

G. MANGIARACINA - M. PISSACROIA - C. PRUNETTI  
**LA PRATICA CLINICA NEI DISTURBI ALIMENTARI E PONDERALI**  
*BULZONI EDITORE, ROMA*

**FORMAZIONE, MANIFESTAZIONI E PSICOTERAPIA DEI  
DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE  
NELL'OTTICA COSTRUTTIVISTA**

*Salvatore Bianco e Mario A. Reda*

Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica  
Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Siena

## **INDICE**

INDICE .....	2
ASPETTI FENOMENOLOGICI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE .....	3
DALLA PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA ALLA PSICOPATOLOGIA ESPLICATIVA .....	5
LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE .....	8
L'APPROCCIO EVOLUTIVO E LA DIFFERENZIAZIONE SOMATOPSICOLOGICA.....	12
I PATTERNS GENITORIALI DI SVILUPPO.....	17
L'IDENTITÀ PERSONALE.....	20
LA NARRATIVA EMOZIONALE.....	23
GLI SCOMPENSI PSICOPATOLOGICI.....	27
LA PSICOTERAPIA DEI DCA.....	29
<i>La Costruzione del Setting Interpersonale</i> .....	31
<i>La riformulazione del problema</i> .....	34
<i>La Ricostruzione dello Stile Affettivo</i> .....	36
<i>La Ricostruzione della Storia di Sviluppo</i> .....	37
CASI CLINICI .....	38
<i>Caso Clinico 1: Amelia</i> .....	38
<i>Caso Clinico 2: Carlotta</i> .....	50
NOTE CONCLUSIVE: DECORSO, ESITI E RIFLESSIONI SULLA TERAPIA .....	60
BIBLIOGRAFIA .....	63

*“Detestare qualcuno è volere che sia qualunque cosa, salvo ciò che è ... Ella mi scrive che sono l'uomo che ama di più al mondo ... , ma mi scongiura nello stesso tempo di abbandonare le mie ossessioni, di cambiare strada, di diventare diverso, di rompere con colui che sono. Quanto dire che rifiuta il mio essere.”*

Cioran, *Squartamento*, 1979

## **ASPETTI FENOMENOLOGICI DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE**

Nel trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) l'esperienza clinica quotidiana evidenzia spesso uno scarto consistente tra la classificazione nosografica descrittiva e la comprensione delle multiformi manifestazioni psicopatologiche attraverso cui tale patologia si manifesta. Nonostante non si possa disconoscere la grande innovazione determinata dall'avvento dei sistemi di classificazione, soprattutto ai fini della comunicazione fra i clinici, questo fatto ostacola la comprensione profonda di un vasto numero di problematiche, e non consente di cogliere la continuità tra gli aspetti strutturali e complessi della personalità, le manifestazioni cliniche e l'area più ampia delle caratteristiche psicopatologiche prodromiche, atipiche, o subcliniche.

Si rende pertanto necessaria l'adozione di un punto di vista che consenta di concettualizzare e di valutare, in particolare, l'area di queste manifestazioni, la cui vastità è stata sino ad oggi sottostimata; in questa prospettiva è insito il concetto che dagli aspetti strutturali della personalità derivano anche una varietà di segni, sintomi e comportamenti che, pur non costituendo criteri diagnostici, risultano quasi invariabilmente presenti nei pazienti. Tali aspetti individuali oltre a connotare l'assetto cognitivo e comportamentale, costituiscono i potenziali indicatori di una vulnerabilità specifica allo sviluppo del disturbo conclamato, gli esiti di un disturbo pregresso, o le manifestazioni di una patologia attenuata ad esordio precoce.

Nell'assessment dei pazienti con DCA, la pratica psicoterapeutica evidenzia come, al di là dei sintomi clinici che consentono il raggiungimento della codifica diagnostica descrittiva, esistono segni che, pur non costituendo elementi necessari alla diagnosi, tuttavia sono tipici di questi pazienti. Queste manifestazioni più sfumate sono rappresentate, ad esempio, dall'interesse verso le attività culinarie o il collezionare ricette, o dalla lettura di riviste e pubblicazioni concernenti diete, fitness, bellezza, salute. Particolarmente diffusa tra le giovani donne bulimiche è la tendenza, una volta raggiunto il peso desiderato, a “mettersi in mostra”, indossando abiti attillati e provocanti, forse come conseguenza della necessità di essere apprezzate e come conferma alla propria autostima: tale necessità può essere una delle cause che rendono così frequenti tra le bulimiche gli atteggiamenti di promiscuità sessuale.

I pazienti con DCA, in particolare quelli con Anoressia Nervosa, presentano peculiari caratteristiche temperamentali premorbose, in genere evidenti sin dall'infanzia: tipici sono la modalità “tutto o nulla” di pensiero, il perfezionismo, l'autoimposizione di standard particolarmente elevati nel rendimento scolastico, la tendenza a adattarsi ai desideri e alle aspettative di genitori, insegnanti e amici allo scopo di riceverne approvazione ed apprezzamento. Inoltre, soprattutto tra i soggetti bulimici, sono evidenti rapide ed intense oscillazioni dell'umore sia spontanee sia in risposta a stimoli esterni, difficoltà ad instaurare e mantenere relazioni interpersonali stabili, discontrollo degli impulsi, spesso abuso di alcool e sostanze.

La pratica clinica evidenzia che una delle caratteristiche nucleari dei pazienti affetti sia da Anoressia (AN) sia da Bulimia (BN) è la polarizzazione ideativa sull'immagine corporea. Non va però trascurata l'importanza eccessiva data all'immagine corporea dalla cultura occidentale: essa è oggi un fenomeno talmente diffuso che numerosi ricercatori hanno difficoltà nel distinguere tra pazienti e soggetti "normali" riguardo al livello di sopravvalutazione delle dimensioni fisiche; l'insoddisfazione per l'immagine corporea e le alterazioni della condotta alimentare sono, infatti, largamente diffusi tra gli adolescenti (in particolare nel sesso femminile). La distorsione dell'immagine corporea costringe all'evitamento di situazioni sociali che pongano di fronte alla necessità di mangiare alla presenza d'altri, per il timore di essere "smascherati" se il comportamento è orientato in senso anoressico o, più in generale, per la preoccupazione che gli altri giudichino esagerata la quantità di cibo consumata; per questo motivo, è frequente che il pasto consumato in compagnia sia molto più parco rispetto alle proprie consuetudini, per poi, una volta soli, dare libero sfogo alle proprie "riprovevoli" pulsioni alimentari. Ulteriore conseguenza della distorta percezione dell'immagine corporea è la difficoltà, più o meno marcata, di esporsi al giudizio degli altri, che talora si esprime con il rifiuto di provarsi abiti nuovi per la vergogna di dichiarare una taglia ritenuta troppo grande, o di frequentare la spiaggia o gli spogliatoi della palestra, ma che in alcuni casi giunge al rifiuto di sottoporsi a visite mediche, o di avere rapporti sessuali.

Alcuni soggetti affetti da DCA raccontano che, anche in fase presintomatica, quotidianamente si sentivano "costretti" a compiere ripetute misurazioni del peso durante la giornata (al mattino, alla sera, talora dopo ogni pasto), o ad osservarsi allo specchio anche per ore, al fine di valutare la dimensione delle aree a rischio del proprio corpo; altri pazienti, al contrario, riferiscono di un precedente e attuale evitamento fobico di specchi, vetrine, o altre superfici riflettenti, preferendo controllare eventuali modificazioni del corpo o valutando lo spessore delle pliche cutanee, o in base all'aderenza degli abiti. Questi individui si sono, da sempre, forzati a prove estenuanti prima di trovare un abbigliamento soddisfacente; in genere riportano sensazione di felicità allorché riescono ad indossare abiti di taglia inferiore, mentre provano sentimenti di disperazione se la "prova vestito" non dà i risultati sperati. L'abito è spesso utilizzato come mascheramento, è appositamente scelto largo, informe, pesante, e preferibilmente di colore scuro (ritenuto "snellente"). A volte, soprattutto nei pazienti con AN, la scelta di abiti pesanti è motivata dal disturbo della termoregolazione secondario alla perdita di peso, o dal tentativo di dissimulare l'aspetto emaciato.

Un'alterazione delle percezioni viscerali è presente nella storia di sviluppo di numerosi pazienti con DCA: talora una mal definita sintomatologia dispeptica è addotta come giustificazione alla riduzione dell'apporto di cibo, soprattutto nelle fasi iniziali dell'AN; ancora più frequente è il rilievo della polarizzazione sulla funzione intestinale, motivata, da un lato, dal timore che un rallentamento del ritmo evacuativo favorisca un incremento ponderale e, dall'altro, dal desiderio di avere un addome il più possibile piatto. Per contrastare il senso di tensione e di gonfiore, utilizzano farmaci procinetici e antifermentativi, o cominciano ad assumere cronicamente lassativi. Il terrore di ingrassare costituisce un'altra delle caratteristiche nucleari dei DCA; d'altra parte nella società contemporanea l'obesità è stigmatizzata in quanto fonte di gravi problemi di salute, ed è spesso associata ad un atteggiamento discriminante. Negli USA le donne grasse sono oggetto di particolare riprovazione: a parità di intelligenza, per esempio, le ragazze obese vengono respinte all'esame di ammissione all'università molto più frequentemente rispetto a quelle normopeso.

L'iperattività fisica è nei pazienti con DCA una delle metodiche più utilizzate per accelerare il calo ponderale; è stato comunque dimostrato che, anche in gruppi di soggetti "sani", ad una più intensa attività fisica corrisponde un maggiore livello di soddisfazione per l'immagine corporea. Infatti, sebbene l'abitudine ad un'attività fisica rigorosa e costante

costituisca uno dei canoni di buona salute, presenta molte caratteristiche in comune con la psicopatologia dei DCA, tanto che la “sindrome da coazione alla corsa” è stata considerata un analogo dell’Anoressia Nervosa. Numerosi pazienti con DCA confessano di essersi costretti, più volte, a fare attività fisica secondo regole rigidissime, in modo compulsivo e talora egodistonico, al solo scopo di bruciare calorie, aumentando l’intensità e la durata degli esercizi per ovviare a sgarri alimentari; si sentono incapaci di assecondare il desiderio di fermarsi e, anzi, recuperano poi il tempo perso in eventuali momenti di pausa, volontaria o meno. L’esercizio fisico, presente tanto nell’AN quanto nella BN, nel sesso maschile sembra rappresentare un equivalente delle condotte di eliminazione. Di là dalle forme conclamate di DCA, può essere interpretato come una forma di tendenza al tentativo di sfruttare ogni occasione per svolgere attività fisica anche nella vita quotidiana, come ad esempio l’utilizzazione delle scale anche in presenza dell’ascensore, l’andare a scuola a piedi o in bicicletta, il trascorrere interi pomeriggi a vagare a passo svelto per la città e, in generale, cercare per ogni attività quotidiana la modalità di svolgimento più dispendiosa da un punto di vista energetico.

Negli ambienti in cui la magrezza in quanto tale è simbolo di successo (ballerine, modelle, atleti), la prevalenza dell’Anoressia è circa dieci volte maggiore rispetto alla popolazione generale; laddove il controllo del peso è obiettivamente importante, si può facilmente incorrere in una sovrastima dell’incidenza del disturbo. È quindi necessario distinguere tra quei comportamenti tesi a mantenere un determinato peso per ragioni sportive (lottatori, pugili, fantini) e quelli propri dei pazienti con DCA, sostenuti dall’irrealistica sopravvalutazione delle proprie dimensioni fisiche.

La storia familiare e personale di molti pazienti, sia anoressici sia bulimici, è caratterizzata da un’elevata incidenza di problemi legati al peso: alcuni riferiscono un’anamnesi positiva per sovrappeso nell’infanzia, e di avere cominciato molto precocemente, su consiglio del pediatra, a seguire regimi dimagranti; altri, invece, riportano una storia di sottopeso, talora motivata dal rifiuto di alimentarsi normalmente. La storia familiare risulta spesso positiva, oltre che per i Disturbi dell’Alimentazione, anche per l’obesità.

Nonostante il crescente interesse della ricerca sui fattori di rischio per l’insorgenza dei DCA, sono ancora scarsi i dati riguardanti i reciproci rapporti tra i fattori individuali di rischio, i fattori di vulnerabilità e i fattori protettivi nel determinismo di un disturbo conclamato. La comprensione di questi meccanismi fornisce, tra l’altro, le informazioni necessarie alla pianificazione di un’efficace prevenzione, in particolare tra le adolescenti, e all’attuazione di programmi d’intervento precoce che limitino le probabilità di cronicizzazione della patologia alimentare.

### ***DALLA PSICOPATOLOGIA DESCRITTIVA ALLA PSICOPATOLOGIA ESPLICATIVA***

Le osservazioni cliniche e premorbose menzionate ci stimolano numerosi quesiti tra i quali: *“Che cosa differenzia una personalità anoressica da ogni altra persona più o meno normalmente preoccupata della propria estetica e del proprio peso?”* e *“Che cosa differenzia una personalità bulimica da ogni altro individuo che tenda a risolvere episodicamente o continuativamente i propri conflitti affettivi o separativi mangiando dei dolci?”*. Appare tuttora oscuro come dall’aderenza ad un’innocua dieta dimagrante si possa giungere alla distorsione dell’immagine corporea che, spesso, assume una connotazione quasi delirante. L’esordio può essere simile a qualsiasi banale regime alimentare, ma ciò che differenzia i pazienti con DCA dai coetanei “a dieta” è l’ostinazione con cui perseguono l’obiettivo di dimagrire e l’assoluta rigidità nell’osservanza delle norme dietetiche.

Mentre i Disturbi del Comportamento Alimentare rappresentano un’entità diagnostica categoriale ben individuata in senso descrittivo, riguardo alle ipotesi eziopatogenetiche ed

esplicative risulta esserci, fra i clinici, un minore consenso. Nonostante i limiti, la psicopatologia descrittiva, consentendo una buona omogeneizzazione delle diagnosi, ha permesso la realizzazione di fondamentali indagini epidemiologiche e il confronto fra studi clinici differenti e di vari paesi, basati su paradigmi teorici diversi. Ha avuto il grosso merito di riuscire a creare un linguaggio comune tra gli addetti ed appare utile e funzionale per la somministrazione di terapie farmacologiche, giacché queste ultime si occupano poco dell'indagine eziologia e delle cause o del significato del disturbo. Ma un atteggiamento descrittivo e ateorico non è altrettanto funzionale all'elaborazione di strategie psicoterapeutiche, in quanto uno degli scopi prioritari dell'intervento è proprio la ricerca del senso del disturbo. È necessario avere una teoria di riferimento per poter ricostruire il disturbo in senso esplicativo; in altri termini, la psicopatologia può acquisire un significato solo alla luce di una cornice teorica che permetta di inserire i sintomi in una visione più ampia, che presenti una congruenza interna e che possa essere riconosciuta dal paziente.

Giova ricordare che un ostacolo rilevante alla comprensione profonda della fenomenologia sintomatica e premorboza è da ricondursi alla tendenza prevalente a considerare sia la ricerca clinica sia il lavoro terapeutico come un settore elusivamente "applicativo", del tutto distinto dalla ricerca teorica (Forsyth e Strong, 1986; Glasser, 1982; Lambert, 1989; Sommer, 1982; Stone, 1984; Guidano, 1988, 1992). Questa diversificazione fra ricerca teorica e ricerca applicata, secondo cui la prima si occupa di "teorie" e la seconda di "fatti", è attualmente priva d'importanza in quanto ci si è resi ormai conto che ogni osservazione è un processo di differenziazione di "eventi" da uno sfondo impregnato di assunzioni e di ipotesi "a priori" e, di conseguenza, che "senza teorie non esistono fatti osservabili" (Lakatos, 1974; Popper, 1972, 1982; Weimer, 1979). Diventa, perciò, sempre più evidente come la ricerca applicata altro non sia se non un metodo per portare avanti quella stessa ricerca teorica che è alla base di qualsiasi progresso nella conoscenza scientifica.

L'ignorare la necessità di un approccio teorico ha fatto sì che i terapeuti si siano orientati troppo tatticamente, come se il testare e validare un set di tecniche fosse l'unico lavoro "serio" per un clinico. La conseguente identificazione fra "terapia" e "tecnica", che ne è tacitamente derivata, ha inevitabilmente vincolato la ricerca psicoterapeutica alle situazioni contingenti rendendola estremamente semplicistica sul piano teorico. Da un lato, l'enfasi sulle manifestazioni sintomatiche diagnosticabili descrittivamente ha portato i terapeuti a cercare nei dati disponibili nella letteratura scientifica solo quelli che avessero una rilevanza immediata per le loro verifiche, con la conseguenza inevitabile di trascurare costruzioni teoriche importanti portate avanti da discipline convergenti (epistemologia evolutiva, etologia, psicopatologia evolutiva, teoria dei sistemi ecc.); dall'altro, il tentativo di rispondere alla domanda: "Quale tecnica funziona meglio?" ha condotto ad una metodologia di analisi e di intervento focalizzata quasi esclusivamente sugli aspetti immediati del setting terapeutico, con la conseguenza inevitabile di trovarsi alle prese solo con alcuni aspetti limitati del complesso funzionamento umano. Se si chiede loro un parere riguardo allo scarso interesse per le costruzioni teoriche, i terapeuti sono soliti asserire che le teorie non servono ai pazienti; il problema, in realtà, è che le teorie servono ai terapeuti per poter inquadrare ciò che il paziente dice o prova entro la dimensione più ampia di come è fatta l'esperienza umana e poter quindi procedere a un intervento che non sia né banalmente rassicurante né presuntuosamente pedagogico. Questo stato di cose ha evidenziato sempre più una dissonanza fra le concezioni semplicistiche e superficiali che i terapeuti hanno sul comportamento umano e la complessità delle crisi esistenziali che si trovano a fronteggiare i pazienti, con il risultato che le opinioni dei primi non riescono a rendere conto della contrastante e variegata esperienza soggettiva che accompagna le manifestazioni sintomatiche dei secondi.

Il passaggio da una psicopatologia descrittiva ad una esplicativa non è privo di conseguenze sia per il paziente, sia per il terapeuta. Per il paziente dare un senso alla propria sofferenza è già parte di un cambiamento terapeutico: gli permette, infatti, di vivere il disturbo non più come una malattia estranea a sé che aggredisce l'organismo, ma come un modo personale di "funzionare" psicologicamente o di reagire agli eventi, che, in quanto parte di sé, può essere modificato. Per il terapeuta seguire un approccio esplicativo vuol dire abbandonare la posizione di detentore di verità e di valori assoluti, non assumere il ruolo di chi cerca di persuadere il paziente dell'inadeguatezza delle sue convenzioni e dei suoi comportamenti, ma di chi cerca, in collaborazione col lui, il significato del disturbo.

È fondamentale rendere il paziente consapevole del senso del sintomo alimentare e della finalità di comportamenti quali il digiuno o le abbuffate, il vomito o l'iperattività fisica, il calcolo infinitesimale delle calorie o l'abuso di lassativi o diuretici. Infatti, i sintomi sono di solito meccanismi d'autoinganno e attività diversive, che permettono ai pazienti di mantenere la continuità del senso di sé e di stabilizzare la propria identità. Tali meccanismi hanno la funzione sia di regolare esperienze emotive discrepanti (in questi pazienti, particolarmente, il senso di vuoto e d'inconsistenza personale), sia di evitare che affiori alla coscienza un'immagine di sé negativa.

In un'ottica costruttivista, i pazienti che rientrano nell'ambito diagnostico dei Disturbi del Comportamento Alimentare vengono inquadrati in un unico continuum, in quanto condividono sia alcuni specifici meccanismi psicologici, sia le modalità di percepire la propria esperienza e di attribuire ad essa dei particolari significati. Essi si situano lungo il continuum a dipendere dalle loro manifestazioni sintomatologiche, dal livello di attività/passività e dall'attribuzione interna/esterna; si assiste, frequentemente, a variazioni nel tempo degli aspetti fenomenologici: alcuni pazienti esordiscono con un episodio anoressico, per poi sviluppare un atteggiamento bulimico con frequenti abbuffate. Nell'anoressia vi è una modalità particolarmente attiva di affrontare la vita associata ad un livello di motricità elevato; l'attribuzione causale di colpa è tipicamente esterna con atteggiamento d'autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo disconfermante. All'opposto nell'obesità psicogena vi è una motricità rallentata, con una modalità particolarmente passiva di affrontare la vita; l'attribuzione causale di colpa è interna con senso pervasivo di sconfitta, per cui le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé. La bulimia si trova in una posizione intermedia, con ampie oscillazioni negli atteggiamenti, che si alternano tra lo stile tipico dell'anoressia e quello dell'obesità.

