo possono succedersi, nel corso degli anni, DCA con sintomi diversi tra loro, accomunati da uno stesso nucleo psicopatologico, definendo così il concetto di Spettro dei DCA:

Figura 1



La Storia

Laura così chiameremo la nostra paziente, è nata a Firenze il 27/12/1996. Ha una madre di 45 anni e un padre di 47, è la maggiore di 6 fratelli (3 maschi e 3 femmine). Il padre ha presentato un ritardo nello sviluppo del linguaggio, così come Laura e il figlio secondogenito. Nata da gravidanza decorsa con gestosi e ultimata con parto spontaneo alla 36° settimana. Acquisizione della deambulazione nella norma, come già segnalato ritardo nello sviluppo del linguaggio, poche parole fino ai 6 anni, e per questo è stata dall'IRCCS Stella Maris fino ai 12 anni. Fin dal terzo anno di vita ha iniziato un trattamento logopedico. Ha frequentato le scuole dell'obbligo con sostegno fino al diploma di scuola media superiore. Nel corso degli anni ha eseguito delle RM cranio encefaliche e analisi mutazionale FRAXA, risultati nella norma, le valutazioni cognitive fatte all'istituto Stella Maris hanno evidenziato un QI corrispondente a un ritardo cognitivo lieve.

L'esordio del quadro psicopatologico di anoressia nervosa binge-purging si ha nel 2011 quando la paziente aveva 15 anni, la stessa Laura racconta che in seguito al trasloco della famiglia in una nuova abitazione inizia a presentare una restrizione alimentare coerente con l'obiettivo dichiarato di una diminuzione ponderale per raggiungere il peso di 39 kg (allora pesava 46 kg). Laura racconta che fin dall'infanzia ha vissuto un senso di inadeguatezza legato ai commenti canzonatori e malevoli da parte dei compagni di classe sulla sua difficoltà linguistica e il necessario sostegno scolastico. Il calo ponderale in questo periodo Laura lo collega direttamente al miglioramento della propria autostima, in questo periodo emerge il fenomeno dell'autolesionismo che continua tuttora con periodici tagli, superficiali, cutanei e bruciature di sigarette, lesioni mostrate continuamente come un trofeo di continue battaglie. Dal gennaio al maggio 2013 viene ricoverata presso la Clinica Universitaria di NPI di Firenze dove arrivando a pesare 37,7 kg (BMI 15,9) è alimentata per un mese con sondino naso gastrico. Dimessa in condizioni accettabili Laura attraversa nuovamente periodi critici che costringono i genitori a cercare un nuovo centro di trattamento per DCA, non volendo Laura ritornare in Clinica, viene individuato un Centro ad Arezzo che la accoglie e dove raggiunge fra alti e bassi il peso di 49 kg (BMI 19,6), alla fine del trattamento in questo centro e il rientro a casa, nuovo progressivo peggioramento e accentuazione dei comportamenti autolesivi con comparsa di "voci" a contenuto autosvalutativo e imperativo autolesivo che però Laura descrive più come pensieri intrusivi che come vere e proprie allucinazioni uditive. A questo punto al famiglia si rivolge alla Clinica Psichiatrica dell'Università di Firenze, anche qui dopo varie

peripezie Laura viene dimessa in quanto non collaborante al programma e chiede nuovamente di ricoverarsi presso il Centro di Arezzo. Così ne veniamo nuovamente in contatto, per una burocratica impegnativa per il pagamento della retta nella struttura convenzionata. A questo evidente attacco alla nostra funzione curante invece di reagire controtransferalmente con rabbia e rifiuto, atteggiamento che più di un Centro avevano avuto nei confronti di Laura, proponiamo un patto, avremo fatto l'impegnativa se Laura e la famiglia ci accettavano come gruppo curante. Così è stato, permettendoci di strutturare un percorso specifico dentro il nostro servizio per il trattamento dei DCA:

Figura 2

ATTIVITA' C/O CENTRO DIURNO KENNEDY PER ACCOGLIENZA E TRATTAMENTO DI PAZIENTI AFFETTI DA DISTURBI DELLO SPETTRO ALIMENTARE (DCA)
 Resp: Dr.ssa Tiziana Martino
 E.P. Rosaria Ciasullo
 E.P. Loredana Marroncini
 E.P. Manuela Passerini
 C.I Enrico Dolabelli