A parte la comprensibile esigenza classificatoria del DSMIV e in accordo con l'ipotesi di un continuum, sempre più autori preferiscono, oggi, parlare di Sindrome Anoressico-Bulimica, di Spettro dei Disturbi dell'Alimentazione (Pancheri e Cassano, 1999), o, meglio, secondo un più specifico punto di vista costruttivista, d'Organizzazione di Significato Personale di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Arciero, 2002). Quest'ultimo approccio consiste in un inquadramento dei disturbi alimentari in una categoria nosografica globale, sottesa da una comune organizzazione della Conoscenza che si è venuta a creare all'interno della nostra cultura di matrice occidentale, pur con forme d'espressione individuale che portano a manifestazioni comportamentali diverse; il paradigma è supportato dal fatto che molti pazienti presentano una commistione delle due forme, non pochi di loro passano da una forma all'altra, in entrambe le espressioni si rileva un identico terrore di ingrassare e l'apparenza estetica è determinante per lo stato psicologico. Laddove le due manifestazioni patologiche non coesistono, è importante rilevare come il disturbo di tipo anoressico si presenti nella maggior parte dei casi come egosintomico, accettato ed anche esibito, un atteggiamento di fanatica ricerca di una magrezza estrema di cui vantarsi, e come, viceversa, la bulimia tenda ad essere avvertita come un

disturbo egodistonico, un impulso rifiutato ed irrefrenabile che ha per conseguenza un comportamento da nascondere con forte vergogna.

Il comportamento anoressico-bulimico è un sintomo ambivalente e multideterminato: è un tentativo disperato di ottenere ammirazione e conferma, di sentirsi unici e speciali, non importa se poi finisce per essere un modo per ricevere danno o punizione (ipotesi che pone un forte accento sulle caratteristiche culturali alienanti e massificanti della nostra società occidentale); è un tentativo d'opposizione alle eccessive aspettative genitoriali (se i genitori tendono a prendersi cura del bambino in funzione dei propri bisogni, piuttosto che di quelli del figlio, allora il bambino sviluppa nella prima infanzia un Sé confuso, per far piacere ai genitori, ma cova le matrici di futuri comportamenti testardi e negativisti, che in adolescenza userà per aggredirli); è un tentativo onnipotente di sviluppare, attraverso la disciplina del corpo e il controllo del cibo, un senso d'autonomia e d'individualità (un'attività diversiva messa in atto per tentare di uscire da una dimensione psicologica ed esistenziale di dipendenza ed impotenza).

Questi fattori sono anche accompagnati da tratti cognitivi caratteristici, che comprendono un'errata percezione della propria immagine corporea, un pensiero infantile di tipo "tutto o nulla", perlopiù centrato solo sul presente, pensieri e rituali ossessivo-compulsivi, e una percezione della realtà sociale ed un pensiero di tipo magico-persecutorio (bisogno-paura di essere 'visti').

Le abbuffate e l'uso di purganti non sono solitamente problemi compulsivi isolati. Generalmente, in questi pazienti coesistono molti altri comportamenti tendenzialmente o espressamente impulsivi o autodistruttivi (il paziente si graffia il volto e le braccia, si provoca ustioni con le sigarette, e mette in atto tentativi di suicidio a scopo dimostrativo), soprattutto nelle relazioni più intime e nella sessualità. Sempre più spesso si rileva, inoltre, anche l'abuso di molteplici sostanze psicoattive.

La preoccupazione riguardo al cibo e al peso è dunque una manifestazione relativamente tarda, emblematica di un disturbo basilare del concetto di sé. La maggior parte dei pazienti con anoressia e/o bulimia nervosa riferisce di aver percepito da sempre interiormente la convinzione di essere completamente inadeguati ed impotenti, sentendosi incapaci di sostenere il giudizio degli altri.

### ***LE ORGANIZZAZIONI DI SIGNIFICATO PERSONALE***

Per arrivare ad una teoria coerente in ambito psicologico occorre muovere da un punto di partenza obbligato: comprendere è inseparabile dall'esistenza umana, al punto che esistere significa, letteralmente, conoscere. Conoscere, piuttosto che essere una rappresentazione più o meno valida di una realtà "data", corrisponde invece al processo ontologico di costruire un mondo in grado di rendere consistente l'esperienza in corso del soggetto ordinante. Negli esseri umani, le modalità di percepire ed esprimere le emozioni, la capacità di attribuire significati alle proprie sensazioni e agli avvenimenti della vita, i comportamenti che ognuno di noi "sceglie" per affrontare una particolare situazione, si presentano con caratteristiche diversificate che rendono unici e diversi tra loro gli individui. Ciascuno esprime le caratteristiche personologiche nel rispetto delle proprie "teorie e regole personali", perciò anche se i suoi atteggiamenti appaiono irrazionali o imprevedibili ad un osservatore esterno, sono in ogni caso l'espressione di una propria coerenza interna (Reda, 1996a).

Nella seconda metà degli anni ottanta, la scuola cognitivista italiana ha proposto alcuni modelli che inquadrano i disturbi alimentari in una dimensione evolutiva (Liotti, 1988; Guidano, 1988, 1992; Reda, 1996b); tali paradigmi descrivono una specifica modalità d'organizzazione della conoscenza umana, modalità a fondamento della predisposizione a

comportamenti alimentari disfunzionali. Nelle osservazioni di questi autori, viene data un'ampia rilevanza all'influenza dell'ambiente evolutivo-familiare e socioculturale nella genesi e nel mantenimento dei disturbi alimentari.

L'organizzazione della conoscenza individuale ha sviluppo e articolazione gradualmente. Essa rappresenta la risultante della maturazione del sistema nervoso centrale che avviene seguendo regole ereditate filogeneticamente tipiche per la nostra specie; questa complessa architettura biologico-funzionale si determina e prende forma nelle situazioni d'interazione che una mente in via di formazione ricerca selettivamente e attivamente con altre menti culturalmente formate (Trevarthen, 1992). Per mezzo delle interazioni attive, dell'intersoggettività e della reciprocità emotiva, gli esseri umani elaborano una forma di conoscenza personale, che si struttura in teorie e si organizza con modalità comportamentali, cognitive ed affettive peculiari ed originali (Russel, 1989; Feinman, 1992; Trevarthen, 1998). Attraverso processi d'adattamento e di cambiamento, questa complessa articolazione permette una condizione di stabilità e di coerenza dell'esperienza di sé, in una sorta d'equilibrio dinamico operante attraverso una *"autorganizzazione che ricerca l'ordine attraverso le fluttuazioni"* (Mahoney, 1985). In ogni individuo la presenza di fluttuazioni neurovegetative si esplica costantemente in accoppiamento strutturale con l'attività cerebrale, corticale e subcorticale (Le Doux, 1999); in quest'attività una delle funzioni di base è quella di *"tradurre il tacito in esplicito attraverso la costituzione di modelli sempre più articolati e complessi di sé e del mondo"*; i livelli ed i processi conoscitivi interagiscono reciprocamente in una configurazione complessiva che caratterizza ogni organizzazione di conoscenza (Guidano, 1986, 1996; Reda, 1996a).

Le organizzazioni personologiche fino ad ora individuate e denominate dal costruttivismo "Organizzazioni di Significato Personale" sono quattro: di tipo "Fobico", di tipo "Depressivo", di tipo "Ossessivo" e di tipo "Disturbi Alimentari Psicogeni" (Guidano 1988, 1992, 1996; Reda, 2001; Arciero, 2002). Quest'ultima è alla base di tutti i Disturbi del Comportamento Alimentare, dall'anoressia alla bulimia e all'obesità psicogena. Anche se l'Organizzazione di Significato Personale di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni prende il nome dalla patologia, essa non è semplicemente definita dall'associazione con uno specifico tipo di disturbo. A caratterizzarla è una peculiare modalità di articolare la propria esperienza immediata e di spiegarla e riferirla, ravvisabile anche in soggetti asintomatici. Questo pattern si sviluppa in stretta interdipendenza con il modello d'attaccamento che un individuo sperimenta con le figure significative, soprattutto nell'infanzia e nella fanciullezza. Come hanno ampiamente dimostrato gli studiosi della teoria dell'attaccamento di Bowlby (1990), fra cui Ainsworth (1978), Bretherton (1995) e Crittenden (1994, 1997), le modalità e la qualità dell'interazione con la figura primaria d'attaccamento determinano, sin dalla prima infanzia, le coordinate e i vincoli per lo sviluppo della personalità.

L'orientamento interno/esterno, l'attribuzione di causalità e la campo-dipendenza/indipendenza rappresentano dimensioni rilevanti per meglio comprendere il funzionamento e l'articolazione delle Organizzazioni di Significato Personale.

- a) *L'orientamento interno/esterno.* Le organizzazioni con un orientamento internalizzato (inward) dell'esperienza sono quelle di tipo "Fobico" e "Depressivo". Le emozioni primarie, sin dal primo anno di vita, sono ben discriminate, in quanto la figura di riferimento esprime il proprio stato emotivo in modo non ambiguo, a prescindere dalla sua qualità. In seguito, le emozioni valutative, che comunicano il senso di sé in relazione agli altri e ai modelli socialmente condivisi, svolgono un ruolo fondamentale nella regolazione dell'emotività di base, volta soprattutto a modulare l'immediatezza del sentire. Le organizzazioni di tipo "Ossessivo" e "Disturbi Alimentari Psicogeni", vincolate da uno stile d'attaccamento costruito su atteggiamenti ambivalenti o ambigui della figura di riferimento, hanno un orientamento esternalizzato (outward). Le

emozioni primarie non sono espresse in modo netto e definito e, pertanto, l'organizzazione del dominio emotivo è basata sull'interpretazione di stimoli ambigui accompagnati da un'attivazione indifferenziata. Le emozioni autocoscienti prevalgono rispetto a quelle di base e consentono la costituzione di un senso di sé in presenza di un sentire vago o impercettibile. L'individuo si definisce solo a partire da una fonte di referenza esterna, che al massimo può essere internalizzata (Guidano 1988, 1992).

- b) *L'attribuzione di causalità.* Nel caso d'attribuzione causale esterna, gli individui tendono a riferire all'ambiente la responsabilità dei propri disturbi, con una rappresentazione degli altri come ingannevoli, inaffidabili, intrusivi; nel caso d'attribuzione causale interna, la percezione di sé è continuamente incentrata sull'inevitabilità di situazioni disconfermanti, che vengono percepite come causate dalla propria incapacità e inadeguatezza, (Guidano 1992). Quando l'attribuzione causale è totalmente esterna, le determinanti ambientali (umane, naturali o soprannaturali) sono percepite come alla base del proprio disturbo. Viceversa, un estremo orientamento internalizzato fa sì che gli individui tendano a focalizzare totalmente la responsabilità del disagio sulle proprie caratteristiche negative, marginalizzando o escludendo l'ambiente. Nei pazienti con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni l'attribuzione causale è tipicamente esterna negli anoressici, con conseguenti atteggiamenti d'autosufficienza e di lotta ad oltranza contro un mondo disconfermante; negli obesi l'attribuzione causale è interna e accompagnata da un senso pervasivo di sconfitta, perciò le delusioni e le disconferme vengono percepite come inevitabili e sempre imputabili a sé. I soggetti bulimici si trovano in una posizione intermedia con ampie oscillazioni fra i due atteggiamenti.
- c) *La campo-dipendenza/indipendenza.* Witkin e Goodenough (1977) e Witkin (1978) hanno richiamato l'attenzione sull'importanza della "campo-dipendenza", ossia della tendenza o meno a ricercare nel campo percettivo esterno informazioni, segnali sociali, punti di vista, atteggiamenti degli altri. Partendo da questi studi, più recentemente, altri autori (Guidano 1986, 1986a, 1988, 1992, 1996; Reda, 2001; Arciero 2002) hanno descritto due stili relazionali, che si strutturano a partire dalle modalità d'attaccamento, legati all'attenzione data o meno ai segnali emotivamente significativi che appartengono al contesto relazionale e che cambiano attimo dopo attimo: quello "campo dipendente" ("field dependent") e quello "campo indipendente" ("field independent"). Lo stile relazionale "campo dipendente" si riscontra nei soggetti che privilegiano il campo percettivo esterno rispetto alle sensazioni corporee. Pertanto, si sviluppa gradualmente uno stile personale e interpersonale che organizza la relazione con il mondo facendo prevalentemente affidamento su riferimenti esterni (caratteristiche interpersonali, ricerca di vicinanza emotiva e fisica, buona competenza relazionale); si delinea nel corso della maturazione e, successivamente, nel ciclo di vita una notevole sensibilità ai segnali emotivi immediati del contesto interpersonale. Lo stile relazionale "campo indipendente" si osserva nei soggetti che utilizzano prevalentemente le sensazioni corporee rispetto al campo percettivo esterno. In questo caso si sviluppa uno stile cognitivo e relazionale più impersonale e distaccato, meno sensibile alle relazioni sociali (con il mantenimento di una certa distanza sia fisica sia emotiva dagli altri) ed emerge la tendenza a fare affidamento perlopiù su idee, principi, ipotesi e spiegazioni personali; si delinea nel corso della maturazione una prevalenza della lettura cognitiva del contesto esterno, basata sulla sua struttura e configurazione.

Negli individui che sviluppano uno stile di personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, l'unitarietà dei processi si origina a partire da una percezione vaga e indefinita di sé, e si

organizza intorno a confini antagonisti e fluttuanti tra il bisogno incondizionato d'approvazione da parte di persone significative e la paura, altrettanto assoluta, di poter essere intrusi o disconfermati da tali persone. La caratteristica distintiva di questo modello organizzativo è la spiccata tendenza a reagire ad ogni perturbazione dell'equilibrio tra queste polarità emotive con un'alterazione dell'immagine corporea che si esprime con un comportamento alimentare disfunzionale. L'oscillazione ricorsiva tra la necessità di riferirsi ad un polo esterno per definire un proprio sé e la delusione che tale riferimento necessariamente comporta in termini di disconferma e di disapprovazione percepiti o temuti, fa sì che questi individui, per costruire modelli e teorie stabili e congruenti su di sé e sul mondo, articolino una complessa procedura semantica attraverso cui riordinare i dati dell'esperienza. La necessità/timore di un riferimento esterno che può fornire approvazione e conferme si concretizza attraverso comportamenti e schemi cognitivi che permettono di esprimere le proprie caratteristiche uniformandosi ad una serie di modelli considerati positivi; si determina, così, una costante ricerca di sintonia sulle aspettative dell'altro, ricerca che viene agita con modalità ed atteggiamenti perfezionistici in modo da prevenire le disconferme. L'atteggiamento ipercritico nei confronti degli altri permette, inoltre, di non sentirsi troppo coinvolti o definiti: attraverso la critica viene neutralizzato l'impatto con cui eventuali rifiuti o disconferme possono ripercuotersi sul proprio senso d'identità. La capacità di valutare la propria adeguatezza è, per di più, resa difficoltosa dalla scarsa competenza, durante le interazioni interpersonali, nel decodificare i comportamenti non verbali e le espressioni facciali degli altri individui, con conseguente difficoltà nella comprensione degli stati emotivi altrui, nella definizione della propria pertinenza in quel contesto e nella gestione delle relazioni sociali.

La percezione di un'interiorità incerta e confusa favorisce una determinante dipendenza dall'ambiente nella costruzione di una teoria su di sé e sul mondo. Le manifestazioni patologiche che ne conseguono dipendono dai livelli d'organizzazione-disorganizzazione personale, di flessibilità, d'adattamento e di generatività degli schemi cognitivo-emotivi. Gli elementi invarianti che caratterizzano le situazioni di scompenso sono rappresentati dall'estremizzazione dei tratti tipici di quest'organizzazione personologica: la distorsione dell'immagine corporea, la ricerca angosciata dell'approvazione da parte degli altri significativi e il timore di un inevitabile giudizio negativo, quale conferma del proprio senso d'inadeguatezza o d'incapacità personale. Per contrastare questo "ineluttabile destino", ricorrono principalmente a due strategie. La prima consiste nel cercare di stabilizzarsi attraverso la ricerca spasmodica di un punto di riferimento esterno; appartengono a questa categoria la ricerca d'approvazione da parte di una persona significativa, l'adesione ad un modello ritenuto prestigioso, l'adeguamento con le aspettative dell'altro e il perfezionismo volto alla prevenzione delle disconferme e dei rifiuti. Allo stesso scopo è rivolto l'atteggiamento ipercritico che, sovente, questi individui assumono nei confronti degli altri: quando avvertono il pericolo di sentirsi troppo definiti o disconfermati, criticano in anticipo chi può essere avvertito quale potenziale fonte di disconferma o di giudizio negativo, sminuendone anticipatamente la validità. Il rapportarsi ad un criterio esterno, al fine di strutturare una soddisfacente accettabilità personale, nasconde numerose insidie, tra cui quella di costruire teorie confermanti il senso di non essere all'altezza delle situazioni, di non farcela a soddisfare le aspettative altrui, di sentirsi ingannato, deluso o troppo definito dal contesto o dai desideri dell'altro. La seconda strategia, per contrastare il senso d'inadeguatezza e incapacità personale, si fonda sulla ricerca di un criterio interno rigido, finalizzata allo sviluppo di una percezione più netta e definita di sé. Ciò genera, nella ricerca di una percezione omogenea di sé, un'eccessiva e acritica difesa del proprio punto di vista da intrusioni, sostenuta da schemi cognitivi radicali sull'ingannevolezza del mondo; di conseguenza, questi individui assumono un atteggiamento di chiusura, evitano di esporre le proprie impressioni o convinzioni e ricorrono frequentemente alle bugie.

Nel corso del loro ciclo di vita, gli individui con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni oscillano ricorsivamente fra questi due atteggiamenti. Dal riferimento ad un criterio esterno ricavano un'immagine che può avere una minore o maggiore accettabilità e stabilità a dipendere da quanto il soggetto sente che riesce a rispondere alle aspettative dell'altro. Tuttavia, la percezione di sé che deriva dall'adesione ad un criterio interno rimane costantemente vaga, anche quando il soggetto sente di corrispondere ai desideri dell'altro. Queste tendenze, tra l'altro, spiegano un fenomeno piuttosto frequente anche in soggetti con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni in fase di stabilità e che non presentano scompensi clinici: la sensazione di essere solo apparenza, di corrispondere alle aspettative degli altri, di fornire un'immagine positiva ma, nello stesso tempo, proprio perché c'è questa percezione confusa di sé, di non essere in realtà come ci si sente di apparire. La necessità di maturare un senso di coerenza interna li rende, alle volte, iperattivi e li fa impegnare freneticamente in molteplici attività, per deviare la propria attenzione da tutti i temi che possono suscitare l'impressione di non sapere con certezza quello che si vuole dalla vita. Purtroppo questa strategia comporta il rischio di avvertirsi vuoti, indefiniti, inattendibili, con la conseguenza di orientarsi nuovamente su un criterio esterno.

### ***L'APPROCCIO EVOLUTIVO E LA DIFFERENZIAZIONE SOMATOPSICOLOGICA***

Pur non essendo nuova l'idea circa l'influenza delle esperienze di vita e sebbene già duecento anni fa Pinel abbia scritto sui rischi psichiatrici associati a "*rovesci e circostanze sfavorevoli*", lo studio sistematico di tali effetti è molto più recente e risale agli ultimi decenni. L'era è preannunciata nella pionieristica monografia di Bowlby edita per l'O.M.S. (1951), nella quale l'autore attribuisce una particolare importanza al periodo dell'infanzia e alle componenti affettive del "*mothering*", ed evidenzia l'importante ruolo svolto dalle esperienze familiari e dai rapporti genitore-bambino sullo sviluppo psicologico normale e patologico dei bambini.

Col passare del tempo è divenuto sempre più chiaro che gli esseri umani cambiano continuamente con l'evolversi del ciclo di vita e che gli esiti a cui portano le precoci avversità possono diversificarsi, con effetti a lungo termine altamente dipendenti dalle esperienze e dai sistemi di significato personale. Attualmente i ricercatori cercano di concettualizzare in modo più articolato i differenti tipi di sviluppo e i loro possibili diversi esiti; è oggi opinione diffusa che le esperienze di vita hanno una notevole variabilità sia fra loro sia rispetto al loro proprio potenziale di rischio (Clarke e Clarke, 1976, Rutter, 1985; Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001). Da un lato, viene messa da parte la concezione semplicistica, tipica di alcuni modelli teorici, sugli immutabili effetti delle esperienze precoci, sostituendola con una concezione più dinamica circa la continua interazione nel tempo fra fattori estrinseci e intrinseci nel corso dello sviluppo. Contemporaneamente viene sostenuta la necessità di prendere in considerazione i fattori costituzionali, sia nella loro influenza in particolari situazioni che nell'individuazione degli ambienti nei quali essi possono interagire. La connessa problematica delle differenze individuali ha indotto poi a cercare dei fattori di vulnerabilità o, al contrario, di protezione. Ha sicuramente contribuito a questo cambiamento di paradigma anche il contesto culturale che è stato ultimamente caratterizzato dall'affievolirsi della separazione tra la prospettiva psicologica e le neuroscienze.

La prospettiva evolutiva prende le mosse da quella genetica che considera determinante l'influenza del passato individuale sul funzionamento attuale; di conseguenza particolare enfasi viene posta sul significato individuale delle esperienze e sui vari percorsi adattativi che si possono costruire nella coevoluzione di individuo e ambiente. La questione di una qualche prevedibilità, anche se non in senso deterministico, definita come la comprensione delle manifestazioni di cambiamento dei modelli di adattamento-flessibilità (o scarso

adattamento-flessibilità) nel tempo e attraverso le età, resta in ogni modo un obiettivo centrale.