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Ore 10	Ore 10	Ore 10	Ore 10	Ore 10
Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza	Accoglienza
Spesa	Spesa	Spesa	Spesa	Spesa
Preparazione Pasto Assistito	Preparazione Pasto Assistito	Preparazione Pasto Assistito	Preparazione Pasto Assistito	Preparazione Pasto Assistito
Pranzo	Pranzo 13.30 Dietista	Pranzo	Pranzo	Pranzo
13.30-14.30	14.30-15.30	15.00	13.30-14.30	13.30-14,30
Attività individuale	Attività individuale	Uscita	Attività Psicoeducativa	Attività Individuale
15.30	16.00	15.30	15.00	15.00
Attività esterna	Uscita	Incontro Dr.ssa Tiziana Martino	Attività esterna	Psicoterapia Dr.ssa Letizia Intini

UFSMA Zona MUGELLO

Resp. Dr. Sandro Domenichetti
 Centri di Riferimento:
 Prof. Valdo Ricca, Clinica Psichiatrica Università di Firenze
 Dr.ssa Barbara Mezzani, Casa di Cura Villa dei Pini
 Dr. Brunetto Alterini, Area Clinica AOUC
 Supervisione Psicoterapia Dr. Giuseppe Saraò

IL programma potrà essere variato a secondo le caratteristiche psicopatologiche del paziente.
 Controlli medico/infermieristici periodici. A cura del Personale Infermieristico.
 Ogni 6 mesi: Gastroscoopia; MOC
 Ogni 15 giorni: ECG + Ecoc cuore, TSH, FSH, LH, 17 beta estradiolo, progesterone, testosterone, Azotemia creatininemia, Transaminasi, Gamma GT, Elettroliti sierici, Emocromo, Amilasi, Lipasi

Incontri:

Scrive Laura: "...chi sono io? ...non lo so chi sono, forse io non sono nessuno, si esatto, io sono il nulla, sono la ragazza con i mostri sotto il letto e con tanti problemi in testa...lo sono quella che ride sempre, ma in realtà sono un mostro...Continuo a ripetermi di essere una guerriera, ma non è vero, le guerriere sono forti, non piangono, non hanno voglia di scomparire... lo invece cado a pezzi giorno per giorno, ma nessuno se ne

accorge... Mi odio. Lo dico ogni mattina davanti allo specchio. Mi odio dopo una litigata, mi odio la sera pensando al giorno trascorso, mi odio la notte in silenzio sotto le coperte chiedendomi cosa c'è di sbagliato in me".

1° Incontro (EP Maria Rosaria):

Laura si presenta a questo primo incontro accompagnata dal padre. È una ragazza piccola, molto minuta con una grande massa di capelli lunghi che le coprono il volto. Mentre li accompagno nella stanza Laura cammina con passo lento e "pesante" come se trascinasse passivamente le sue gambe, seguendo il padre. Nella stanza del colloquio è seduta davanti a noi, il busto è piegato in avanti a sé, i capelli le scendono davanti al volto, nascondendola alla nostra vista. Alle domande risponde con una voce molto flebile, a monosillabi quasi impercettibili e senza intonazione, rimane in silenzio, nella sua forma corporea di "chiusura". Quando la dr.ssa Martino la rassicura tende ad alzare leggermente la testa.

Il passaggio dall'UFSMIA all'UFSMA e la fine della scuola superiore sancisce un ingresso ad un mondo sconosciuto, come noi davanti a lei.

Se durante il colloquio viene colpita da qualcosa in cui può riconoscersi, come il suo interesse per gli animali e le sue amiche fidate, emerge dalla sua forma corporea piegata ad una postura più verticale, srotola la colonna vertebrale, può esserci un'interazione più diretta. Il volto si apre, scoprendosi dalla massa dei capelli crespi, puntando i suoi occhi chiari sui nostri. Siamo colpiti dai suoi occhi di un colore così chiaro che sembrano trasparenti e "vitrei". Laura inizia a parlare mostrandoci le foto delle sorelle e del suo cagnolino dal suo cellulare, come se fosse un prolungamento del suo corpo, così come ci mostra dei suoi pensieri scritti comunicandoci i suoi stati d'animo, dalla profonda tristezza e dolore alla speranza che un giorno passerà tutto.