Un approccio evolutivo alla psicoterapia si contrappone alla visione etichettante e riduttivista propria della tradizione descrittiva che comporta il rischio dell'identificazione della malattia con i suoi sintomi, considerati come statici e avulsi dalla storia personale del soggetto; infatti l'importanza di quest'ultima è più vasta della descrizione, della differenziazione e del trattamento del comportamento patologico, pur rimanendo in ogni caso correlata a questi. Nel cercare di comprendere l'evoluzione dei modelli di scarso adattamento tipici delle sindromi psicopatologiche, si rende necessario cercare anche di approfondire gli aspetti evolutivi degli adattamenti riusciti. All'esame della ricerca vi è soprattutto l'evoluzione di quei soggetti a rischio che alla fine non evidenziano il disturbo e questo al fine di comprendere i fattori che avvicinano o allontanano i soggetti da un rischio maggiore, in diversi periodi d'età, sia per acquisire una migliore conoscenza dell'evoluzione sia per ottenere preziose informazioni per la progettazione dell'intervento psicoterapeutico. L'intervento, da semplice e lineare che era nell'approccio descrittivo, si cala in un'ottica di complessità, in cui tanto i generali processi evolutivi quanto le circostanze che mutano interagiscono con il precedente adattamento nel produrne uno seguente. I modelli di comportamento vengono così studiati per comprendere come preparino il bambino ad affrontare successivi stadi evolutivi. E' in quest'ottica (che non può che diventare prospettica e longitudinale) che si vogliono conoscere i paradigmi evolutivi dei vari modelli di adattamento ed è così che i soggetti non patologici contribuiscono alla sua indagine quanto quelli gravemente disadattati. Recentemente Eisenberg (1977) e Rutter (1979) hanno chiarito l'importanza del concetto di evoluzione come tema integrante della psicopatologia.

Rutter così riassume: *“Non è solo che alcune patologie hanno a che fare con una distorsione dell'evoluzione della personalità o che altre hanno le loro radici in traumi fisici o empirici nell'infanzia o che altre ancora implicano un'interferenza col normale processo evolutivo geneticamente determinato o che alcune durano così a lungo che diventa inevitabile prendere in considerazione cause evolutive e conseguenze. Il fatto è piuttosto che il processo evolutivo costituisce il legame cruciale tra determinanti genetiche e variabili ambientali, tra sociologia e psicologia individuale, tra cause fisiogene e psicogene”*.

L'evoluzione, quindi, non comprende solo le radici del comportamento nella maturazione antecedente, nelle influenze fisiche interne ed esterne e nei residui di esperienze infantili, ma anche le modulazioni dei comportamenti dovute alle circostanze del presente. Diagnosi differenziale, tecniche di trattamento e prognosi sono di interesse marginale per lo psicopatologo evolutivo; infatti quando lo psicopatologo se ne interessa è perché è concentrato sulle origini e sull'evolversi di un certo disturbo (sulle sue fasi pregresse e su quelle successive e sulla sua relazione con modelli di comportamento non patologici). Attraverso lo studio comparativo fra soggetti che sviluppano una data patologia e individui che partendo da organizzazioni di personalità affini e da condizioni simili non la sviluppano, gli psicopatologi cercano di fare luce sui fattori che mediano e/o modificano lo sviluppo della patologia in quel particolare individuo e in quelle particolari circostanze di vita. E' dunque un approccio che ricerca non solo ciò che vi è di comune fra gli individui, ma che si arricchisce di quelle che, da quest'ottica, sono viste come “contraddizioni”, uscite dai vecchi schemi di riferimento e da un'ottica di causalità lineare, ma che altro non sono che il frutto della complessità che porta con sé il sistema individuo-ambiente. È un sistema che appare in continua trasformazione, perciò, più che definire tappe, appare più proficuo studiare le origini e il corso dei modelli individuali di adattamento-flessibilità (o scarso adattamento-flessibilità), definirli e raggrupparli in modo significativo e convalidarli tramite criteri relativi all'età e al contestuale periodo di esistenza.

Da quanto detto quindi non si rimane arenati in un'ottica scientifica di tipo deterministico, che porterebbe a mettere da parte l'esperienza umana, ma si passa anche a considerare le contraddizioni e le deviazioni dall'atteso come cariche di significato. Alcuni dei principali assunti e concetti, al cui studio si dedica oggi il costruttivismo, quali lo studio dello sviluppo lungo l'arco della vita e nel contesto sociale, il tempo in cui avvengono le esperienze, i fattori intrinseci o esperienziali, la continuità o discontinuità nello sviluppo, i fattori di rischio o di protezione, i possibili effetti a catena, sono gli eredi più recenti degli assunti della fenomenologia.

Numerosi studiosi dello sviluppo infantile, sebbene d'orientamento teorico differente, hanno collegato gli aspetti relazionali nel cui contesto avvengono lo sviluppo emotivo e la maturazione psicologica del bambino ed i disturbi e le difficoltà che questo sviluppo incontra anche nelle sue fasi più precoci (Bowlby, 1973; Mahler et al., 1975; Greenspan e Lourie, 1981; Reda, 1986; Sander, 1987; Stern, 1988, 1989; Emde, 1989; Guidano, 1991, 1992). Bowlby (1973), nel presentare i modelli operativi interni (MOI), sostanzialmente afferma che il sistema relazionale della diade madre-figlio e della famiglia funge da mediatore dello sviluppo nel bambino; si vanno così formando quei sistemi di autoregolazione di complessità crescente con cui il bambino successivamente decide e da cui viene anche naturalmente determinato.

Horowitz et al. (1992) hanno recentemente schematizzato i processi di organizzazione e di strutturazione dell'autoregolazione in quattro fasi. La prima fase di regolazione biologica consente l'armonizzazione delle funzioni fondamentali del bambino (ritmi del ciclo alimentare e di quello sonno-veglia) in coordinazione con la madre fino allo stabilirsi di una sorta di sincronia di fasi tra loro. Questa fase di regolazione biologica rappresenta il modello precoce della regolazione psicologica che avviene già a partire dalla seconda fase in cui la regolazione degli affetti, vale a dire la modulazione della loro intensità e la loro successiva discriminazione, si sviluppa nel contesto di condivisione degli stati affettivi con la madre e di cammino progressivo alla loro regolazione congiunta. La terza fase è legata all'emergere della capacità di locomozione che mette in gioco la regolazione ed il controllo del comportamento mentre la quarta fase è legata allo sviluppo delle capacità simboliche e rappresenta il fondamento dell'autoconsapevolezza.

Noi oggi sappiamo che la capacità materna di accogliere, comprendere e significare gli stati affettivi ed i messaggi comunicativi del bambino è un ingrediente essenziale per lo sviluppo nel bambino stesso, della capacità di discriminare e modulare i propri bisogni e di esprimere adeguatamente i propri stati affettivi.

Dopo i primi sei mesi, lo sviluppo motorio, affettivo e cognitivo permette al bambino di operare con una maggiore indipendenza emotiva. L'allontanarsi dalla madre andando carponi lo rende sempre più consapevole del suo essere separato e delle conseguenze dell'esercizio della propria autonomia. L'emergenza di queste nuove capacità cognitive gli permette di capire rapidamente le relazioni di causa ed effetto e, conseguentemente, di costruire gli schemi basici di causalità. Comincia, così, a diventare consapevole che le sue azioni elicitano certe reazioni da parte di chi si prende cura di lui. Questa consapevolezza diventa sempre più evidente nell'incremento d'intenzionalità e di capricciosità osservato in questo periodo dello sviluppo.

Tali processi contribuiscono a facilitare lo sviluppo dei processi di differenziazione somatopsicologica (Greenspan e Lieberman, 1981). E' proprio all'inizio della seconda metà del primo anno di vita che il bambino comincia a comprendere e a differenziare la varietà delle sensazioni somatiche (quali la fame, la sazietà o la stanchezza) dagli stati emozionali (quali la rabbia, la frustrazione o il bisogno d'affetto). Intorno alle configurazioni sensoriali esperite cominciano, in tal modo, a comporsi quei sistemi di significati personali alla base

dell'identità personale e del pensiero narrativo (Bruner, 1992, 1994). Quest'ultimo processo consiste nel raccontare storie su di sé a se stessi e agli altri. Con lo sviluppo della "narrativa autobiografica" si vanno organizzando quei sistemi di significati che danno senso alla nostra esperienza. La costruzione di significati si genera dal continuo realizzarsi della nostra storia e della nostra trama narrativa (Bruner, 1987, 1988, 1991; Maturana, 1990, 1995).

Come avviene negli stadi più precoci, entrambi i partners della diade madre-bambino contribuiscono ad una felice risoluzione del processo di differenziazione somatopsicologica: il bambino comunicando più chiaramente i propri bisogni sia somatici sia emozionali, la madre leggendo correttamente questi segnali e rispondendo in modo contingente. L'adeguatezza delle risposte materne facilita il processo: nel differenziare fra i segnali di richiesta di cibo o di affetto, deve determinare se il bambino è sazio o frustrato nei tentativi di autoalimentarsi. Solo una risposta adeguata può consentire la soddisfazione di quello specifico bisogno. Quando il bambino smette di mangiare, la madre deve stabilire se si sente sazio, se sta attirando l'attenzione, o se sta esprimendo rabbia e rifiuta il cibo come protesta.

Se la madre non coglie questi segnali o ripetitivamente li ignora, il bambino diventa confuso nel discriminare fra sensazioni fisiche e bisogni emozionali. Per esempio, la madre interpreta male i tentativi del bambino di autoalimentarsi e persiste nell'alimentarlo essa stessa. La somministrazione di cibo, in questi casi, innesca rabbia e desiderio di affermare se stesso piuttosto che sensazioni di fame e sazietà. Ancora, se la madre ignora i segnali di sazietà del bambino e si ostina ad alimentarlo ulteriormente distraendolo, giocando, o facendolo mangiare a forza, il bambino apprende che l'affetto o la rabbia della madre può essere elicitato dal rifiuto del cibo. Tosto l'assunzione di cibo sarà regolata dai bisogni emozionali del bambino piuttosto che quelli fisiologici. Per la madre, d'altronde, l'incapacità a riconoscere e differenziare i bisogni del figlio è fonte di grande insicurezza; tale sfiducia la porta a rispondere con *"la saturazione immediata ed uniforme di ogni richiesta del bambino. La soddisfazione immediata del bisogno prima ancora che il desiderio sia stato elaborato, non può non schiacciare dei momenti importanti dello sviluppo"* (Kreisler et al., 1976).

Il ruolo attivo che il bambino assume nelle transazioni con gli adulti è un elemento chiave per meglio comprendere i meccanismi comunicazionali normali e patologici, nonché lo sviluppo del pensiero narrativo. Il grado di controllo che l'infante esercita sui processi interazionali, rispetto a quanto passivamente si sottomette all'adulto, sembra variare ampiamente e dipendere dalle situazioni e dal temperamento individuale del bambino.

Ciò che colpisce nei bambini con comportamenti anoressici è la loro caparbia: tenaci e provocatori, frequentemente, esprimono con vigore i loro bisogni. Osservano e studiano attentamente le loro madri, ne anticipano le reazioni e sovente ostentano un atteggiamento di sfida. Queste caratteristiche temperamentali, apparentemente, sembrano in forte contrasto con quelle dei bambini che diventeranno anoressici durante l'adolescenza (o da adulti) e che, di norma, sono ricordati come "il miglior bambino possibile". I loro genitori, di solito, non ricordano nessun comportamento oppositivo durante gli anni precoci dello sviluppo, e rammentano solamente una piacevole condiscendenza, quando pensano al periodo della crescita del loro adolescente anoressico. L'adolescente anoressico sembra aver sviluppato un particolare acume nell'osservare e nell'anticipare le risposte dei genitori, e un'abilità nell'adattare di conseguenza il proprio comportamento. Ad un'analisi più attenta sembra che queste differenze temperamentali si risolvano in un esordio dell'anoressia nervosa più precoce rispetto ad uno più tardivo. Un bambino caparbio ed esigente trascina la propria madre in una lotta di potere sin dalle fasi precoci della separazione e della strutturazione dell'identità personale. Viceversa un infante passivo e facilmente compiacente (il futuro adolescente anoressico) tende a sviluppare un senso di sé

come espansione della madre, fino a che le richieste dell'adolescenza lo costringono alla rottura di questa simbiosi (Reda, 1986; Guidano, 1991, 1992). L'anoressico, sia da bambino sia da adolescente, lotta per affermare la propria autonomia contro le risposte materne finalizzate ad impedire qualsiasi distacco. In entrambe le situazioni queste turbolenze interferiscono con lo sviluppo della differenziazione somatopsicologica ed influenzano il comportamento alimentare.

Per meglio comprendere la drammaticità della lotta che l'infante anoressico sovente ingaggia, è bene ricordare che uno degli aspetti invarianti nelle interazioni di queste famiglie è quello definito con il termine di "invischiamento" (Minuchin, 1976). Un "rapporto invischiato" è una forma di transazione familiare caratterizzata da estrema prossimità, con scarsa differenziazione a livello individuale, dove i confini che definiscono l'autonomia personale sono fragili e incerti; ne consegue che in un "sistema invischiato" la percezione che i membri hanno di sé e degli altri è scarsamente differenziata.

Nel processo di differenziazione somatopsicologica vi sono anche le precoci radici evolutive dell'integrazione mente-corpo. Le alterazioni di questo processo si manifestano in clinica come disturbi sia degli aspetti percettivi e cognitivi della capacità di ricezione degli stati interni e della loro discriminazione e differenziazione, sia degli aspetti emozionali, vale a dire della struttura, della regolazione e del controllo degli affetti e degli impulsi.

In particolare, la transizione dalla sensazione all'emozione, vale a dire dai processi più direttamente legati al corpo ai processi con significato affettivo-psicologico, implica procedure cognitive di percezione, registrazione ed elaborazione che in modo analogo al processamento dell'informazione esterna trasformano e danno significato e contenuto emotivo all'esperienza.

L'esperienza emozionale viene così ad essere il nodo che lega i processi fisici e i processi cognitivi producendo e sostenendo l'integrazione somatopsicologica in un processo che nel bambino è assistito dalla madre. In particolare, aspetti precoci e peculiari della sensorialità possono venire a funzionare come organizzatori psichici, vale a dire come perni attorno a cui si dispone l'organizzazione della mente e della costruzione del Sé. Difficoltà a questo livello, nel processo di contenimento e modulazione delle emozioni, producono quegli effetti disintegrativi tra il funzionamento mentale e quello corporeo, che costituiscono anche la genesi dei disturbi psicosomatici (Bion, 1981).

La dissociazione somatopsicologica diviene una componente basilare dei disturbi del comportamento alimentare che ha come suo effetto la separazione della mente dal corpo, con l'egemonia assoluta della mente e la negazione e l'abbandono del corpo nell'anoressia, la lotta continua ed il loro ciclico prevalere nella bulimia, oppure il consolidamento della secessione per cui la mente non riesce più a governare il corpo nell'obesità.

Queste riflessioni nascono dal fatto che, dal punto di vista della mente, è il corpo con la sua sensorialità e ricettività che veicola e mette in contatto con la realtà, ed è quindi attraverso il corpo che la mente può cercare di combattere la battaglia più radicale per tagliare alle radici le fonti di quello che potrebbe diventare scempenso psicopatologico.

Nei disturbi dell'alimentazione possiamo affermare che vi è un'alterazione del rapporto con il corpo che va ben al di là del sintomo alimentare, un'alterazione che riguarda in modo profondo l'esperienza stessa del corpo, dell'aver un corpo e non solo la sua immagine "estetica" o sessuale, come dimostrano i casi di anoressia in giovani congenitamente cieche (Bemporad et al., 1989), quelli in età prepubere (Chatoor, 1989; Mouren-Simeoni e Bouvard, 1993; Lask e Bryant-Waugh, 1992) e nella prima e primissima infanzia (Debray, 1993).

A proposito delle forme precoci di anoressia, Irene Chatoor ha parlato di fallimento dello sviluppo dell'integrazione somatopsichica per cui il comportamento alimentare del bambino viene ad essere dettato dai bisogni emotivi invece che dalle sensazioni fisiologiche della fame e della sazietà (Chatoor, 1989). Rosine Debray parla di fallimento della prima integrazione somatopsicologica per spiegare l'intolleranza alla manipolazione ed alla posizione di passività che permette l'accudimento che si manifesta in questi bambini fin dalla nascita, intolleranza che potrebbe essere in relazione con gravi difficoltà della prima regolazione della coppia madre-bambino (Debray, 1993).

### ***I PATTERNS GENITORIALI DI SVILUPPO***

Numerosi Autori (Bruch, 1973; Selvini Palazzoli, 1974; Chatoor, 1989; Blanco e Mahoney, 1986; Reda, 1986, 1996) hanno indicato nella differenziazione somatopsicologica un processo basilico attraverso cui l'infante struttura il senso di Sé, perciò interferenze in questo processo, causate da una disfunzione nella relazione madre-bambino, sembrerebbero alla base dell'esordio dei DCA. Un impedimento nel processo di demarcazione fra sé e gli altri e una carenza di risposte appropriate e stabilizzanti da parte dei genitori ai segnali dell'infante sono ingredienti costanti che emergono anche dalla ricostruzione delle storie di sviluppo dei pazienti con Disturbi Alimentari (sia adolescenti sia adulti); la povertà di interazioni comunicative adeguate e il divieto di tutte le forme di auto-espressione emotiva diventano le componenti principali della relazione bambino-figure di accudimento.

Nel 1973, all'interno di una visione evolutiva di questi disturbi Hilde Bruch aveva, infatti, sottolineato la grande importanza rivestita dalla focalizzazione sull'alimentazione delle preoccupazioni emotive dei genitori, per cui il cibo diventa il mezzo preferito per dare conforto e sollievo ed esprimere o negare attaccamento ed affetto. La madre poi instaura una relazione di iperprotezione ansiosa che inibisce la crescita autonoma e lega i figli alla dipendenza dai genitori che diventa in adolescenza gravemente conflittuale.

Giova ricordare che una tra le più grosse difficoltà dei pazienti con Disturbi Alimentari consiste nel non riuscire a discriminare correttamente i propri segnali interni e conseguentemente a riconoscere e ad ordinare le proprie sensazioni ed emozioni (Blanco, 1986; Reda, 1986, 1996). I processi di sequenzializzazione degli eventi significativi ("le scene prototipiche"), alla base della costruzione dei significati personali, diventano labili e ambigui a causa di una confusa lettura della propria attivazione emozionale.

Un armonico sviluppo del senso di sé, dei processi di autoconsapevolezza e del senso di autoefficienza necessita di risposte adeguate e congruenti ai segnali biologici, cognitivi, sociali ed emozionali. Quando le risposte materne sono costantemente inappropriate, eluse, esageratamente premurose, inibenti, o indiscriminatamente permissive, il bambino vivrà esperienze discrepanti sperimentando confusione.

Rizzuto et al. (1981) hanno suggerito che un elemento favorente lo sviluppo anormale dell'adolescente anoressica, è l'incapacità della madre di adempiere al proprio "ruolo di specchio" (Lacan, 1937; Winnicott, 1971). E' caratteristica biologica degli esseri umani acquisire una conoscenza di sé attraverso l'interazione con gli altri significativi. Durante gli stadi precoci dello sviluppo, le figure di accudimento costituiscono la fonte più significativa delle informazioni per l'elaborazione di un senso di Sé stabile. E' "rispecchiandosi" nella madre che l'infante comincia a percepire i contorni del proprio senso di Sé. Tale percezione non rimane un mero dato sensoriale, ma dirige e coordina gli schemi di autoriconoscimento. Infatti, l'organizzazione dell'identità personale avviene attraverso questo progressivo processo di differenziazione fra Sé (configurato dalle informazioni interne) e non-Sé (rappresentato da quelle esterne) (Gallup, 1977). L'effetto "specchio" (looking-glass), mediando i processi di congruenza e reciprocità delle risposte, sintonizza l'interdipendenza di

quei ritmi psicofisiologici alla radice della comunicazione reciproca. Attraverso il “mirroring” le figure di accudimento facilitano od ostacolano la ricerca di autonomia e la tendenza verso l’autogestione e l’indipendenza, atteggiamenti che nelle fasi successive di sviluppo consentono la strutturazione di regole di ordinamento nella percezione di Sé e degli altri.

In una ormai classica ricerca, Chatoor et al. (1988) hanno confrontato i patterns interazionali madre-bambino di un gruppo di pazientini affetti da Anoressia Nervosa Infantile (ANI) con quelli di un altro di controllo senza alcun problema alimentare. Tutti i bambini sono stati videoregistrati per un periodo di venti minuti di alimentazione seguito da un periodo di dieci minuti di gioco. Osservatori addestrati hanno analizzato e classificato le videoregistrazioni attraverso alcune Rating Scales sviluppate all’uopo da Chatoor et al. (1984a, 1985a) per misurare il comportamento interattivo e l’affettività nelle coppie madre-bambino.

I due gruppi hanno evidenziato differenze molto significative: mentre il gruppo di controllo ha mostrato una migliore reciprocità diadica madre-bambino, le interazioni nel gruppo con ANI sono state caratterizzate da una minor reciprocità diadica, da frequenti conflitti, da una costante lotta per il controllo sul cibo e da una continua non-contingenza materna ai segnali del bambino. Queste madri hanno riportato un punteggio alto sia nella non-rispondenza ai bisogni del bambino da un lato che nell’intrusività dall’altro. I risultati sono impressionanti per il fatto che fra le madri e il gruppo di infanti con ANI sono mancati del tutto quegli scambi reciproci abbondantemente osservati, invece, nell’altro gruppo; il controllo sulla relazione sembra prevalere sulla tenerezza e sul calore emotivo, precludendo ogni possibilità di provare emozioni autonome. Le madri dei pazientini sono apparse più autodirette e controllanti come si evidenzia dal gran numero di segnali da loro elusi o persi. Nonostante siano state costantemente fuori ritmo reciproco, durante le interazioni con i propri bambini, le loro emozioni negative di rabbia, di frustrazione e di tristezza si sono riflesse nei sentimenti degli infanti.

La mancanza di “mirroring” accompagnata dall’incapacità a leggere e a rispondere ai segnali del bambino sono le caratteristiche salienti delle madri degli infanti con ANI (Chatoor et al., 1988). Nonostante l’emergere dalle interviste di buone intenzioni ed alte aspettative su di sé e sul ruolo genitoriale, l’eccessiva attenzione posta sugli aspetti formali (essere una buona madre) ha impedito loro di ricavare piacere dall’accudire il proprio bambino.

I comportamenti oppositivi degli infanti e il rifiuto del cibo le esasperano facendole sentire insicure su come intervenire ma, pur nutrendo sentimenti sgradevoli, tendono a reprimerli. Poche hanno ammesso di nutrire sentimenti di rabbia e frustrazione talmente intensi da temere, alle volte, di perdere il controllo e di fare del male al proprio bambino.

Il senso di colpa, derivante dal desiderio di abbandonare o di fare del male all’infante, le spinge ad intensificare gli sforzi per essere “una buona madre”, nonostante l’incapacità a disporre limiti appropriati all’incremento di richieste e di comportamenti provocatori da parte dei loro figli. Non potendo contenere a lungo i sentimenti negativi, la loro rabbia repressa alcune volte sembra paralizzarle, altre volte le conduce ad alimentare forzatamente il bambino o ad infliggergli altri tipi di dure punizioni. Queste manifestazioni di rabbia sono spesso sperimentate come perdita di controllo, con un conseguente spiacevole sentimento “di essere una cattiva madre”. Ciò le induce ad innescare un nuovo ciclo facendo la pace con l’infante, e finendo con l’essere esageratamente indulgenti e amabili. In tal modo, oscillano fra l’essere alle volte inconsistenti ed altre volte estreme nelle risposte al bambino. Le loro reazioni sono, perciò, completamente modulate non dai segnali emozionali e dai comportamenti del bambino, ma dai propri stati interni.

Alcune fra queste madri, pur sembrando a proprio agio con le manifestazioni di autonomia dell’infante durante il gioco, hanno manifestato una sorta di “macchia cieca” nel corso della

somministrazione dei pasti. Sono andate sviluppando una particolare "sensibilità" a preoccuparsi eccessivamente per la crescita dell'infante a seguito di alcune difficoltà alimentari transitorie (per es., durante un episodio di malattia). Sentendosi insicure nel ruolo materno, tendono a misurare la propria competenza da quanto e da come l'infante mangia. Le elevate quote d'ansia vissute durante l'alimentazione, le hanno rese incapaci di leggere correttamente i segnali del bambino. Il dargli da mangiare diventa sempre più un compito frustrante allorché il bambino, ai suoi primi passi, rifiuta il cibo nello sforzo di rivendicare una maggior autonomia e un miglior controllo.

Altre madri del gruppo con ANI hanno riportato nelle interviste di aver sviluppato intensi conflitti con le proprie madri durante gli anni della crescita, contrasti che sono continuati una volta diventate adulte. Loro stesse hanno esibito, da bambine, problemi alimentari e hanno raccontato delle loro "lotte alimentari" durante la fanciullezza o su altri ambiti una volta diventate adulte. Pur sforzandosi di essere amabili e premurose, non tollerano i propri sentimenti negativi o di rabbia verso i loro bambini, in quanto provare simili sensazioni significa essere come le proprie madri. Nonostante gli sforzi per essere delle madri migliori delle proprie, "i fantasmi dell'infanzia" riattivano i vecchi personali conflitti sull'autonomia e sul controllo nel momento in cui i loro bambini entrano nella fase dello sviluppo della separazione e dell'individuazione.

La maggior parte delle madri dei bambini con ANI ha raccontato di un periodo beato, durante i primi sei mesi di vita, nella relazione con i propri figlioletti, quando l'infante era più dipendente, passivo e accondiscendente.

L'emergenza di nuove abilità motorie, emozionali e cognitive spingono il bambino ad esternare in modo sempre più fermo la propria volontà, volontà che può esprimersi in comportamenti oppositivi nel tentativo di separarsi dalla madre. Queste madri sono apparse, però, impreparate a gestire l'incremento di autonomia dei loro infanti e a fissare limiti appropriati ad eventuali comportamenti inaccettabili. Pur non volendo essere quelle madri dure e punitive che hanno sperimentato nella propria infanzia e fanciullezza, mancano sia dell'esperienza emozionale sia di una trama narrativa adeguata, per interpretare modelli e ruoli alternativi. Per essere quelle madri premurose e comprensive che hanno sempre desiderato ardentemente per se stesse, concentrano tutta la loro attenzione sull'alimentazione dei loro infanti. Sembrano incapaci di riconoscere, nell'afferrare il cucchiaio o nel trattenere il piatto, lo sforzo del bambino verso l'autonomia e l'autoalimentazione. Sono rigidamente determinate a nutrirlo, in quanto misurano la propria efficienza con quanto cibo riescono ad introdurre nella bocca del bambino. Quando gli infanti rifiutano di aprire la bocca, piangono o inarcano la schiena in segno di protesta, sono incapaci di interpretare questi comportamenti correttamente: si sentono frustrate e conseguentemente rifiutano i loro bambini. Il rifiuto, provocando profondi sensi di inefficienza, le porta ad incrementare gli sforzi mercanteggiando con loro, supplicandoli, o cercando di distrarli. In ogni modo, a maggiori sforzi seguono maggiori resistenze, e quando questo modo di nutrire i bambini diventa sistematico, questi ultimi diventano più abili nell'attrarre l'attenzione rifiutando il cibo.

Per quanto successive ricerche possano ampliare lo spettro della psicopatologia interazionale materna, queste sembrano essere le più frequenti dinamiche che, innescandosi ai tentativi di autonomia del bambino, interferiscono col normale sviluppo somatopsicologico e cortocircuitano nel comportamento alimentare.

Un'altra questione fondamentale riguarda l'importanza del ruolo paterno nel mitigare o intensificare quei conflitti che, derivando dall'incremento di autonomia nel bambino, determinano lo sviluppo dei disturbi alimentari. Dallo studio delle famiglie con pazienti adolescenti o dai resoconti biografici di soggetti adulti con Disturbi Alimentari Psicogeni, la figura pa-

terna è, per lo più, “assente” (Reda, 1986; Guidano, 1991, 1992). Anche i padri dei bambini con ANI, nella maggior parte dei casi fisicamente o emozionalmente “eliminati” dalla famiglia, delegano l'accudimento dell'infante quasi completamente alla madre. Nel caso in cui siano intimamente coinvolti nella cura dell'infante, sono trascinati nelle battaglie per alimentare il bambino. Altre volte, il rifiuto del cibo, al centro del disaccordo familiare, esprime intensi conflitti preesistenti fra i genitori. La psicopatologia interazionale dei padri e il loro coinvolgimento con la madre e col bambino sembrano essere variabili importanti nel determinare la gravità delle difficoltà familiari al distacco dell'infante e dei conseguenti disturbi alimentari. E' noto che la psicopatologia affettiva materna può essere sia neutralizzata sia intensificata dagli atteggiamenti e dal funzionamento mentale del padre, come pure dal suo coinvolgimento nei processi di allevamento del bambino.

Questo deficit nello sviluppo dell'autonomia e la mancanza di un'adeguata differenziazione somatopsicologica sembrano mettere le basi dell'Anoressia Nervosa sia nell'infanzia sia nell'adolescenza. Alla luce delle precedenti osservazioni, un attento assessment di questa psicopatologia impone, oltre ad una dettagliata analisi del comportamento alimentare (orari, numero pasti, quantità di cibo imposto, ambiente alimentare, etc.), di esaminare i contributi al problema derivanti dal temperamento del bambino, dai conflitti personali materni, dal coinvolgimento del padre e dalla perdita di reciprocità fra madre e bambino.

### ***L'IDENTITÀ PERSONALE***

La capacità d'autorganizzazione e i processi d'attaccamento, strettamente connessi fra loro, sono alla base della costruzione dell'identità personale (attitudine verso se stessi) e dei ruoli relazionali ad essa collegati (attitudine verso gli altri). La reciprocità ideo-affettiva permette la lettura degli stati interni ed orienta la strutturazione degli assetti emozionali e delle modalità comportamentali; tali processi portano a caratterizzare, nel corso dello sviluppo, l'identità personale che connoterà poi l'intero ciclo di vita soggettivo. Il confine tra sé e non sé, tra senso d'unicità personale, ossia di demarcazione dagli altri, e senso dell'alterità, o meglio d'appartenenza al contesto relazionale, emerge con caratteristiche diverse da soggetto a soggetto, a dipendere dal dispiegarsi dei vari pattern d'attaccamento. L'identità personale possiede due aspetti funzionali: quello dell'individuazione di sé dal resto del mondo e quello della comunicabilità intersoggettiva, dell'appartenenza a narrative socialmente e culturalmente condivise. Quest'ultimo aspetto consente a ciascun individuo di sentirsi riconosciuto e accettato dagli altri (Bruner e Kalmar, 1998). L'identità svolge la funzione di contenere e modulare il flusso emotivo interno, e si modifica in relazione alla possibilità e alla necessità di regolare la sua intensità: l'individuo muta in conseguenza del bisogno di contenimento della propria emotività.

Recentemente alcuni studi sui processi di costruzione dell'identità personale (Lewis e Brooks Gunn, 1979; Lewis 1993, 1994, 1995) hanno condotto alla definizione di due tendenze di base nelle procedure di messa a fuoco di sé, tra le quali esiste comunque un continuum.

- Nella messa a fuoco dall'interno (inward orientation), l'individuo dirige la costruzione dell'identità sull'interiorità e sul mantenimento del senso di sé. L'orientamento "inward" comporta la tendenza a modificare l'ambiente esterno per renderlo consono alle necessità interne. In questi casi, con lo sviluppo di una precoce messa a fuoco delle emozioni basiche (paura, rabbia, tristezza, gioia), il soggetto percepisce come primario ciò che sente. Poiché i tratti emotivi sono basati prevalentemente su configurazioni d'azioni, d'emozioni e di significati correlati a stati emotivi primari ben differenziati, l'organizzazione del dominio emotivo è centrata su eventi prevalentemente interni.

- Nella messa a fuoco dall'esterno (outward orientation), l'individuo polarizza la costruzione dell'identità sulla sintonizzazione ad un riferimento esterno. L'orientamento "outward" è centrato, quindi, sull'alterità e sulla variabilità del contesto relazionale e comporta la tendenza a modificare il mondo interno al fine di renderlo conforme con l'esterno. Prevalgono stati emozionali autocoscienti (per esempio: vergogna, colpa, orgoglio, imbarazzo) che orientano l'attenzione sulla corrispondenza con le figure esterne percepite come più significative; richiedendo capacità cognitive di tipo autoriflessivo, queste tonalità emotive compaiono più tardi nello sviluppo (rispetto alle emozioni di base) e sono in genere più sfumate nelle loro espressioni comportamentali. Poiché le configurazioni di stati emotivi ricorrenti sono costituite prevalentemente da emozioni valutative, l'organizzazione del dominio emotivo è centrata su fonti esterne di significato.

L'identità personale, come atto riflessivo, si articola all'interno della relazione con l'altro, e prende forma nella regolazione reciproca fra l'esperienza vissuta e la sua ininterrotta ricomposizione in una storia coerente. Il linguaggio consente di riordinare e di comunicare la propria esperienza in un modo intelligibile e di renderla, attraverso una coerenza narrativa, più consistente, stabile e continua con la conoscenza di sé e del mondo nel quale si è immersi (Taylor 1993).

L'esperienza personale può essere compresa e resa comunicabile grazie alla temporalità che essa acquista all'interno del dominio linguistico. Si possono distinguere due modi d'ordinamento temporale dell'esperienza (Ricoeur 1993, 1994, 1995): il primo fornisce un senso di persistenza nel tempo (sameness o "medesimezza") ed è indipendente dalle situazioni contingenti; il secondo è legato alla mutevolezza degli eventi (selfhood o "ipseità") e fornisce il senso di "costanza di sé" (Arciero, 2002). La medesimezza è connessa all'assemblaggio d'esperienze emotive e di configurazioni di comportamento che un individuo riconosce come ricorrenti e tipicamente personali. L'ipseità, legata alle circostanze in atto di volta in volta ed in quanto tali imprevedibili, fornisce un senso di sé mutevole e molteplice che necessita di essere integrato con il senso di medesimezza. L'equilibrio fra questi due processi d'ordinamento dell'esperienza favorisce la flessibilità della trama narrativa e, di conseguenza, permette maggiori capacità d'adattamento e di stabilità. In una trama flessibile, gli eventi emotivi impreveduti sono facilmente integrati nell'esperienza passata e sono in grado di modificare le aspettative future, senza essere percepiti come estranei né interrompere il senso personale di continuità. Attraverso l'ininterrotta riconfigurazione delle proprie esperienze in un racconto, emerge "l'identità narrativa" (Ricoeur, 1986). Quest'ultima ha origine dalla dialettica ricorsiva fra la medesimezza, che garantisce il senso di persistenza nel tempo, e l'ipseità, che fornisce un senso di costanza legato alla contingenza e ai cambiamenti (Guidano 1992; Arciero, 2002). L'identità, rappresentata come l'atto riflessivo di una narrazione autobiografica che stabilizza il senso di continuità del sé, consente di chiarire il quesito di come un individuo muti nel tempo rimanendo se stesso. Le modalità d'ordinamento della propria esperienza nel tempo sono strettamente connesse all'organizzazione del dominio emotivo di conoscenza, che, a sua volta, dipende fondamentalmente dalla relazione primaria d'attaccamento (Guidano 1988, 1992, 1996).

La stretta interazione tra sistemi d'attaccamento, processi di costruzione dell'identità personale e Disturbi della Condotta Alimentare è stata indagata fin dagli anni settanta, in particolare, da Ilde Bruch (1973) e Mara Selvini Palazzoli (1974), che hanno proposto un ruolo centrale dei sistemi d'attaccamento nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi alimentari; in seguito la correlazione tra sistema d'attaccamento e DCA è stata sviluppata da diversi altri autori (Shaver e Hazan, 1995; Salzman, 1996; Candelori e Ciocca, 1997, 1998).

Nelle loro brillanti ricerche, Irene Chatoor e collaboratori (1988), nel descrivere la presenza di disturbi alimentari in bambini in età preverbale, hanno messo in luce come questi non trovassero la soddisfazione dei loro bisogni e la comprensione dei loro sentimenti espressi con il pianto negli atteggiamenti di reciprocità con le figure d'accudimento. Questi genitori non erano in grado di cogliere il significato dei segnali emotivi dei propri figli e le loro risposte alle necessità dei piccoli erano incongruenti: manifestavano grosse difficoltà a capire richiami fondamentali, quali i segnali di desiderio, di gioco, di andare a dormire, di mal di pancia, o altri ancora. Quando i genitori impararono a comprenderli e, riconoscendo i bisogni espressi, risposero con comportamenti adeguati, i bambini riacquistarono un senso di stabilità con la remissione della sintomatologia alimentare (Chatoor e Egan 1983; Chatoor et al., 1985).

Nel bambino si sviluppa, precocemente, una particolare abilità nell'adattare il proprio comportamento alle richieste familiari; in virtù di quest'abilità, il bambino che strutturerà una personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni anticipa i comportamenti dei genitori che avverte come discrepanti rispetto ai propri stati emotivi, il che concorre a generare confusione nel riconoscimento delle proprie emozioni e difficoltà nella loro regolazione. Tali interazioni disfunzionali contribuiscono ad ostacolare lo sviluppo dei processi di differenziazione somatopsicologica alla base dell'identità, necessari a distinguere la varietà delle sensazioni somatiche (quali la fame, la sazietà o la stanchezza) dagli stati emozionali (quali la rabbia, la frustrazione o il bisogno d'affetto) (Blanco et al., 2000).

La costante inibizione dell'espressione emozionale, provocata dalla percezione confusa dei bisogni fisiologici e degli stati emotivi e dalla difficoltà a distinguerli, si rifletterà sullo stile d'attaccamento, sull'identità e sull'attribuzione di significati rispetto alle percezioni somatosensoriali, alle immagini e ad i pensieri che costituiscono tali vissuti emotivi; aumenterà, di conseguenza, la confusione nel definire un sentimento e nell'imparare a modularlo.

Il cibo diventa, così, l'ambito in cui il fanciullo può controllare il suo ambiente ed esprimere le proprie esigenze vitali. Quando i bambini rifiutano il cibo nello sforzo di rivendicare una maggior autonomia, alcune madri, incapaci di interpretare questi comportamenti correttamente, si sentono frustrate e conseguentemente rifiutano i loro bambini. Il rifiuto, provocando profondi sensi di colpa e d'inefficienza, le porta ad incrementare gli sforzi mercanteggiando con loro, supplicandoli, o cercando di distrarli. In ogni modo, a maggiori sforzi seguono maggiori resistenze, e quando questo modo di nutrire i bambini diventa sistematico, questi ultimi diventano più abili nell'attrarre l'attenzione rifiutando il cibo (Blanco et al., 2000). Tali dinamiche, espresse per lo più in un costante controllo sulla relazione, rendono le madri incapaci di riconoscere i tentativi dell'infante d'autoalimentarsi.

L'essere fuori sintonia reciproca conduce madre e bambino a sperimentare livelli di frustrazione e d'angoscia sempre maggiori (Reda, 2001). L'iperadeguatezza ed il perfezionismo permettono al bambino di anticipare e neutralizzare i temuti comportamenti intrusivi e disconfermanti da parte dei genitori, garantendo una protezione preventiva rispetto a possibili critiche o ad intense perturbazioni emotive. La famiglia in cui vige uno stile comunicativo caratterizzato dall'invischiamento non riesce a gestire il naturale cambiamento dei bisogni e della relazione che avvengono nel periodo adolescenziale; la comunicazione di bisogni e affetti viene costantemente elusa e si strutturano complesse strategie per l'evitamento dei conflitti familiari (Lattimore et al., 2000).

Frequentemente, le madri dei pazienti con DCA presentano un'organizzazione rigidamente basata sulla direttività e sulle disconferme, e strutturano relazioni incentrate su ripetuti tentativi d'intrusione, finalizzati al controllo d'ogni emozione e/o pensiero del figlio interferente con l'omeostasi familiare; agiscono queste intrusioni anticipando costantemente la definizione del mondo, tendendo a definire i sentimenti del figlio e cercando di sostituirsi ai

suoi sistemi di rappresentazione, aspettative e dialoghi interni. In una ricerca condotta da Pilleri e collaboratori (2001) su quattordici pazienti con DCA e sulle loro madri, lo stile invischiato-preoccupato (E) sembra caratterizzare le pazienti anoressiche e lo stile distanziante (Ds) le pazienti bulimiche; gli autori hanno messo in evidenza anche nelle madri una prevalenza delle stesse modalità nello stile d'attaccamento. I padri di questi pazienti presentano, abitualmente, atteggiamenti basati sull'evitamento delle responsabilizzazioni familiari e del coinvolgimento emotivo, si preoccupano dell'aspetto fisico, del rendimento scolastico o sportivo senza preoccuparsi degli stati emozionali, delle sensazioni e dei punti di vista del figlio; evitano in qualunque modo di approfondire i problemi e di intervenire in modo chiaro e definito rispetto alle richieste emotive che vengono loro proposte.