Ci viene spontaneo offrirgli come attività la Danza Movimento Terapia.

La Danza Movimento Terapia all'interno dei percorsi terapeutici-riabilitativi istituzionali, permette di volgere un'attenzione privilegiata al corpo come canale espressivo-comunicativo ed elemento fondante del senso di identità di sé. Il lavoro con gruppi di pazienti che, per ragioni diverse, non sono sempre raggiungibili dalle parole, persone il cui sviluppo emozionale è bloccato e dove la capacità di relazione con Sé e l'Altro è compromessa, consiste nella possibilità data dal medium corporeo di aprire una comunicazione. L'intento è quello di trovare un modo per aiutarle a ricostruire un ponte tra il loro mondo interno e la realtà esterna, la possibilità di rappresentarlo e dividerlo. Questa disciplina privilegia una modalità comunicativa non verbale, il processo che si attiva è quello di contattare delle parti molto arcaiche della personalità, parti che sono scisse nella patologia, originatesi in fasi molto precoci e che evidenziano una frattura fra la mente e il corpo. La relazione tra mente e il corpo è il fondamento su cui si basa il modo di operare nella Danza Movimento Terapia, il corpo è visto come depositario di una storia personale che rimane impressa fin dalla nascita e si connota con forme e qualità espressive che narrano un' "estetica" personale come metafora della propria individualità. L'attenzione posta all'ascolto delle sensazioni corporee consente di dare espressione a quei vissuti scissi nella loro unità, al fine di far emergere dei collegamenti, indispensabili per l'integrazione e l'elaborazione cognitiva. Questo processo che si attiva con il movimento come strumento di relazione, consente di ri-tornare a quei luoghi delle esperienze corporee dei primi stadi dello sviluppo e rappresenta una possibilità preziosa per il paziente di riappropriarsi della propria fisicità e dei propri aspetti dimenticati, per riunire e collegare i vari frammenti del proprio vissuto.

La metodologia di questa tecnica si avvale di strumenti specifici per l'osservazione e la valutazione del corpo, del movimento in relazione allo spazio attraverso l'analisi del processo creativo proprio della danza (coreografie, gesto, forme e ritmi) mediante la Laban Movement Analysis e il Movimento Evolutivo di Kestenberg- Bartenieff. La dimensione espressiva prende senso e significato mediante l'analisi del processo terapeutico che consente di definire il setting di cura.

Torniamo a Laura e all'Educatrice e al loro tempo/spazio.

“Alice: Per quanto tempo è per sempre?”

Bianconiglio: A volte, solo un secondo”

(da “Alice nel Paese delle Meraviglie”)

Quando entriamo nella stanza è il primo incontro e Laura senza parlare inizia a camminare con una certa urgenza (tempo veloce), descrivendo un cerchio nello spazio che non finisce mai, una sorta di spirale che gira continuamente, non ci sono interruzioni o accenni a recuperi dallo sforzo, mantiene una certa costanza nell'andamento. Lo sguardo sembra assente, poiché non vi è un'attenzione spaziale all'esterno, la testa è leggermente piegata davanti e verso il basso. Decido di entrare in questa prima “danza” che porta Laura, anche se sono consapevole di essere di fronte a una condotta per perdere “peso” corporeo. Mi sintonizzo sulla qualità dell'energia che porta, mentre cammino insieme a lei mi accorgo che non vi è possibilità di incontrarsi, in una sorta di rincorsa in cui c'è solo questa esperienza percettiva senza “nome”, mentre cammino cerco di riportarla al sentire l'appoggio dei piedi sul pavimento come primo tentativo di dare un senso a ciò che facciamo e dove siamo. Le parole non la raggiungono e continua incessantemente a camminare, il canale verbale e il riferimento ad una parte corporea, ai piedi, è qualcosa che non può ascoltare, irraggiungibile. Il mio corpo nella camminata inizia ad avvertire una forte nausea, le radici del mio corpo sul pavimento (tallone e coccige) e il centro del movimento che mi mantiene centrata incomincia ad annullarsi in una sorta di “trance” in cui percepisco la perdita, quasi non sento più i miei confini corporei. La risposta a questo intenso controtransfert somatico è quello di fermarmi, di interrompere la camminata seguendo ciò che il mio corpo mi sta dicendo. Mi fermo e verbalizzo che questa camminata in cerchio è troppo “forte” e sento una grande nausea che mi fa sentire di perdermi nello spazio. Anche Laura si ferma, ci sediamo sul pavimento in una posizione laterale, affiancate in modo da potersi scorgere con lo sguardo, ma non proprio frontale, ora sembra più disponibile a fare qualcosa insieme. Il passaggio dallo stare in piedi verticale nello spazio aperto a sedere sul pavimento sancisce un modo in cui ripartire con un'attenzione corporea diversa, meno intensa dove può esserci una relazione in una dimensione più simbolica attraverso l'uso dei materiali artistici, dove c'è un foglio vuoto più circoscritto che può riempirsi di segni, di forme e di colori meno sconosciuti.