L'adolescente con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni non è in grado di riconoscere e gestire le proprie sensazioni, lo schema corporeo non viene rappresentato e percepito in modo coerente con le sensazioni emotive, che rimangono indefinite; il tentativo di inserirle in un sistema di significato, per poterle esplicitare a se e agli altri, provoca fluttuazioni insostenibili al momento di metterle a fuoco e di esprimerle, l'attenzione viene spostata sulla risposta dell'altro, con un'aspettativa d'incomprensione e di disconferma. Queste fluttuazioni provocano una sorta di disorganizzazione interna dei vari sistemi in collegamento tra loro nella strutturazione dell'organizzazione cognitiva. La spinta emotiva che avviene al momento dell'adolescenza permette, normalmente, di prendere consapevolezza dei propri stati interni e delle proprie caratteristiche emozionali; nei soggetti con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, invece, si consolida un deficit di base dell'autoconsapevolezza in cui i pattern semantici escludono o distorcono attivamente, seppur in modo inconsapevole, la traccia somatosensoriale dell'esperienza emozionale. In questi individui, la trama narrativa su cui si articola la rappresentazione di sé si contraddistingue per l'utilizzazione prevalente di dimensioni semantiche che caratterizzano la propria identità personale in termini di oscillazioni tra giudizio/noncuranza, conformità al ruolo/inadeguatezza, superiorità/inferiorità, volitività/arrendevolezza. Le emozioni prevalenti sono rappresentate da sentimenti di delusione/impotenza, mentre la descrizione delle proprie modalità relazionali si caratterizza per fluttuazioni tra temi di adeguamento/opposizione, stima/disistima, scelta/rifiuto, ribellione/evitamento dei conflitti (Di Pasquale e Rivolta, 2003). La narrativa emozionale risulta confusa: si rileva la necessità di adeguarsi all'altro significativo, ma contemporaneamente un forte bisogno/timore del giudizio ed una notevole mancanza d'autonomia. L'identità personale si struttura in pattern narrativi caratterizzati da un atteggiamento verso se stesso che oscilla tra il valore assoluto e la critica più spietata, e da un atteggiamento verso la realtà basato sull'ambiguità, in cui il mondo rappresenta la fonte delle possibili conferme sempre attese, ma anche delle possibili e temutissime delusioni. I rapporti con le persone significative sono vissuti in modo ambivalente con significati fluttuanti tra il deludere gli altri e il rimanere deluso dagli altri, evitando comunque di definirsi attraverso l'indefinitezza e la superficialità nella gestione delle relazioni interpersonali.

### ***LA NARRATIVA EMOZIONALE***

La narrativa emozionale rappresenta quella modalità personale che ciascuno di noi utilizza per caratterizzare la propria vita affettiva e connotare emotivamente se stessi e il mondo. Attraverso la costante azione d'assemblaggio e di riorganizzazione dei pattern narrativi e delle tonalità affettive loro connesse, ogni individuo riordina e riferisce a sé la propria esperienza emotiva all'interno del personale senso d'identità e d'unicità (Reda, 1996b).

Gli schemi emotivi e i ritmi psicofisiologici loro correlati sono le componenti basilari della natura specificatamente emozionale della coscienza dell'infante (Izard e Buechler, 1978; Izard 1979). Sulla base della qualità delle interazioni e degli scambi affettivi all'interno del-

la relazione d'attaccamento, le tonalità emozionali di base si trasformano, durante lo sviluppo, in tratti emotivi stabili. Attraverso la prevedibilità dei comportamenti genitoriali e gli scambi affettivi ritmici e regolari, il bambino focalizza le emozioni di base e il loro assemblarsi con percezioni, azioni e ricordi. La reciprocità emotiva madre-bambino rappresenta, perciò, la base su cui si articolano le configurazioni d'attaccamento stabili nel tempo, che vanno ad organizzare la medesimezza d'ogni individuo.

A prescindere dalla qualità dello scambio emotivo, risposte comprensibili e prevedibili alle richieste affettive del bambino favoriscono lo sviluppo di una narrativa emozionale polarizzata in maggior misura sull'interiorità, con un predominio, in questi individui, del senso della continuità (medesimezza). Allorché, viceversa, il genitore risponde in modo incoerente e confuso ai richiami del bambino, quest'ultimo sviluppa una scarsa capacità di discriminazione degli stati emotivi interni; prevale, in tal caso, una narrativa polarizzata sull'esteriorità, a causa di un'attivazione neurovegetativa indifferenziata, di volta in volta interpretata a dipendere sia dalle circostanze, sia dal significato condiviso dall'ambiente circostante. In ragione della minore demarcazione dall'esterno e del senso di confusione interiore, la narrativa emozionale di questi individui si orienta verso l'ipseità, attivando un senso d'instabilità interiore e frequenti variazioni nella percezione del senso di sé.

Il contesto familiare dei pazienti con DCA è caratterizzato da una scarsa o da una distorta comunicazione esplicita degli affetti: momenti di comprensione si alternano a momenti di distacco, e le relazioni parentali oscillano ricorsivamente tra la piena approvazione e le critiche spietate. Lo stile affettivo della famiglia determina, in questi individui, lo strutturarsi di modalità peculiari nella gestione dei rapporti affettivi: da un lato si assiste ad una ricerca esasperata di un sentimento sincero, che nelle fasi iniziali delle relazioni essi percepiscono nel partner, dall'altro è sempre presente l'aspettativa della delusione.

L'esperienza di delusione, da parte di una figura percepita prima come riferimento affettivo e poi, all'improvviso, inadeguata rispetto alle aspettative, attiva reazioni emozionali di sfiducia e di rabbia che, pur episodiche e transitorie, sono ricorrenti. Per loro, l'amore costituisce una fondamentale opportunità d'approvazione personale e, per questo, l'ambito in cui si riversano le più penose apprensioni di delusione.

Queste caratteristiche si presentano, in modo più o meno intenso e disturbante, sia nelle fasi di compenso che in quelle di scompenso clinico e si esprimono attraverso atteggiamenti e comportamenti tipici messi in atto nella costruzione, nel mantenimento e nella rottura dei rapporti affettivi. Al fine di confermare, anche se inconsapevolmente, le proprie ineluttabili aspettative di delusione, solitamente sviluppano un interesse per oggetti d'amore impossibili o geograficamente lontani, e generalmente valutati in termini di fama, di successo sociale e/o sicurezza personale.

Le relazioni sono contraddistinte dall'angosciosa ricerca di certezza assoluta di fedeltà del partner e di sicurezza affettiva, al fine di neutralizzare le attese di delusione; la solidità del rapporto deve essere costantemente rafforzata attraverso un'assidua richiesta di rassicurazioni e una serie di continue messe alla prova, rivolte a confermare le aspettative di comprensione, fiducia e sincerità. L'ossessiva ricerca di rassicurazioni e le assidue messe alla prova nei confronti del partner, se da un lato forniscono sicurezza e approvazione, dall'altro finiscono per logorare il rapporto affettivo, generando situazioni di profondo conflitto e di rifiuto. Viene esercitato un persistente e costante controllo mentale ed emotivo sul partner: bisogna essere sicuri di quello che l'altro prova e pensa nei propri confronti, poiché al suo giudizio è connessa la definizione della propria identità personale (Amoni e Caridi, 1982).

Il rapporto sessuale fornisce intense emozioni stabilizzanti il senso di sé positivo, ma nello stesso tempo è vissuto frequentemente come fonte di pericoloso coinvolgimento; il rischio

viene evitato attraverso la selezione di partner sessuali poco interessanti, con la conseguenza di impedire che si configurino condizioni che potrebbero portare al sospirato ma temutissimo innamoramento. L'intimità, spesso, non è sperimentata in modo spontaneo e piacevole, ma viene sentita con disinteresse e noia (Reda, 2001).

La percezione di un rapporto affettivo conflittuale e disconfermante provoca una fortissima delusione rispetto alle aspettative massimali d'amore e comprensione. Il tema della delusione, una volta attivato, può essere integrato nella propria narrativa emozionale attraverso due diverse articolazioni di significati: nel caso d'attribuzione causale interna, verranno confermate le previsioni rispetto alla propria scarsa amabilità, con una prevalenza di sentimenti d'inadeguatezza ed incapacità ed atteggiamenti di rassegnazione e rinuncia; nel caso d'attribuzione causale esterna, saranno invece gli altri ad essere deludenti ed inadeguati, con sentimenti di frustrazione e rabbia agiti attraverso la critica e la svalutazione del partner.

L'esclusione o la marginalizzazione degli aspetti emozionali nell'esperienza personale viene operata attraverso una complessa articolazione di trame narrative che oscillano ricorsivamente tra l'iperidealizzazione e la svalutazione di sé e dell'altro; queste tracce semantiche hanno lo scopo di modulare preventivamente le emozioni negative che si determinano nelle situazioni di confronto con gli altri significativi.

La mancata integrazione tra sensazioni e significati implica, da un punto di vista neurovegetativo, l'incapacità di un'efficace identificazione e regolazione delle emozioni quando queste vengono attivate. Nelle valutazioni psicofisiologiche dei soggetti con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni si manifestano, sia nelle fasi di compenso sia in quelle di scompenso sintomatologico, particolari difficoltà a dare consistenza precisa alle sensazioni corporee come, per esempio, quelle di fame e sazietà, quelle sessuali, il riconoscimento della fatica fisica e del dolore e le alterazioni della temperatura non correlate alle condizioni ambientali.

Alcuni studi sulle modalità d'organizzazione psicofisiologica dei soggetti affetti da DCA (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) spiegano le disfunzioni nei processi d'integrazione somatopsichica, ed evidenziano particolari pattern di correlazione fra attività muscolo-espressiva e risposte autonome. Durante le sedute di registrazione poligrafica, questi pazienti non riescono a modificare il tono muscolare, manifestando una notevole difficoltà di "comunicazione mentale con la propria immagine corporea". Sono incapaci di modulare finemente il tono muscolare salvo che non vengano loro manipolate o stimolate le masse muscolari; la stimolazione dei distretti muscolari migliora le capacità di discriminazione percettiva e facilita in loro il controllo somatico. Nei pazienti con anoressia è stata notata una reazione d'allarme ai primi tentativi di rilassamento muscolare, a conferma del loro implicito rifiuto a lasciarsi andare in qualsiasi situazione; è stata anche osservata una correlazione diretta fra la conduttanza cutanea e la temperatura periferica (alla diminuzione del tono muscolare e della conduttanza, diminuisce la temperatura). Tale risposta paradossale indica un allarme somatico alla diminuzione di vigilanza. Nei pazienti con bulimia od obesità si verifica una mancanza di qualsiasi correlazione dei parametri psicofisiologici, che sembra indicare una sorta d'implicita rinuncia, rassegnazione e disimpegno; in tale gruppo appare notevolmente ridotta, rispetto ai pazienti anoressici, l'ampiezza delle risposte autonome.

Dal punto di vista psicofisiologico, l'elemento caratteristico è rappresentato dall'assenza di correlazione tra espressione somatica (misurata attraverso il potenziale elettromiografico, EMG) e parametri neurovegetativi (conduttanza cutanea, GSR; frequenza cardiaca, HR; temperatura periferica, TEMP), con la presenza di rilevanti fluttuazioni nell'attivazione neurovegetativa (GSR, HR, TEMP) a cui non corrisponde una significativa variazione della ri-

sposta corporea (EMG). Poiché alle oscillazioni rapide e ampie delle risposte autonome non si verifica nessuna variazione nell'attività muscolare, questo fenomeno autorizza ad ipotizzare, nei pazienti monitorizzati, una disconnessione tra percezioni viscerali e risposte muscolo-espressive.

La mancata integrazione fra attività autonoma e componenti muscolo-espressive, e la confusa percezione del proprio corpo spiegano le alterazioni sensoriali che questi individui sviluppano abitualmente. Per esempio, mostrano difficoltà nel distinguere tra stimoli di fame e sazietà, hanno una soglia alterata alla fatica (bassa nel caso d'obesità e alta in quello d'anoressia) e frequentemente mostrano alterazioni sensoriali nella soglia al dolore (sensibilità ridotta o eccessiva, anestesie) e nella sfera sessuale (difficoltà nella fase d'eccitazione e anorgasmia). L'alta soglia al dolore contribuisce alla formazione di comportamenti autolesivi; i pazienti anoressici, infatti, vanno incontro spesso a forme d'aggressività autodiretta procurandosi volontariamente ferite, ustioni e contusioni autoinferte. L'alta soglia alla fatica spiega la loro iperattività fisica, condizione che contrasta sorprendentemente con il deperimento fisico. È frequente che compiano esercizi fisici aerobici per diverse ore ogni giorno, come marcia, nuoto, bicicletta, o che corrano per chilometri, o si dedichino alla danza, alla ginnastica, alla palestra, così da scongiurare il minimo aumento di peso. L'ambigua e vaga percezione che essi hanno del corpo fa capire il rapporto dell'anoressia con la dismorfofobia, ambito che costituisce un terreno oggetto di varie interpretazioni. È da segnalare innanzitutto il disturbo della percezione delle proporzioni corporee, tipico della malattia e criterio diagnostico necessario. La presenza di un diverso tema da dismorfismo corporeo (riguardante la pelle, i capelli, la peluria) o di una non corretta valutazione di una parte del proprio corpo (l'addome, i fianchi, i glutei, gli arti inferiori) percepita come deforme o come troppo grande, è più tipica delle forme bulimiche.

Dallo studio delle modificazioni dei parametri psicofisiologici, registrati successivamente alla remissione della sintomatologia clinica, è emerso che i pazienti monitorizzati, pur non modificando significativamente la morfologia degli assemblaggi autonomi, mostrano una maggior flessibilità nelle risposte agli stimoli e un più rapido recupero agli eventi stressanti (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001). Da un punto di vista psicofisiologico, la stabilità o la "normalità" sembra caratterizzata da modalità individuali flessibili nella sincronizzazione dei ritmi periodici emozionali con le componenti espressivo-motorie; il cambiamento terapeutico nei pazienti esaminati è denotato in una maggiore stabilità nelle correlazioni (ad indicare una miglior capacità percettiva ed espressiva) e in una ridotta latenza dei tempi di recupero agli stimoli attivanti (ad indicare una maggiore flessibilità dei pattern autonomi). La capacità di assimilare le perturbazioni fornisce il grado d'articolazione del sistema e la misura delle sue capacità di cambiamento e riorganizzazione attraverso il susseguirsi di una serie d'equilibri instabili. In quest'ottica, negli stati di scompenso, la capacità d'assimilazione dell'organizzazione, consentita dalla flessibilità delle sue risposte, è ridotta e un gran numero di vincoli e di ritmi tendono ad irrigidirsi.

Dai dati emersi nelle ricerche riportate (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) e in un'ottica costruttivista (Guidano, 1988, 1992), normalità, nevrosi e psicosi sembrerebbero proporsi come un unico continuum con dimensioni dinamiche e mutevoli i cui confini sono spesso indistinguibili. All'interno di questo spazio pluridimensionale, "la normalità" sembra essere caratterizzata da una maggiore flessibilità e generatività dei vincoli psicofisiologici con cui un'organizzazione di significato assimila e smorza le perturbazioni interne ed esterne, articolando in tal modo la propria direzionalità ortogenetica nel corso del ciclo di vita. Se un'organizzazione, durante la propria storia di sviluppo, irrigidisce tali vincoli, con conseguente insufficiente articolazione della dimensione concretezza-astrazione, può evolvere verso una "dimensione nevrotica", mentre se, al-

la rigidità dei ritmi psicofisiologici e al limite rappresentato da un'elaborazione troppo concreta delle informazioni, si aggiunge un incremento di disorganizzazione nell'integrazione delle risposte psicofisiologiche con interferenze, più o meno intense, sulle capacità autointegranti del Sé, l'individuo tende a slittare verso una "dimensione psicotica".

Il bisogno innato di regolarità sembra tradursi nella formazione di un nucleo di stabilità della modulazione dei ritmi psicofisiologici e nella loro percezione, stabilità necessaria alla costruzione dell'immagine corporea e del senso di sé. Il programma biologico innato sembra modularsi in base alle modalità d'interazione affettiva e produrre dei sottoprogrammi individuali. I dati emersi negli studi citati (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001) sembrano dimostrare che la flessibilità individuale dei vincoli autonomici gioca un ruolo importante nella regolazione delle emozioni e nella costruzione di una narrativa flessibile. Gli individui con uno stile affettivo rigido mostrano difficoltà a modulare l'intensità delle emozioni sgradevoli una volta innescate e tendono a manifestare una maggiore reattività agli eventi stressanti. Le differenze osservate sono concettualizzabili come una diatesi che regola la reattività agli eventi emotigeni significativi e che altera la personale vulnerabilità allo sviluppo della psicopatologia.

### ***GLI SCOMPENSI PSICOPATOLOGICI***

L'incidenza dei Disturbi del Comportamento Alimentare ha la sua massima espressione nella popolazione femminile in età adolescenziale e post-adolescenziale, ma l'organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni è altrettanto frequente nel sesso maschile, sebbene si manifesti in situazioni di scompenso con modalità differenziate. I sintomi alimentari tendono a manifestarsi da soli o in associazione con altri disturbi (Callieri, 1996, Iwasaki et al., 2000) in un continuum clinico che varia da forme lievi fino a forme psicotiche (Montecchi, 1996); in alcuni individui, lo scompenso si presenta con una diversa espressività della sintomatologia, che può variare dai disturbi d'ansia e dello spettro ossessivo-compulsivo a quelli dell'umore, dai disturbi somatoformi a quelli correlati all'abuso di sostanze e al discontrollo degli impulsi, ai disturbi della condotta, a quelli psicosessuali, fino a quadri francamente schizofrenici e dissociativi (Nardi, 2001).

Le peculiarità premorbose dei pazienti con DCA sono in genere simili: bambini o adolescenti timidi, remissivi, ubbidienti, perfezionisti e competitivi; coscienti e tesi ad ottenere il massimo da ogni prestazione, hanno un rendimento scolastico spesso superiore alla media. Alle volte, si rilevano, al contrario, caratteristiche temperamentali di maggiore estroversione, con modalità comportamentali di tipo oppositivo e con propensione alla competizione.

All'origine di questo tipo di costruzione di sé è un attaccamento in cui è presente un'inattendibilità o un'ambiguità della figura di riferimento, nel quale si produce uno scambio emotivo che non consente la discriminazione degli stati interni, se non in termini di un generico arousal emotivo. L'organizzazione del dominio emotivo è centrata, pertanto, su emozioni "cognitive" in genere selezionate in sintonia con quelle genitoriali. Anche il comportamento viene di volta in volta adattato al mutare dei contesti e delle persone di riferimento, con conseguenti ansia e imbarazzo. Soprattutto se i genitori hanno avuto e mantengono un atteggiamento di conferma del valore del figlio, con l'adolescenza è possibile che si crei un modello integrato e internalizzato delle aspettative esterne, e che l'identità si mantenga sufficientemente costante e differenziata dalla fonte di riferimento esterna. Nel caso contrario, l'identità si sviluppa con contorni vaghi e fluttua secondo la corrispondenza ai diversi contesti, con un netto sbilanciamento a favore dell'ipseità. In tal caso la demarcazione dall'altro, sempre avvertito come invadente e giudicante, si realizza attraverso modalità attivamente oppositive o passivamente aggressive (Arciero, 2002). Nell'organiz-

zazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, poiché l'identità è definita su di un'alterità, prevalgono i temi d'autonomia, di capacità prestazionale, d'accettazione da parte dell'altro, d'affettività e d'esteriorità; questi temi sono presenti in varie forme, da quelle più concrete e sintomatiche, a quelle più astratte e creative.

Le peculiarità "outward" permettono di comprendere meglio in che modo un'esperienza destabilizzante possa condurre ad un cambiamento patologico dell'identità narrativa e quali siano le particolari modalità di tale trasformazione. La conoscenza di sé e l'individuazione delle proprie percezioni, emozioni e opinioni avvengono attraverso l'adesione al mondo di un altro significativo (Guidano 1988, 1992). Nelle forme più rigide e concrete, qualsiasi fonte esterna può essere utilizzata per definire uno stato interno (per esempio, è sufficiente constatare che la bilancia segnala qualche grammo in più per "sentirsi grassi"), e la propria esistenza deve essere accreditata dalla relazione con una persona significativa. La percezione di non corrispondenza alle aspettative esterne genera un senso d'inadeguatezza e si accompagna ad emozioni di colpa e di vergogna, mentre all'assenza dell'altro significativo corrisponde un senso di vuoto, di disgregazione e di frammentazione. In un'esperienza di solitudine risulta estremamente difficile mantenere stabile l'identità e una condizione d'autonomia può comportare un senso d'inaffidabilità personale, spesso risolto col tentativo di conformarsi ad un criterio ideale di riferimento al prezzo di un senso di non autenticità e di non spontaneità. Di contro, la dipendenza da un'alterità per la definizione di sé fa sì che la presenza della persona di riferimento venga percepita come intrusiva, con conseguente senso di non protagonismo, d'incapacità, d'annullamento. Tali sensazioni sono spesso regolate adottando un atteggiamento oppositivo verso la persona di riferimento, atteggiamento che permette di sentirsi demarcati pur rimanendo legati.

Negli individui con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, generalmente, le situazioni di scompenso si determinano in seguito a sensazioni pervasive spiacevoli attivate nei contesti di reciprocità che implicano un giudizio su di sé. I sentimenti intensi d'inadeguatezza, incapacità, inconsistenza personale che emergono nelle interazioni sociali e affettive vengono modulati, attraverso una modificazione della propria immagine corporea. In alcuni individui, questa prassi si concretizza in un controllo esasperato del proprio corpo e in un'ossessiva ricerca di un'immagine esteriore perfetta, sia nella forma fisica sia nelle facoltà intellettuali. Le strategie attuate comportano il dominio delle oscillazioni biologiche di fame/sazietà e fatica/riposo e la ricerca di continue conferme sulla propria competenza e sul potere di controllo dei bisogni del proprio corpo. La distorsione dell'immagine corporea annulla la discrepanza cognitiva tra un modello di bellezza esteriore ed una propria corporeità che si caratterizza nella realtà per l'estrema emaciazione e consunzione. In altri individui prevalgono aspetti relativi alla propria incapacità di controllo. In tal caso il quadro psicopatologico è dominato da passività e discontrollo dei propri impulsi con comportamenti compulsivi e sregolati. Un corpo brutto e inaccettabile rappresenta il tentativo di circoscrivere la propria esperienza di negatività ed incapacità ad aspetti esteriori: l'eventuale rifiuto da parte degli altri viene così relativizzato ai soli aspetti estetici, ed esibire un corpo brutto facilita il mantenimento di un senso di sé accettabile. L'esperienza di rifiuto, di delusione o di disconferma viene ricondotta alla propria inaccettabilità estetica piuttosto che all'incapacità di essere amato ed approvato (Guidano, 1992). Il sintomo alimentare rappresenta talvolta l'unica modalità possibile per stabilizzare un'identità che si definisce esclusivamente attraverso riferimenti esterni; il diverso grado di coerenza e d'organizzazione della propria identità personale differenziano l'espressività clinica (Liotti. 2001).

Un'emozione particolarmente intensa o discrepante, rispetto alla coerenza della trama del proprio racconto biografico, può costituire l'evento che rende necessario un cambiamento dell'identità narrativa. Quando l'esperienza emotiva destabilizzante non viene articolata e

integrata nel senso di sé, si sviluppa un quadro psicopatologico caratterizzato da un senso di discontinuità o dalla perdita del senso di coesione; si verifica, di conseguenza, che le connessioni tematiche e causali, create idiosincraticamente, non possono mantenere un senso condivisibile e congruente con l'interiorità. La formazione e l'interruzione dei legami affettivi rappresentano un settore particolarmente critico in cui facilmente si determinano intense fluttuazioni e scompensi emotivi (Bowlby, 1990). Variazioni in un rapporto interpersonale particolarmente rilevante, sia nella fase della sua costituzione, ovvero al momento di impegnarsi affettivamente definendosi, sia nei periodi di crisi di rapporti di lunga durata, nei quali si manifestano oscillazioni tra il senso d'impotenza per l'impossibilità di porre fine alla relazione e la paura dell'abbandono, innescano oscillazioni critiche nel senso d'identità personale.

Altrettanto perturbanti risultano le situazioni di confronto interpersonale e la possibilità di incorrere in disconferme o giudizi negativi. Si osserva la tendenza ad evitare accuratamente situazioni in cui ci si deve confrontare con persone che sono percepite come giudicanti; d'altro canto la necessità di dover essere definiti dall'esterno spinge alla ricerca continua d'approvazione da parte di persone più sicure o di successo. Generalmente le relazioni interpersonali sono gestite con atteggiamenti superficiali ed ambigui, esprimendosi per luoghi comuni ed uniformandosi ai diversi interlocutori nel momento di esprimere opinioni o di prendere decisioni. Nel momento in cui le strategie d'evitamento falliscono e ci si deve esporre in pubblico, vi è la tendenza a mettere alla prova e a tenere sotto controllo le persone significative, alla continua ricerca di segnali d'approvazione o disapprovazione, e le temute disconferme sono neutralizzate attraverso atteggiamenti con cui evitare di definirsi, come, per esempio, quello del "goffo pasticcione" (Berne, 1972).

Tranne che nei casi in cui l'alterità è rappresentata da un modello ideale, integrato e internalizzato, il "personaggio" tende a adattarsi di volta in volta alle circostanze, con una caratteristica volubilità. Il cambiamento e lo scompenso si presentano in genere come rapidi, superficiali, instabili. A volte il cambiamento è reso necessario da un'emozione incontrollabile, altre volte è indotto da una rilevante variazione del contesto di riferimento, quale l'inizio o la fine di una relazione affettiva, un cambiamento d'ambiente di lavoro, di studio o d'amicizie, una variazione di status o di ruolo. In ogni caso, perché un cambiamento si possa attuare senza discontinuità psicopatologiche, aggiornando il racconto autobiografico senza brusche e incomprensibili interruzioni, è necessario cambiare il riferimento esterno e quindi avviare una nuova lettura di sé. Proprio per la sua natura, questa svolta è in genere instabile e improvvisa, e determina un repentino mutamento del racconto in base al quale si vengono a modificare o a gestire gli stati interni.

## ***LA PSICOTERAPIA DEI DCA***

Spesso si rimane stupiti dalle emozioni e dai sentimenti contrastanti e ambigui che, spesso, connotano il modo con cui gli esseri umani avvertono i propri cambiamenti, stati emotivi suscitati inoltre dall'aumento di complessità nella conoscenza di sé cui si va incontro, ineluttabilmente, nel corso del proprio ciclo di vita. Conoscersi, in realtà, significa fondamentalmente essere in grado di governare l'effetto delle oscillazioni emozionali legate sia ai momenti di crisi esistenziale sia agli scompensi psicopatologici, come pure essere sé stessi di fronte alla crescente consapevolezza con cui sono percepiti alcuni ineluttabili temi esistenziali, quali l'irreversibilità del tempo e la limitatezza della propria esistenza. Ne consegue l'attivazione di emozioni complesse (ambiguità, sensazioni di vuoto, senso dell'assurdo, ecc.) che, pur non facendo parte dei manuali diagnostici ufficiali, sono ingredienti essenziali dell'esperienza umana. È di fondamentale importanza per il terapeuta ricondurre quello che il paziente avverte come un sintomo che limita la sua vita ad un tema di fon-

do della sua prassi del vivere; il sintomo è, perciò, ritenuto una parte integrante di quella tensione essenziale con cui il paziente cerca continuamente di spiegarsi il suo sentirsi vivere e che lo spinge sempre ad andare oltre l'orizzonte immediato della sua esperienza personale. Così, piuttosto che liquidare sommariamente il sintomo come una risposta "irrazionale" e patologica, abbandonando il paziente solo con la sua angoscia, il terapeuta dovrà dividerla e parteciparvi: migliorando la qualità del rapporto emotivo con il paziente, egli sarà in grado di comunicargli implicitamente che la solidarietà e la reciprocità affettiva tra umani sono un modo per poter coesistere con i dilemmi e i drammi della nostra esistenza.

D'altra parte, se si tiene conto che la nostra esistenza si svolge entro una dimensione intersoggettiva e che, di conseguenza, possiamo conoscerci solo in relazione agli altri, appare chiara la centralità che l'affettività ha nell'esperienza umana. Dato che l'andamento dei rapporti di attaccamento regola, fin dall'inizio della vita umana, l'intensità e la qualità delle altre emozioni (paura, rabbia ecc.) che, a loro volta, modulano le dinamiche di avvicinamento/evitamento, l'affettività diventa l'"organizzatore" centrale dell'esperienza di sé che il soggetto ha e delle modalità di autoriferirsi (amabilità, autostima ecc.); inoltre, data la funzione regolatoria che l'immagine di un altro significativo esercita sui pattern di percezione di sé in corso, l'affettività mantiene il suo ruolo centrale lungo l'intero arco di vita, modulando la rilevanza degli eventi di vita e innescando periodi critici in grado di avviare ri-organizzazioni dell'esperienza personale.

Pertanto, sia la natura ontologica del conoscere sia il ruolo centrale esercitato dall'affettività dovrebbero entrare a far parte di una metodologia costruttivista volta a ricomporre lo sviluppo di pattern differenti di dimensioni di significato (Organizzazioni di Significato Personale). Da un punto di vista ontologico, giacché la prassi umana di "essere nel mondo" è cercare e creare significato (Smith, 1978a, 1985), diventa possibile, all'interno della dimensione intersoggettiva, identificare differenti organizzazioni di significato personale allo stesso modo in cui è realizzabile individuare diverse tipologie fisiche nell'invarianza morfologica del corpo umano. L'approccio ontologico alla personalità e alla psicopatologia conduce ad una "scienza del significato personale" che, con una relativa grammatica di composizione e ricombinazione, consente di ordinare i pattern di coerenza che gli esseri umani esibiscono nella loro ricerca di significato. Tutto ciò non corrisponde per niente ad un altro modo di catalogare il paziente in un'"etichetta diagnostica" statica, come nella nosografia descrittiva del DSM-IV o negli elenchi di convinzioni critiche ritenute specifiche dell'ansia, della depressione ecc. Al contrario, l'adesione ad un modello costruttivista, rendendo il terapeuta meno vincolato ai problemi del momento, gli consente di utilizzarli per avviare la costruzione di nuovi livelli di comprensione, permettendo così ai processi autorganizzativi propri del paziente di influenzare sempre più la strategia terapeutica.

Nelle pagine che seguono, cercheremo di esemplificare come una psicoterapia possa essere non persuasiva e non vincolata all'ottenimento di un maggior autocontrollo nella situazione contingente, nella misura in cui costruisca una strategia d'intervento sulla base di un modello teorico più complesso del funzionamento umano. Riteniamo, perciò, utile soffermarci in particolare su alcuni aspetti fondamentali. La prospettiva presentata non è una tecnica, ma una strategia la cui efficacia terapeutica si basa su un principio esplicativo del funzionamento umano, vale a dire che l'incremento della flessibilità nell'assumere alternativamente diversi punti di vista su di sé va in parallelo ad un incremento del livello di complessità nella consapevolezza di sé connesso ad un riconoscimento e ad una decodifica dell'esperienza immediata più adeguati (Lane e Schwartz, 1987; Linville, 1985, 1987; Markus e Nurius, 1986; Rosenberg e Gara, 1985)

A parte l'esposizione di qualche aspetto essenziale del metodo di autosservazione, non riteniamo opportuno illustrare "tecniche" riguardo alla dimostrazione dei principi basilari, né riguardo al procedimento seguito per guidare il paziente nel corso dell'intervento. Tutto ciò, oltre ad essere scarsamente utile, potrebbe dare l'impressione forviante di trovarsi di fronte ad un ennesimo set di tecniche terapeutiche di cui dover verificare l'efficacia. Un terapeuta costruttivista non considera l'aver modificato il punto di vista che il paziente ha su di sé e sul mondo semplicemente come l'esito di una scelta "giusta" tra le possibili tecniche specifiche; al contrario, il terapeuta è libero di usare tutte quelle tecniche, siano esse già esistenti o da ideare volta per volta, che gli permettano di procedere lungo la strategia intesa ad aumentare la flessibilità del paziente. In altre parole, come ha efficacemente precisato Mahoney (1981) oltre vent'anni fa, le tecniche sono metodi ritualizzati di comunicazione che acquisiscono significati differenti in relazione al loro contesto. Se si guarda alla ricerca di tecniche sempre più efficaci, come una ad una ricerca per identificare messaggi più potenti, si corre il rischio di confondere il messaggero col messaggio. L'essenza di quest'ultimo argomento è che le tecniche dovrebbero più convenientemente essere concepite come mezzi che contribuiscono a realizzare un obiettivo di più ampia portata; esse offrono una valida assistenza per la strutturazione e la comunicazione di alcuni messaggi terapeutici, ma non dovrebbero essere confuse con questi.

L'approccio terapeutico costruttivista considera anoressia, bulimia e obesità psicogena situate lungo un unico continuum, dal momento che tali disturbi presentano nella maggior parte dei casi un'eziologia essenzialmente simile. Il considerare il sintomo come un'attiva strategia del paziente per dare significato e coerenza alla propria esistenza permette, passando dal piano del comportamento alimentare a quello dell'identità personale, di privilegiare temi legati alla costruzione del Sé.

A causa dell'età d'esordio di queste patologie, nella maggior parte dei pazienti durante l'adolescenza e la prima giovinezza, si rende necessario porre particolare attenzione alla relazione esistente tra il tipo di struttura familiare e il processo attraverso il quale si è costruita l'identità del paziente, nonché al ruolo della famiglia nella formazione e nel mantenimento dello scompenso alimentare. In linea di massima, la strategia psicoterapeutica con i pazienti con DCA non si differenzia sostanzialmente da quella proposta nel modello costruttivista per le altre organizzazioni di significato personale e relativi scompensi (Guidano, 1988, 1992; Reda, 2001; Arciero, 2002). Tuttavia, malgrado non esista un trattamento specifico per questi pazienti, non vanno tralasciati alcuni aspetti tipici di queste personalità.

## **La Costruzione del Setting Interpersonale**

Per impostare una strategia di tipo costruttivista, risulta basilare la realizzazione sia di un contesto emotivo adeguato sia di un'appropriata scansione temporale. La costruzione di un setting interpersonale dotato di un livello appropriato di coinvolgimento emotivo dipende fondamentalmente da quanto il terapeuta è disposto a rinunciare al ruolo di garante di "oggettività" in grado di poter fornire ad ogni domanda del paziente la risposta giusta e risolutiva. Un tale atteggiamento pedagogico è abituale anche nei terapeuti che utilizzano metodi non persuasivi, dal momento che la limitazione del coinvolgimento emotivo fa sentire il terapeuta più tutelato, in quanto *"... la pretesa di comprendere l'altro in anticipo adempie la funzione di mantenere a distanza le istanze dell'altro. Questo ci è familiare dalla relazione educativa, una forma autoritaria di servizio sociale ..."* (Gadamer, 1960).

L'andamento del processo terapeutico risulta del tutto differente non appena il terapeuta abbandona il ruolo dell'osservatore esterno e obiettivo, accettando che ogni conoscenza è intrinsecamente "partecipatoria" e basata sulla negoziazione reciproca di un accordo mu-

tuo, piuttosto che su una semplice trasmissione di informazioni. Da un lato sarà inevitabilmente più coinvolto nella costruzione del setting terapeutico, dall'altro diventerà progressivamente più consapevole dell'influenza che i propri stati emotivi esercitano sulla relazione e il suo andamento. In altre parole, il terapeuta è costretto ad un'attenta valutazione delle proprie oscillazioni emotive, che accompagnano la sua percezione del problema presentato dal paziente e ne modulano la comprensione. D'altro canto, tali oscillazioni, sebbene innescate dall'interazione col paziente, informano non soltanto sul funzionamento di quest'ultimo ma piuttosto su quello del terapeuta stesso. Quando il terapeuta, rinunciando al ruolo di "garante di oggettività", entra nel gioco dell'autoreferenzialità, allora dietro ogni ordine che percepisce non può non cogliere il contorno della propria immagine; ciò, oltre all'incremento della consapevolezza di sé, accresce il coinvolgimento del terapeuta nella relazione.

Una strategia di tipo costruttivista non ha un andamento lineare, ma piuttosto è un processo discontinuo nel suo ascendere a livelli di ordinamento dell'esperienza via via più strutturati e integrati e quindi, perché risulti efficace, è indispensabile che essa si svolga secondo un adeguato "*tempismo*"; prima di procedere alla costruzione di nuovi livelli di autosservazione e di auto-ordinamento, il terapeuta deve essersi assicurato che il paziente abbia raggiunto stabilmente il livello immediatamente precedente. Prendiamo, per esempio, anche se lo stesso discorso vale per tutte le fasi, la storia di sviluppo: la variabile cruciale che permette all'analisi della storia passata di innescare un livello significativo di riordinamento è l'abilità del paziente di focalizzare il passato partendo da nuovi livelli di autoriferimento e valutazione di sé, caratterizzati da una maggiore consapevolezza del proprio funzionamento. Se non si potesse far leva sul fatto che il paziente già possiede un altro punto di vista su di sé, più che ad una ricostruzione dell'itinerario di sviluppo, si arriverebbe solo ad una sorta di "resoconto biografico", non solo inutile ma anche dannoso, perché finirebbe inevitabilmente col confermare la versione abituale con cui il paziente vede il proprio passato.

Un'attenta valutazione clinica permette di stabilire la gravità della sintomatologia, la fase del ciclo di vita in cui si trova il paziente e il rapporto di questa con l'insorgenza dei disturbi alimentari. È utile, per la progettazione dell'intervento, sapere se il paziente presenta caratteri di cronicità, se si trova nella fase iniziale ed euforica del digiuno, se riesce a mantenere un sottopeso stabile, se i tratti bulimici sottostanno ad un'oscillazione di peso significativo e così via. La valutazione delle condizioni fisiche fornisce alcune utili indicazioni circa l'opportunità o meno di avviare una psicoterapia. È sconsigliabile, però, approfondire particolareggiatamente le abitudini alimentari dal momento che ciò sarebbe vissuto come intrusivo innescando atteggiamenti oppositivi soprattutto da parte dei pazienti con anoressia. Spesso è anche necessario fornire un sostegno alla famiglia o un supporto terapeutico vero e proprio, a volte parallelo, ma mai sostitutivo di quello individuale.

Negli individui con organizzazione tipo Disturbi Alimentari Psicogeni la stretta correlazione tra situazioni di reciprocità e scompensi si riflette nelle fasi di formazione e di gestione della relazione terapeutica. I primi incontri sono cruciali e decisivi giacché, nelle fasi iniziali, si gioca la possibilità di stabilire un rapporto di collaborazione e di fiducia. La diffidenza e la reticenza dell'anoressico che sente minacciata l'esigenza di salvaguardare la propria autonomia, così come la sfiducia e il sentimento d'inadeguatezza del bulimico che avverte il proprio disturbo con sentimenti di rabbia e di sconforto, possono essere all'origine di un abbandono precoce della terapia. Sin dalle prime sedute, è di fondamentale importanza instaurare una relazione al cui interno la definizione dei ruoli sia chiara, ciò al fine di costruire una reciprocità stabile e definita. Attraverso la comprensione e il coinvolgimento re-

ciproci, paziente e terapeuta stabiliscono un'armonica comunicazione affettiva che facilita la comprensione dello scompenso emotivo in corso (Reda, 2001).

È indispensabile prestare una particolare attenzione alla gestione della relazione terapeutica in considerazione della peculiare sensibilità di questi pazienti al giudizio dell'altro e della loro spiccata tendenza a compiacere le aspettative altrui. Da parte del terapeuta va posta la massima cura nell'evitare commenti e valutazioni personali anche e soprattutto se richieste. Giova ricordare che le aspettative massimali riposte da questi pazienti sulla terapia e sul terapeuta, a causa della loro irrealizzabilità, aumentano la probabilità che essi vengano facilmente delusi ("...tutti gli altri terapeuti mi hanno sempre deluso...lei, dottore, non mi deluderà mai...") e abbandonino il trattamento. Vanno, perciò, evitati contratti terapeutici finalizzati alla modificazione del peso corporeo; tali accordi, vincolando il terapeuta ad una meta che è sotto l'assoluto controllo del paziente, aumentano la possibilità d'insuccesso. Fissare obiettivi legati all'alimentazione può fuorviare dal percorso terapeutico impedendo l'analisi e la comprensione, da parte del paziente, del reale significato dei sintomi alimentari che, in quel momento, rappresentano la migliore strategia che egli ha strutturato nel suo contesto relazionale familiare e sociale per far fronte ad una sensazione inconsistente e vaga di sé.

Il terapeuta deve riconoscere e regolare le proprie tonalità affettive, modulando in seduta le esperienze di rabbia, noia, frustrazione, interesse verso il paziente, consapevole del proprio stile di protezione ed accudimento. Deve essere in grado di "entrare ed uscire" dalla relazione in modo da non trovarsi mai completamente distaccato o coinvolto, gestendo la propria e l'altrui emotività in modo da poter operare perturbazioni strategicamente orientate che indirizzino il paziente al cambiamento. Nelle sedute iniziali la percezione da parte del paziente di un terapeuta accogliente, non intrusivo e non giudicante facilita i processi d'apertura e di condivisione delle proprie esperienze (Reda, 1992, 2001).

La relazione terapeutica ha come presupposto una reciprocità affettiva in cui vengano rispettate le caratteristiche individuali; instaurare un rapporto di reciprocità significa condividere l'emotività disturbata del paziente attraverso una mutua comprensione e un comune coinvolgimento. In tal modo, paziente e terapeuta si pongono in uno stato di comunicazione affettiva che facilita la comprensione e la modulazione dello scompenso emotivo in corso.

Il terapeuta assume la valenza di "base sicura" non in quanto sempre sereno, comprensivo e rassicurante, ma in quanto pronto a vivere spontaneamente e a negoziare i propri vissuti emotivi con il paziente. Per il terapeuta entrare in reciprocità con il paziente significa riuscire a condividere le modalità di scompenso emotivo senza assumere il ruolo di maestro di vita, consolatore o guida spirituale.

La percezione, in particolare da parte del paziente con disturbi alimentari, di un terapeuta intrusivo e/o giudicante riduce la possibilità di una reale comunicazione affettiva, orientando il paziente verso verbalizzazioni e comportamenti volti all'ottenimento di conferme e approvazione.