Questa prima coreografia di Laura è stata significativa in quanto il suo sentire il corpo e lo spazio è un'esperienza troppo difficile, non ancora assimilabile (non digeribile) come accade nei Disturbi del Comportamento Alimentare. L'immagine corporea distorta comporta un intenso e faticoso “lavoro” psichico in cui l'obiettivo è staccarsene, annullarla per non sentirne il “peso” concreto e simbolico, attraverso la ricerca delle deprivazioni del cibo e le condotte autolesionistiche si accede al dolore che può essere unica forma per far emergere qualcosa che non ha parole, una sorta di liberazione come accadeva nel Medio Evo per le grandi mistiche il cui l'obbiettivo era attraverso il digiuno e le fustigazioni staccarsi dal corpo per raggiungere l'estasi, come piacere assoluto.

L'ascesi del corpo senza peso verso l'alto per trascendere la forza di gravità introduce alla difesa maniacale che sottende come descritta da D. W. Winnicott(19) una fuga da un aspetto della depressione in una “Animazione Sospesa” dove il controllo della realtà interna percepita pericolosa, mantiene gli oggetti internalizzati dei genitori sospesi fra la vita e la morte. Tornare al livello medio dello spazio stando sedute è un passaggio in cui ci possiamo avvicinare al basso, percepire che c'è un cuscino morbido per lei su cui potersi “rilassare” e che può tenere quel piccolo corpo.

Negli incontri successivi Laura inizia a disegnare avendo una certa bravura e dimestichezza a copiare delle immagini che vede sul suo cellulare e che rappresentano degli stati emotivi che l'avvicinano al suo sentire. Costruisce con molta cura e personalizzandola, una cartella dove riporre i propri disegni con l'immagine dello Stregatto, personaggio della favola di Alice nel Paese delle Meraviglie, che incontra nel “buco” dove è caduta, in quel mondo parallelo, magico e pieno di assurdità, di nonsensi e di personaggi “matti”. La cartella può contenere le sue immagini “matte” o non ancora definite e frammentate come nella storia di Alice che cambia molte volte la sua immagine corporea da grande a piccola, in una ricerca sofferta fra l'essere grandi e essere come le altre ragazze e piccola con dei bisogni ancora primordiali.

“Un giorno Alice arrivò ad un bivio sulla strada e vide lo Stregatto sull'albero.

– Che strada devo prendere? chiese.

La risposta fu una domanda:

– Dove vuoi andare?

– Non lo so, rispose Alice.

– Allora, – disse lo Stregatto – non ha importanza”

Dopo delle interruzioni per lunghi periodi trascorsi in strutture residenziali specialistiche per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare, Laura attualmente ha ripreso la cura presso il nostro servizio con un Progetto Individuale, la cartella dei disegni e i cuscini sono rimasti a testimonianza di un filo di continuità dove forse è possibile riprendere una “strada”.

Laura scrive il 26/07/2017:

“...alcuni giorni ho come un lungo vortice che ti prende e ti porta in fondo. Sono crollata. Dopo giorni in cui mi sentivo questo fottuto nodo che tentavo di allontanare, di nascondere e l'ignorare l'angoscia. Non piangere, non piangere è quello che mi ripeteva all'infinito davanti al piatto... alla fine sono scoppiata. La voce che sento alcune volte è così vera. Ho voglia di tagliarmi tutto il corpo, fare uscire tutto il sangue. Ora sono qua a Villa Falcucci (il centro diurno) non ce la faccio più. Io la bilancia non la sopporto più. Voglio che sparisca dalla mia vita. La vorrei mandare a vanculo, ma è l'unica che mi dice la verità. Voglio scomparire, voglio morire.”

2° Incontro *Echi* dal “Centro” (E.P Loredana)

Quando incontri per la prima volta Laura hai l'impressione di trovarti di fronte ad “*un bimbo sperduto dell'isola che non c'è*” Ti hanno precedentemente informato che non ama essere guardata negli occhi così cerchi di rispettarla, ma i suoi occhi di un azzurro trasparente, vitreo, grandi al punto da occupare tutto il cereo volto ti “guardano” e allora contraccambi lo sguardo e senti che lei te lo permette.

Con il tempo cerchi di comprendere, attraverso i suoi racconti “sminuzzati” come i 30 grammi di pane del suo pranzo, dove si trova e cosa c'è in questa “isola sperduta”, in questo minuscolo atollo nato dal mare, di cui non si conosce l'*origine*, dove il *tempo* segue un altro schema dove lo spazio è blindato, chiuso, poco penetrabile, come il perimetro della villetta dove abita. Al giardino della casa si accede da un piccolo cancello situato nella fitta siepe, dopo aver oltrepassato un piccolo fosso posto fra la strada provinciale e il recinto. Una volta dentro trovi tutto il “necessario”, piscina, tappeto elastico, casina di legno usata come rimessaggio, due cani che ti vengono incontro, un gatto e ti accorgi che dalla parte opposta del giardino c'è un grande cancello di metallo che non permette la vista sulla via, ma intravedi altre villette, senti voci di bambini e adulti che si trovano per strada e ti sembra una “*vita nella vita fuori*”. Laura racconta frammenti di quel mondo spesso l'immagine che ti offre, passa attraverso foto e video (tantissimi) del suo cellulare, sono spezzoni di quadretti familiari, sereni, affettivi, gioiosi, che ti ricordano le famiglie dei *Caroselli*. Certe volte invece compaiono spezzoni di altri racconti che parlano di liti, di spazi “invasi”, “confusi”, “violati”, ti parla dei quattro bagni disponibili, che per accordo familiare sono divisi nei vari piani per fasce di età, spazi dove nessuno della famiglia rispetta gli accordi; lei preferisce usare quello dei fratelli piccoli. Le femmine hanno il permesso della madre di poter usare il bagno assieme, ma, alcune volte, mentre sono in doccia, entrano anche “*i maschi*” e allora loro “*si riparano*”. Quando Laura arriva al Centro la madre non è fisicamente presente nella famiglia perché sta lavorando in un'altra regione, si percepisce che tutti stanno aspettando il suo rientro. La madre, nei racconti di Laura, compare solo per la sua assenza. Il padre è onnipresente; la famiglia è lui, lava, pulisce, prepara i pasti lasciandoli pronti anche per quando va a lavoro, momento in cui i sei figli rimangono soli e dove si percepisce un clima di disagio. Quando il padre è a lavoro di notte, Laura non vuole dormire a casa, quasi sempre va a casa di un'amica, “*l'amica del cuore*” come lei preferisce definirla, anche la sorella di tredici anni in queste sere, preferisce spostarsi a casa di un'amica e così lo “*lo spazio giardino*”, oltre all' “*impenetrabilità*” mostra un altro aspetto, “*la possibilità di una momentanea fuga*”. La relazione con Laura è spesso imprevedibile, mutevole, oscillante, il tono della sua voce è molto basso, con pochissime modulazioni, al punto che, in molte occasioni, viene chiesto di ripetere la frase detta perché poco percettibile all'udito di chi ascolta.

Durante i pranzi, inizialmente, appare sicura, sembra avere acquisito bene il manuale del “buon comportamento dell'esperta anoressica”; sminuzza il cibo e provoca facendo presente che nei vari centri specializzati dove lei è stata, tutto questo è proibito, tenta di usare il cellulare per mostrarti ridondanti ricette culinarie, ti dice che l'unica persona che la capisce è una dottoressa incontrata in uno di questi centri, con cui ancora messaggia tutti i giorni. Da subito percepisci che ciò che ti sta offrendo è qualcosa di intenso con una grande richiesta di “presenza”, di “dipendenza”, di attenzione.