Il processo di condivisione emotiva implementa inizialmente le possibilità di apertura "disclosure" (Pennebaker, 1989) del paziente verso il terapeuta ed in seguito favorisce, nel paziente, una maggiore capacità di condivisione sociale "social sharing" delle proprie esperienze emotive (Philipipot e Rimé, 1988).

Una reciprocità stabile con il terapeuta facilita nel paziente il riordinamento del nuovo bagaglio di conoscenza personale in un nuovo sistema esplicativo: il comportamento alimentare disregolato non viene più percepito come qualcosa di esterno a sé (sintomo), ma viene integrato coerentemente nella propria dinamica affettiva. Ciò permette di ricavare nuo-

ve informazioni e di ri-orientare i pattern di significato attribuiti alla propria esperienza immediata, operando in tal modo originali e imprevedibili scelte di vita.

## **La riformulazione del problema**

L'enfasi posta sul ruolo che la consapevolezza ricopre sull'andamento e sulla qualità delle trasformazioni che accadono nel corso del ciclo di vita può sollevare il dubbio che quest'enfasi porti a vedere nella consapevolezza un valido successore della razionalità; questo corrisponderebbe ad un atteggiamento terapeutico improntato all'induzione ad oltranza della consapevolezza in quanto tale, riproposta come il toccasana per cui è possibile "un modo giusto" di rapportarsi a sé stessi. La rinuncia al ruolo di osservatore imparziale e "oggettivo", insieme ad una metodologia d'indagine costruttivista, consentono di fugare questo dubbio, mettendo in luce come alla consapevolezza siano connesse tutta una serie di problematiche.

Per prima cosa, l'esame dettagliato delle variazioni del livello di consapevolezza innescate da un setting terapeutico di questo genere permette di evidenziare come la consapevolezza altro non sia se non *uno* dei tanti modi con cui un individuo costruisce un'immagine di sé per incrementare l'affidabilità dei propri processi di ordinamento. Tale immagine, regolata dalla stessa logica autoreferenziale su cui si basa l'individuo nella sua totalità, non corrisponde ad un'immagine di sé "giusta" o "vera", ma piuttosto all'immagine necessaria per il mantenimento della coerenza interna e finalizzata a rendere meno evidenti le contraddizioni e le discrepanze dell'esperienza personale. L'autoanalisi non porta all'elaborazione di una specie di "Sé oggettivo", visto dal di fuori, in quanto corrisponde ad un continuo processo di rimaneggiamento e ricomposizione delle informazioni, finalizzato a stabilizzare il senso di sé in corso ed eventualmente di articolarlo ulteriormente. È chiaro che man mano che aumentano il numero e la complessità delle informazioni a disposizione aumenta anche il numero delle contraddizioni e discrepanze che si rendono evidenti nel tentativo di ricomporre questi dati in modo consoni con la propria percepita continuità e coerenza. Tutto ciò può fornire una traccia per cercare di comprendere gli effetti contrastanti che spesso si vedono affiorare nel tempo, sia sul piano cognitivo sia su quello emotivo, dopo essere arrivati ad una modificazione consistente del livello abituale di consapevolezza del paziente.

Una volta stabilita un'appropriata e collaborativa relazione terapeutica, si procede alla riformulazione del problema attraverso l'analisi dello scompensamento psicopatologico e la dettagliata ricostruzione della storia clinica. Tale riformulazione inizia in questa fase di terapia e viene sviluppata e articolata nelle fasi successive. In questi pazienti un tema di base, che sottende il sintomo alimentare, è la drammatica sensibilità all'esposizione del giudizio altrui. Questo assunto rappresenta un aspetto basilare su cui innescare il processo di cambiamento terapeutico, in quanto costituisce un ingrediente fondamentale del senso di un sé costruito interamente sulle conferme esterne. Per concretizzare quest'obiettivo, il terapeuta guida il paziente da un contesto in cui l'esterno serve a spiegare l'interno ad un contesto più soggettivo e internalizzato.

La difficoltà che questi individui hanno sviluppato nel riconoscere i propri stati interiori fa sì che l'interno resti delimitato ad aspetti principalmente corporei, tanto che solo attraverso l'analisi delle questioni relative all'immagine corporea il paziente riesce a dar forma a problemi affettivi, professionali, sociali, il tutto sempre all'interno del tema dell'inadeguatezza corporea. Generalmente questi pazienti si presentano in terapia con un problema d'inidoneità ed inaccettabilità personali, che descritto come oggettivo risulta marginalizzato

alla propria immagine esterna o ad un funzionamento mentale deficitario; spesso il problema viene percepito in modo vago e/o ambiguo.

Al fine di facilitare la riformulazione del problema, il terapeuta indirizza il paziente alla focalizzazione e al riordinamento dell'esperienza immediata, facendogli rilevare gradualmente la differenza tra l'esperire e lo spiegare. Ciò gli consente, percependo con più chiarezza gli stati emotivi, di riconoscerli come tali e di attribuirseli. L'incremento di consapevolezza degli stati interni determina una maggiore demarcazione dall'esterno e un miglioramento nella discriminazione fra i propri punti di vista e le aspettative dell'altro, fra le opinioni personali e quelle degli altri, in precedenza assunte come proprie. È di fondamentale importanza aiutare il paziente ad identificare e a ridefinire l'esperienza attuale nel contesto della propria storia, cercando di evidenziare il significato che i sintomi possiedono e le finalità inconsapevoli dei suoi atteggiamenti e dei suoi comportamenti disadattivi. L'espressività della sintomatologia permette al paziente di modulare il senso di vuoto e d'incapacità che emerge nelle situazioni di confronto, evitando contemporaneamente una definizione di sé in termini negativi.

La riformulazione viene operata attraverso il processo di progressiva identificazione delle perturbazioni emotive ed il loro successivo confronto con la sequenza d'eventi che le precedono, le accompagnano e le seguono. La messa a fuoco, operata dal paziente, delle proprie tonalità emozionali e delle proprie modalità nella definizione di sé favorisce l'emergere progressivo di una discrepanza tra l'esperienza immediata e il suo riordinamento narrativo. Ciò genera una perturbazione a cui il paziente deve far fronte riorientando i propri pattern narrativi e, in tal modo, la sua attenzione si sposta dal sintomo alle caratteristiche personali che lo generano e lo mantengono.

L'abbuffata, il digiuno o gli altri sintomi perdono man mano d'importanza in un processo di progressiva consapevolezza delle proprie caratteristiche cognitive, emotive e relazionali; di conseguenza il paziente può strutturare una diversa prospettiva nel modo di porsi di fronte allo scempenso in atto. Il tema del confronto e del giudizio degli altri, i sentimenti d'inadeguatezza e d'incapacità vengono focalizzati e progressivamente integrati nel proprio senso d'identità, che diventa sempre più soggettivo, internalizzato e meno dipendente dall'esterno.

Nel processo psicoterapeutico uno degli obiettivi basilari è quello di individuare i pattern di significato con cui l'individuo cerca di dare forma e coerenza alla propria esperienza emozionale. Il setting operativo si attua nell'interfaccia tra l'esperienza emotiva immediata ed il suo riordinamento in termini espliciti, cercando di differenziare la percezione delle esperienze emotive dalla traccia narrativa in cui esse sono riordinate. Per tale ragione il paziente deve sperimentare, nel corso della psicoterapia, situazioni o eventi emotivamente rilevanti, capaci di determinare una pressione emozionale orientata verso una riorganizzazione (Guidano, 1992). Fluttuazioni affettive intense rappresentano un segnale che costringe l'individuo ad un processo di riorganizzazione del sistema di conoscenza, in cui la ricerca di una diversa integrazione tra gli schemi sensomotori e rappresentativi eviti una crisi profonda nel sistema di conoscenza individuale (Reda, 2001). In tal senso, nel setting clinico, il terapeuta assume un ruolo di perturbatore emotivo; la relazione terapeutica rappresenta il contesto assolutamente specifico dove operare l'induzione di stati emozionali e affettivi particolarmente rilevanti per il paziente, e dove favorire i processi d'orientamento nella riorganizzazione dei sistemi di conoscenza (Guidano, 1988). All'uopo, un utile strumento operativo è la tecnica della "moviola" descritta da Guidano (1992); tale metodo, consentendo l'identificazione e la consapevolezza degli stati emotivi, facilita il loro riordinamento narrativo rispetto a situazioni vissute come perturbanti, permettendo di focalizzare e meglio integrare esperienze altrimenti confuse e/o disorganizzate.

La rievocazione d'eventi emotigeni produce durante la seduta una serie d'attivazioni emotive; tali variazioni neurovegetative possono essere registrate mediante l'acquisizione dei parametri psicofisiologici e quindi utilizzate strategicamente nell'identificazione e nella contestualizzazione dei vissuti del paziente; inoltre il terapeuta ha la possibilità di operare valutazioni istantanee sullo stato d'attivazione autonoma e quindi di regolare la propria conduzione del setting (Reda et al., 1986, 1990; Blanco, 1993; Blanco e Reda, 1984, 1996, 2001; Sacco, 2003).

La definizione di un sé più internalizzato ed articolato facilita nel paziente una migliore definizione dell'altro nella relazione. L'osservazione di altre persone in situazioni sociali gli permette di comprendere il comportamento e le espressioni degli altri in relazione a sé e di acquisire, conseguentemente, una serie di nuove ed inattese informazioni. Successivamente, tali osservazioni sono discusse col terapeuta per meglio valutare ed integrare la sequenza d'informazioni sensopercettive, e confrontarle con la propria modalità narrativa e con le attribuzioni personali di significato.

Il lavoro d'osservazione e di raccolta delle informazioni nelle interazioni significative vengono proposti nelle situazioni di vita del paziente. La discrepanza che frequentemente si evidenzia in modo marcato tra esperienza sensopercettiva e modalità individuali d'attribuzione di significato lo conducono ad una necessità di riorientamento dei propri pattern narrativi, in un contesto semantico maggiormente integrato e coerente con l'esperienza immediata.

Rita, una paziente anoressica di 17 anni, descrive così un'interazione con un ragazzo che le piace:

Descrizione dell'interazione "...io l'ho guardato intensamente e lui ha guardato me"

1. Informazioni della paziente su di sé: "...mi batte il cuore, mi piace, sono cotta"
2. Informazioni della paziente sull'altro: "...lui sta guardando proprio me"
3. Informazioni dall'altro su sé stesso: "...la guardo perché sono interessato a lei"
4. Informazioni dall'altro sulla paziente: "...è una ragazza interessante"

Queste informazioni, riconosciute come reali ed oggettive dalla stessa paziente, erano in forte dissonanza con il senso di sé assolutamente non attraente e deludente di cui la ragazza si avvaleva per definirsi. La modalità d'autorappresentazione la portava ad isolarsi e ad evitare attivamente ogni tipo d'approccio interpersonale dato che, secondo lei, avrebbe deluso chiunque l'avesse conosciuta bene. La paziente ha intrapreso, in questo modo, una progressiva integrazione dei nuovi dati d'esperienza con le tracce narrative solitamente attivate e, contemporaneamente, ha cominciato ad operare, di propria iniziativa, una progressiva esposizione a situazioni d'interazione sociale.

Attraverso questo lavoro viene implementata la capacità di riconoscere stati emotivi e mentali propri e dell'altro, in una dinamica in cui è il paziente stesso a definire se stesso e gli altri, non più attraverso modalità vaghe o ambigue, ma secondo una personale attribuzione di stati emotivi e mentali propri d'ogni individuo, relativamente indipendenti e derivabili dall'esperienza sensoriale.

## **La Ricostruzione dello Stile Affettivo**

Alla riformulazione del problema segue la ricostruzione dello stile affettivo, durante la quale il terapeuta fa rilevare al paziente come i disturbi alimentari abbiano punteggiato e sotto-

lineato l'intero andamento dei rapporti affettivi. In questi pazienti, il tema della delusione regola la formazione, il mantenimento e la rottura dei legami affettivi. Generalmente, alla fine di questa fase, si assiste ad un graduale miglioramento della sintomatologia alimentare.

Nella ricostruzione dello stile affettivo, il terapeuta assiste il paziente nel riesame delle relazioni affettive che si sono succedute nella sua carriera sentimentale, con particolare attenzione alle caratteristiche invariante attraverso cui vengono strutturati, mantenuti e conclusi i legami sentimentali (Guidano, 1992). Per un paziente con organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, saranno centrali i temi dell'aspettativa massimale rispetto ai rapporti affettivi, la continua ricerca d'approvazione e conferma e l'inevitabile delusione legata al distacco. L'aspettativa di delusione implica una continua necessità di segnali d'approvazione e di conferma da parte del partner. Quando ciò non si verifica, come nel caso di conflitti, delusione delle aspettative e critiche, si determina un meccanismo con cui il paziente autoconferma la propria inadeguatezza e inconsistenza affettiva. Ciò avviene nel caso d'attribuzione causale interna, mentre nel caso d'attribuzione esterna, egli vede confermata l'immagine negativa e deludente dell'altro. Quando il livello di coinvolgimento emotivo si fa più intenso, la scarsa capacità di integrare le intense esperienze affettive in pattern narrativi coerenti con il proprio senso d'identità, provoca perturbazioni emotive mal riconosciute e modulate unicamente attraverso comportamenti di continuo monitoraggio e controllo su di sé e sull'altro. Il controllo del proprio corpo rappresenta l'unica possibilità di controllo su di sé, mentre la continua ed estenuante messa alla prova del partner ha lo scopo di ottenere feedback d'approvazione e d'adeguatezza personale.

Attraverso l'analisi dello stile affettivo, Silvia, una paziente di 35 anni con storia di DCA e tossicodipendenza, comprende come i disturbi che avevano caratterizzato periodi consistenti della sua vita fossero legati alla propria modalità nella gestione dei rapporti affettivi. Nei periodi in cui la relazione era conflittuale o al momento della separazione, si attivavano intense emozioni di delusione, rabbia e paura che la paziente non era in grado di identificare e regolare; la modulazione di tali emozioni veniva realizzata unicamente attraverso il digiuno o, in un periodo successivo, attraverso l'assunzione compulsiva di sostanze stupefacenti in grado di fornire sensazioni di calma e benessere. La paziente, inoltre, diventa consapevole di come fossero stati sempre i partner a definirla in termini di capacità sociali, adeguatezza e amabilità personale, e di come i segnali d'allontanamento o disconferma riverberassero, in modo negativo e perturbante, sulla propria definizione di sé.

La definizione degli aspetti soggettivi invariante, che regolano l'organizzazione dello stile affettivo, favorisce il distanziamento progressivo dalle caratteristiche personali che il paziente riconosce come causa di disagio o di scompenso. Questo distanziamento graduale si determina in un processo d'acquisizione e di consolidamento di un senso di sé maggiormente individualizzato, la cui stabilità risulta relativamente indipendente dall'andamento delle relazioni affettive.

### **La Ricostruzione della Storia di Sviluppo.**

La raccolta e la ricostruzione della storia di sviluppo rappresentano una fase del processo terapeutico che viene generalmente proposta nella fase conclusiva della psicoterapia, quando i sintomi si sono fortemente ridotti o sono scomparsi. L'obiettivo è quello di rielaborare i temi basilari di significato all'interno di una dimensione in cui il paziente è, in modo sostanziale, più consapevole degli stati interni e più demarcato dall'esterno e dal giudizio degli altri. Data la difficoltà dei pazienti con personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni a distinguere tra ricordi derivanti da esperienze dirette e ricordi derivanti dal racconto di altri familiari, la possibilità di ricostruire una storia di sviluppo personale a partire dalle pro-

prie memorie, sulla base di una maggiore consapevolezza dei propri temi basilici di significato, contribuisce a sviluppare un senso di sé più stabile e definito.

La rievocazione e la successiva discussione degli eventi che hanno caratterizzato il proprio percorso evolutivo vengono proposte con lo scopo di far integrare nella storia personale i processi attraverso cui le sensazioni che il paziente avverte, e le spiegazioni e i significati con cui le riferisce, si sono strutturate nell'arco della propria vita. L'esclusione o la marginalizzazione, operata nell'intero percorso evolutivo, delle strutture di conoscenza emozionale nella definizione di sé, orienta i sistemi di memoria verso una caratterizzazione prevalentemente semantica dei ricordi, con la conseguente difficoltà nella rievocazione di memorie specifiche legate ad eventi emotivamente rilevanti. La difficoltà nel demarcarsi dagli altri e l'esclusione attiva, seppure inconsapevole, della traccia emotiva dell'esperienza si riflettono in un'incapacità a scindere le informazioni relative alla propria esperienza da quelle derivate dai resoconti dei genitori o di altri (De Marchis, 1999).

Il riordinamento delle esperienze critiche nell'ambito del proprio ciclo di vita è connotato da un continuo "reframing" di quegli eventi, che conduce progressivamente il paziente ad una migliore capacità d'identificazione, d'integrazione, di decentramento e di distanziamento dalle componenti cognitivo-emozionali che fanno parte della percezione di sé in corso (Guidano, 1992). La possibilità di rileggere la propria storia operando un'integrazione coerente tra ricordi, vissuti emozionali ed esperienza attuale, si riflette in una maggiore capacità di organizzare un senso più differenziato della propria individualità e della propria unicità.

## **CASI CLINICI**

### **Caso Clinico 1: Amelia**

Diagnosi (DSM-IV): Anoressia Nervosa, Tipo con Restrizioni (Cod. F50. 0)

Amelia si presentò alla prima consultazione all'età di 17 anni, accompagnata dalla madre. Frequentava la III<sup>a</sup> superiore, pesava 43 Kg ed era alta 166 cm; sottopeso, le sue condizioni fisiche erano gravemente deteriorate ( $BMI^1=16$ ).

Di aspetto esile ed emaciato, il viso spento, scarno e di un colorito biancastro era incorniciato da un caschetto di capelli fini, corti e opachi. L'eccessiva magrezza, la pelle secca, le labbra tese e il viso smunto accentuavano la tristezza della sua espressione. Nonostante le profonde occhiaie lo sguardo era vigile e sospettoso. Si muoveva a scatti con gesti rapidi e nervosi e, caratterizzato da un tono di voce sottile quasi stridulo, l'eloquio era rapido.

Secondogenita, aveva una sorella di 27 anni laureatasi recentemente in Lettere. Il padre di 56 anni, avvocato, separato dalla famiglia, da due anni conviveva con un'altra donna con la quale aveva una relazione che, secondo alcuni parenti, era iniziata prima del matrimonio. La madre di 47 anni, di bella presenza, elegante e raffinata, anch'essa laureata in giurisprudenza, aveva lavorato solo per pochi mesi per poi dedicarsi devotamente alla famiglia, in particolare alle figlie.

---

<sup>1</sup> Il BMI (Body Mass Index) o Indice di Massa Corporea (IMC) è un indicatore dello stato corporeo in termini antropometrici che correla l'altezza con il peso del soggetto. Il BMI si calcola dal rapporto tra il peso corporeo di un individuo, espresso in chilogrammi, ed il quadrato della sua statura, espressa in metri [ $BMI = PESO (KG) / STATURA (m)^2$ ]. Serve per verificare il peso del soggetto ed inquadralo in un'area di peso che può essere: normale, sottopeso, sovrappeso, obesità media e obesità grave. Si qualificano condizioni di sottopeso valori di BMI inferiori a 18,5, normopeso valori compresi nell'intervallo 18,5-24,9, sovrappeso da 25 a 29,9, obesità media da 30 a 39,9 ed obesità grave valori di BMI uguali o maggiori di 40.

Amelia accettò di consultare uno psicologo, dopo numerose insistenze da parte dei genitori, unicamente per evitare le visite mediche, che i suoi ritenevano necessarie a causa delle precarie e malsane condizioni fisiche, e perché da oltre sei mesi era amenorrea. Negli ultimi due anni si era anche progressivamente isolata dai coetanei: usciva di rado, evitava la maggior parte delle situazioni sociali a cui veniva invitata e si assentava spesso da scuola. Amelia non ha mai avuto “un fidanzato” anche se in prima superiore si era presa una cotta, che ancora durava, per un compagno di scuola più grande di lei di due anni che la considerava una cara amica a cui confidare le proprie pene, comprese quelle d’amore.

Nel corso della prima seduta asserì ripetutamente di sentirsi bene e di non aver bisogno di alcuna cura anche perché “... *le energie non le mancavano dato che riusciva a studiare e a far ginnastica a ritmi intensi ...*”. Ci tenne a sottolineare più volte che se fosse ingrassata non avrebbe avuto “... *le energie per fare bene le cose che faceva ...*” e proprio per questo motivo aveva il terrore di poter ingrassare.

Le difficoltà con cui, inizialmente, il terapeuta si dovette confrontare furono quelle che, abitualmente, si incontrano con questi pazienti e riguardano il contesto emotivo-interpersonale: vaghezza, riluttanza a qualsiasi contratto terapeutico definito, ecc. Sebbene Amelia ribadisse con fermezza di non voler aumentare di un grammo e di non aver bisogno di nessuna terapia o cura, dopo alcune sedute raccontò che il timore di ingrassare era iniziato circa due anni prima, dopo aver visto, ad una mostra, i quadri di Botero. Tuttavia nell’ultimo anno il timore si era trasformato in terrore e il cibo era diventato il suo pensiero dominante al punto di imporle di pesare gli alimenti, che erano soprattutto verdura e qualche volta frutta (se non mangiava carne).