All'inizio, Laura tenta di dividere, di mettere in competizione, chiama dentro il padre come fosse un capriccio e il padre arriva, velocemente, e come la figlia tende a negare gli eventi. Con il passare dei giorni, i tentativi si fanno più deboli, la “presa” si allenta un po' e allora percepisci l'angoscia che sta sotto questa “fastidiosa”, apparente indisponibilità. Spesso Laura fugge (impulsivamente e fisicamente) dalle situazioni che non accetta, quando la tieni dentro al programma che lei vorrebbe “distruggere” e ti “costringe” a fermarla, la sua grande impulsività ti mette paura, ti fa “agire”, ma Laura si fa anche fermare, accetta che tu le parli, che le restituisca alcune responsabilità, che tu la richiami al suo essere adulta, che tu le mostri come certi comportamenti inducano a trattarla come se fosse piccola. Al Centro, dopo le attività (pranzo compreso) chiede spesso di riposare; certe volte si addormenta, altre ci mostra crisi di ansia, con alterazione del respiro e spasmi motori delle gambe, crisi che passano subito attraverso un accudimento, una premura verso lei, “*tranquilla ora passa*”, e la gamba cessa di tremare, “*vuoi stenderti?*” e Laura, con il suo filo di voce impercettibile, risponde “*no... tanto so che se cado ci siete voi*” e al gesto di scostarle i lunghi capelli che le coprono il volto ti porge, improvvisamente, un laccio per capelli e intravedi una remota possibilità di apertura, di un qualcosa che si muove. Il pensiero che arriva è che se questa “possibilità” esiste si trova nel “tenere” tutta questa angoscia, tutto questo desiderio di essere vista che la porta a scappare lontano fino a farsi male. Laura, con modalità e intensità diverse ogni giorno ti propone tutto questo. Certi giorni ti senti stanco, vorresti fuggire, ma la storia di Laura ti insegna che non è nel “fuggire” da un luogo che incontrerai il “sentiero”. Si perchè in fondo siamo un po' come “*i Mastichini*” del “*Mago di OZ*” che tentano attraverso l'ascoltare, il sostenere di accompagnare la “*Sperduta Dorothy*” nella ricerca del suo “*Sentiero dorato*”...

Bibliografia

1. Gordon R. Anoressia e bulimia. Milano: Raffaello Cortina; 2004.
2. Bell R. La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal medioevo ad oggi. Bari: Editori Laterza; 2002.
3. Gul W W. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). Transactions of the Clinical Society of London. 1874; 7: 22-28.
4. Bion W. Esperienza nei gruppi e altri saggi. Roma: Armando editore; 1997.
5. Mancina M. Sonno & Sogno. Bari: Editori Laterza; 2006.
6. Chasseguet-Smirgel J. Il corpo come specchio del mondo. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2005.
7. Selvini Palazzoli M. L'anoressia mentale. Milano: Feltrinelli; 2005.
8. Bonnier P. L'aschematic. Revue Neurologique. 1905: 12.
9. Schilder P. The image and appearance of the human body. Londra: Routledge; 2003.
10. Merlau-Ponty M. Phenomenologie de la perception. Paris: La Librairie Gallimard; 1945.
11. Dalla Ragione L, Mencarelli S. L'inganno dello specchio. Prefazione di Gustavo Pietropolli Charmet. Milano: Franco Angeli; 2013.
12. Lasegue EC. De l'anorexie hysterique. Archives generales de Medicine; 1873.
13. Bruch H. Patologia del comportamento alimentare. Milano: Feltrinelli; 1990.

14. Cuzzolaro M. Trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare. Il punto di vista dello psichiatra. In Gentile MG (a cura di) Aggiornamenti in nutrizione clinica. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2000.
15. Pietropolli Charmet G. Mentalizzazione del corpo. In: I nuovi adolescenti. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
16. Fairburn C G. Cognitive behaviour therapy and eating disorders. Chichester: The Guilford Press; 2008.
17. DSM 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2013.
18. Faravelli C et al. Clinical epidemiology of eating disorders: results from the Sesto Fiorentino study. *Psychother Psychosom.* 2003; 75(6):376-83.
19. Winnicott D. Dalla Pediatria alla Psicoanalisi. Roma: Armando Editore; 1975.