Pur con palese diffidenza, gradualmente, colpita dall’interesse che il terapeuta mostrava per le sue vicende e la sua sofferenza, Amelia decise di collaborare per capire almeno cosa le stesse succedendo: sentiva, infatti, un profondo e incolmabile senso di vuoto che non riusciva né a colmare né a spiegarsi. E questo la sconcertava, in quanto riteneva di essere amata dalla sua famiglia, alla quale stava dando tanti problemi a causa dei suoi “*capricci alimentari*”. A renderla ancora più angosciata contribuiva il fatto che il suo rendimento scolastico, in passato sempre eccellente, si era drammaticamente deteriorato: la sua mente era costantemente concentrata sul cibo e non riusciva più a concentrarsi sullo studio.

*“Tutto è cominciato due anni fa, al ritorno dalle vacanze.” – raccontò Amelia - Durante la permanenza al mare, mangiando regolarmente ai pasti ero diminuita di qualche chiletto. Fiera del mio aspetto fisico, mi sarebbe piaciuto mantenerlo tale. Dopo aver visto i quadri di Botero, avendo paura di non riuscirci, ho cominciato a restringere la quantità di cibo e considerare lo sport, che da sempre pratico con intensità, l’unico modo per bruciare calorie. Quando mia madre si è accorta di questo mio accanimento con lo sport, me lo ha proibito. Io ero molto dispiaciuta e ho pensato che, se facendo tutta quell’attività, mangiavo così poco, proibendomi avrei dovuto mangiare ancora meno, fino a ridurre il mio pasto ad un solo frutto. Giunta a questo punto non sono più riuscita a controllare la ginnastica: era diventata un’ossessione; io per permettermi di mangiare dovevo fare attività e dopo aver mangiato dovevo muovermi per bruciare. Ero disperata, ho resistito in silenzio per qualche mese, poi mi sono rivolta a mia madre e mia sorella che sentivo vicine chiedendo loro un aiuto (mio padre da quando è andato via di casa lo vedo poco). L’unico consiglio che loro mi davano era quello di mangiare un po’ di più, ma per me non mangiare era il modo per dimostrare a me e agli altri quanto valevo, quanto forte era la mia volontà, io credevo che per questo mi ammirassero, ma mi sbagliavo: ora comincio a credere che quello era un modo per distruggermi ... anche se non capisco perché”.*

Raggiungere una riformulazione è stato faticoso; ha, infatti, richiesto numerose sedute e, per riuscirci, il terapeuta ha dovuto ricorrere fin dalle primissime fasi all’assegnazione di “compiti a casa”, una prassi che di solito diventa consueta nella fase successiva. Piuttosto

che descrivere l'andamento delle sedute, abbiamo ritenuto opportuno, per brevità espositiva, delineare il problema tecnico che il terapeuta ha dovuto affrontare per procedere alla riformulazione del problema, e come lo ha risolto.

Il problema venne presentato da Amelia in termini di un'"oggettiva" inaccettabilità estetica e intellettuale che derivava dalla mancanza di volontà e di capacità cognitive, avvertita alla stregua di un deficit costituzionale o genetico e che, come tale, non chiamava direttamente in causa il suo modo di essere come persona (delineando una consistente attribuzione esterna). Senza negare o contraddire il problema presentato, ma partendo da questo, il terapeuta ha cercato di introdurre un cambiamento di prospettiva; il problema sembrava comunque consistere nel come "fronteggiare gli altri" e, ancor più in particolare, questa difficoltà nel far fronte agli altri dipendeva dalla sua ipersensibilità ai loro giudizi, sia anticipati sia reali. In questo modo, oltre ad arrivare ad una riformulazione "interna", si è riusciti a definire un setting appropriato di autoservazione, cominciando col mettere a fuoco e con l'analizzare esempi, nel quotidiano, di tale ipersensibilità, per poi procedere gradualmente a ricostruirli e a ri-ordinarli.

La ricostruzione delle scene familiari durante i pasti con la madre e la sorella, di norma alle stesse ore, fece emergere, sempre più chiaramente, un sentimento di profonda solitudine accompagnato da insopportabili sentimenti d'ansia e di rabbia, in particolare, nei confronti della madre. Nonostante l'assenza del padre, il nucleo familiare, composto dalla madre e dalle due figlie, dava la parvenza di essere molto unito, ma ad un attento esame, i vari membri più che solidali risultarono solo desiderosi di dare, all'esterno, l'immagine di famiglia unita. Mentre la madre, solitamente, rievocava l'*"ingratitude del padre e la vergogna per il suo tradimento"*, la sorella, in silenzio, divorava avidamente gli sceneggiati televisivi; quest'ultima, a detta della paziente, non si era mai occupata di niente e di nessuno e aveva come uniche preoccupazioni quelle di cambiare spesso fidanzato e uscire con gli amici.

Nessuno si curava di lei e questo le provocava sentimenti d'inadeguatezza e un senso di profonda e incolmabile solitudine mista ad ansia e rabbia; sentimenti, questi ultimi, che le provocavano lancinanti sensi di colpa. Solamente con l'impegno frenetico in numerose attività diversive (studio, ballo, sport) la paziente riusciva ad alleviare la sua sofferenza, ma il tentativo non sempre era fruttuoso: ecco allora che l'ansia, solitudine e senso d'inadeguatezza riapparivano.

Dai suoi resoconti si evidenziavano chiaramente problematiche connesse al giudizio degli altri (ipersensibilità alle "pressioni" dei genitori, specialmente a quelle materne, rifiuto di esporsi nel contatto con i coetanei, ecc.); tuttavia, a richieste di chiarimenti su quanto aveva appena detto, il suo livello di sbigottimento e di vaghezza era tale che riusciva solo a ripetere, meccanicamente, spiegazioni e opinioni udite in famiglia. Non appena le si chiedeva che cosa provasse lei in queste situazioni, o che effetto le facessero, rimaneva ancor più sbigottita e dopo un po', a fatica, si esprimeva con termini vaghi, come "disagio", "malessere", ecc., che non riusciva neppure a collegare a persone o a situazioni.

Malgrado la paziente fosse del tutto incapace di spiegarne i motivi, un elemento affiorava costantemente: i disagi si presentavano più intensi a scuola e nelle situazioni sociali con i coetanei che a casa. Su suggerimento del terapeuta, Amelia cominciò, allora, ad investigare su questo particolare, a prima vista singolare, attraverso la redazione di un resoconto settimanale di semplice compilazione. Il "compito a casa" consisteva nel prendere un foglio di carta per ogni giorno della settimana, nel dividerlo verticalmente a metà e segnare, nella parte sinistra, l'andamento dell'intensità del malessere e, nella parte destra, lo svolgimento degli eventi sociali e delle attività scolastiche in corso. Il fine era quello, attraverso l'analisi dei "compiti", di comprendere se i malesseri fossero collegati, in qualche modo, ad attività o eventi specifici.

Fu immediatamente evidente che le punte massime di malessere erano invariabilmente in relazione con tutte le situazioni d'interazione diretta con i coetanei (ricreazione a scuola, pizzeria, ecc.); le intensità più basse di disagio, viceversa, si collegavano a circostanze in cui le possibilità d'interazione "faccia a faccia" con i coetanei era minima (cinema, durante le lezioni e le interrogazioni in classe, ecc.). Sviscerando, successivamente, i possibili motivi di questa sua riluttanza per le interazioni dirette e "a faccia a faccia" con i coetanei, Amelia riuscì faticosamente ad abbozzare una spiegazione, alquanto elementare, in termini di timore del loro giudizio, ma in ogni caso sufficiente per dare inizio ad un cambiamento di prospettiva.

Incoraggiata e guidata dal terapeuta, progressivamente Amelia si impraticò a mettere a fuoco e ad analizzare le scene relative al suo "*profondo e incolmabile senso di vuoto*" e quelle riguardanti l'effetto su di lei del giudizio degli altri, passando da un punto di vista soggettivo (dall'interno) ad uno oggettivo (dall'esterno). Con suo enorme stupore, cominciò a rendersi conto che le sue angosce andavano, concretamente, in modo opposto a quanto lei aveva fino ad allora creduto: erano, in realtà, più intense in casa che fuori. Nelle interazioni con i coetanei, la paura del giudizio era molto più forte prima del contatto con loro, successivamente si attenuava fino a scomparire del tutto, consentendole perfino dei momenti di sollievo e di divertimento. Queste paure, invece, erano tenui o del tutto assenti al rientro in famiglia, poi, man mano che stava in casa, s'intensificavano fino a diventare così pervasive da impedirle ogni genere di attività (leggere, studiare, guardare la televisione, ecc.). Abituamente, raggiungevano la massima intensità durante i pasti, allorché le sembrava di essere a tal punto vuota da sentirsi pressoché "inesistente". Giacché l'andamento delle angosce era nettamente connesso non solo agli atteggiamenti materni, ma anche alla sua semplice presenza, diventava sempre più chiaro che il lavoro si sarebbe dovuto focalizzare sempre di più sul suo modo di esperire la relazione con la madre.

Amelia ha avuto rilevanti difficoltà a mettere a fuoco l'esperienza immediata a causa della percezione vaga e continuamente oscillante dei propri stati interni, con la conseguenza che i pensieri e le parole le apparivano più coerenti e affidabili. Non si è trattato, perciò, di un lavoro facile, poiché differenziare i punti di vista non è un'acquisizione facile per nessuno, se non altro perché insolita rispetto al proprio abituale modo di vivere. Pazientemente, il terapeuta ha sostenuto ed aiutato Amelia nel lavoro di graduale ricostruzione delle scene critiche, fornendole tutte le spiegazioni necessarie, e si è sforzato di allenare tenacemente la flessibilità della paziente nel cambiare il suo punto di vista dal "perché" al "come", ricostruendo nello stesso tempo con lei le difficoltà che incontrava nel farlo.

L'addestramento è consistito nel potenziare il livello di autosservazione di Amelia attraverso la ricostruzione e l'analisi delle sequenze di scene critiche; il terapeuta ha avuto particolare cura sia nell'incrementare la sua capacità di percepire e riconoscere sensazioni ed emozioni in corso, sia nel focalizzare la sua attenzione sul ruolo esercitato nelle sue "angosce" dalla paura del giudizio degli altri, in particolare di quello della madre. Sono state necessarie numerose sedute per far sì che la sua percezione degli stati interni si facesse meno vaga e confusa, e Amelia fosse in grado di mettere a fuoco le esperienze emotive che provava e di riferirle a ciò che gliene aveva provocate. Questa fase dell'intervento, rendendo la paziente meno confusa e restia ad esporsi, ha reso possibile la graduale ricostruzione di un aspetto che, fin dall'inizio, è apparso estremamente critico per lei: il suo modo di percepire l'andamento del rapporto con la madre e le conseguenti emozioni perturbanti che ne derivavano.

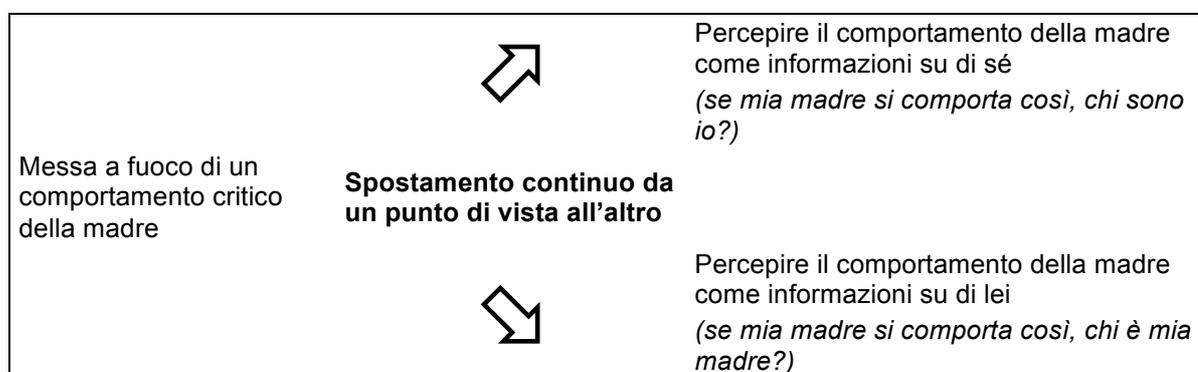
Questo processo di ricostruzione e di ri-ordinamento è stato realizzato in modo sequenziale, le cui tappe fondamentali sono di seguito delineate. Dalla scomposizione nelle corrispondenti scene critiche dell'andamento del malessere provato a casa, appariva palese come le punte di massima intensità raggiunte dall'ansia fossero invariabilmente riconducibili a situazioni in cui Amelia percepiva come giudizi negativi su di lei gli atteggiamenti e le opinioni della madre, anche se questi riguardavano altre persone e altre circostanze. Altre

scene critiche di forte angoscia si riferivano a situazioni in cui, sforzandosi di agire nel miglior modo possibile per “anticipare” e neutralizzare gli eventuali giudizi negativi, Amelia avvertiva di non essere in grado di soddisfare le aspettative che la madre riponeva su di lei. Per esempio, i livelli crescenti d'ansia che si sviluppavano durante il pranzo derivavano dal monitoraggio di quanto aveva prodotto la mattina a scuola “vedendosi” dal punto di vista della madre, e questo la faceva sentire sempre più inadeguata, ingrata e incapace.

La ricostruzione delle scene critiche ha reso Amelia sempre più consapevole di come il confrontarsi costantemente con le possibili aspettative della madre, per poterne anticipare gli eventuali giudizi negativi, fosse il principio fondamentale di regolazione emotiva dell'andamento delle sue giornate. Nel migliorare le capacità d'autosservazione, le diventò progressivamente sempre più chiaro che, nell'avvertire un giudizio negativo o nel sentire di non soddisfare le aspettative materne, il fattore critico consisteva nel fatto che la possibile immagine che la madre poteva avere di lei diventava il suo modo d'essere e di sentirsi. Per esempio, se la madre, commentando con la sorella quanto aveva appena visto alla televisione, accennava al tema dell'ingratitude dei figli, Amelia avvertiva immediatamente che la madre la vedeva come un'egoista, incapace di provare sentimenti e ingrata. Mettendo a fuoco la situazione nella quale presagiva l'immagine che la madre aveva di lei, le diventò sempre più ovvio come la percezione di tale immagine entrasse, immediatamente, a far parte del senso di sé che in quel momento avvertiva: non appena si vedeva ingrata agli occhi della madre, si sentiva immediatamente ingrata. Amelia venne, successivamente, scrupolosamente addestrata a cogliere “*come la percezione dell'atteggiamento di un altro corrispondesse alla definizione del senso di sé*”, non solo nei confronti della madre, ma anche con tutte le persone per lei minimamente significative.

Non appena la paziente fu in grado di cogliere quest'aspetto anche nelle situazioni per lei irrilevanti, il terapeuta passò al gradino successivo e cominciò a strutturare un setting di autosservazione che fosse in grado di incrementare un senso di sé più stabile e demarcato, concomitante ad una graduale modifica del modo di vedere il punto di vista degli altri.

Dopo aver descritto sommariamente in modo chiaro ed essenziale i principi basilari della nuova procedura, il terapeuta spiegò ad Amelia come il comportamento degli altri fosse composto essenzialmente di informazioni, che possono essere lette e codificate o come informazioni su sé stessi o come informazioni sugli altri. Nel primo caso si cerca di ricavare un'immagine di sé dagli altri disinteressandosi di chi loro possano essere, mentre, nel secondo, si cerca di vedere come possano essere fatti gli altri indipendentemente da noi che li guardiamo. Pertanto, il modo più semplice di portare avanti questa nuova attività di differenziazione consisteva nel mettere a fuoco un atteggiamento critico percepito nella madre e, quindi, nel cominciare ad allenarsi, con l'aiuto del terapeuta, a passare dall'uno all'altro punto di vista, secondo lo schema:



È diventato, così, possibile per Amelia differenziare il senso di sé dal comportamento della madre, ricercando in quest'ultimo, unicamente, quegli elementi che potessero darle un'immagine della madre come persona; per esempio, gli atteggiamenti vittimistici di martire familiare che abitualmente assumeva quando rievocava l'abbandono del marito o

l'ingratitude filiale, e che prima le suscitavano solo un senso immediato d'inadeguatezza, ora cominciarono ad essere visti come "modalità relazionali" con cui la madre controllava lei e la sorella. Questa tecnica, volta ad incrementare la sua flessibilità nel cogliere il punto di vista degli altri riferendolo a loro, è stata portata avanti per tutto il corso della terapia, col fine di rendere Amelia sempre più esperta nel ricostruire, con l'aiuto del terapeuta prima e autonomamente poi, le modifiche nelle modalità di percepire la madre, che erano alla base dei disturbi che l'avevano portata in terapia.

Altri eventi critici scomposti nelle scene corrispondenti riguardavano la sua cotta per il compagno di scuola, cominciata nell'estate di due anni prima e tuttora viva in lei. Era stato un tentativo di debutto in campo sentimentale che non si era mai realizzato, ma che lei aveva vissuto e ancora viveva come una "sconfitta totale"; nonostante il compagno fosse detestato dalla madre che lo definiva "un fannullone perditempo, oltre a tutto grossolano, ignorante e brutto", Amelia, sentendosi "affascinata e, forse, innamorata" pur con il timore di "di non piacergli abbastanza", continuava ad incontrarlo segretamente contro il parere materno, con conseguenti fastidiosi sensi di colpa. Ora, cominciava a spiegarsi la reazione anoressica come anche un tentativo disperato di rientrare nei canoni estetici di lui (dedotti dal fatto che, alla mostra, il compagno trovò i personaggi dei quadri di Botero "sgradevoli e ridicoli"). Il fatto che lui non desse segni evidenti d'interesse affettivo nei suoi confronti e la paura di non piacergli le avevano procurato un senso profondo di sconfitta; sentendosi "demoralizzata" e "svuotata", per la prima volta nella sua brillante carriera scolastica, non riuscì più a concentrarsi nello studio, con conseguente peggioramento nel profitto. La madre commentò questo fatto affermando che "da quando la figlia aveva perso la testa per quel fannullone, si era talmente rincretinita da non riuscire più neanche a studiare"; fu per Amelia la scoperta inaspettata di una realtà innegabile, tanto che ritirarsi dalla scuola le era sembrato l'unico modo per evitare la vergogna di una sconfitta certa.

Attraverso la ricostruzione e l'analisi delle singole scene, mantenendo ben definita la distinzione fra senso di sé e comportamento della madre e indirizzandola ad assumere alternativamente il ruolo di chi vive in prima persona una situazione (punto di vista soggettivo) e di chi si vede in quella situazione dal di fuori (punto di vista oggettivo), fu possibile raggiungere un diverso ri-ordinamento della narrativa personale. In uno dei litigi che si verificavano a causa del fatto che lei continuava a frequentare il compagno, la madre usò toni così accesi e assunse atteggiamenti così drammatici che inaspettatamente Amelia, per la prima volta nella sua vita, dubitò che fosse quella "donna straordinaria" che lei aveva sempre ritenuto. Mettendo accuratamente a fuoco l'effetto che aveva avuto su Amelia questa inaspettata e imprevedibile modificazione dell'immagine materna, si constatò all'istante che il senso d'essere brutta e grassa era cominciato ad emergere proprio allora, mentre in passato non l'aveva quasi nemmeno sfiorata. Cominciò ad apparirle chiaro come mettere in discussione, sia pure per un istante, la positività dell'immagine della madre avesse immediatamente innescato in lei un'esperienza di sé vaga e confusa, avvertita attraverso un senso pervasivo di vuoto. La reazione anoressica cominciò ad apparirle come l'unico meccanismo di autoinganno che le consentiva di non frequentare il compagno e di rimettere la madre nel ruolo abituale ("l'essere grassa e brutta non le dava nessuna speranza di piacergli e di essere, un giorno, corteggiata"). Tutto ciò comportò conseguentemente un'adesione ancora maggiore alle aspettative e ai giudizi percepiti nella madre, per poter almeno arrivare a definire in modo affidabile un senso di sé, pur se negativo. A quel punto, non appena sentì la madre mettere in dubbio la sua capacità di applicazione e rendimento scolastico, fu pressoché immediato per Amelia sentirsi del tutto incapace di concludere l'anno scolastico.

Per la paziente la relazione affettiva avvertita come essenziale nella sua vita era il rapporto con la madre. In questo caso, pertanto, non si è trattato di analizzare una carriera sentimentale che doveva ancora iniziare, quanto di ricostruire l'organizzazione dello stile affettivo di Amelia dal modo in cui aveva strutturato il rapporto con la madre. Man mano che si esplicitava la riformulazione del problema originario, avvenuta nel corso del lavoro svolto, diventò sempre più chiaro per Amelia che quello che ora si sarebbe dovuto ricostruire era il

modo in cui lei aveva strutturato il rapporto con madre che non ammetteva la benché minima rivalutazione della sua immagine.

L'attuale andamento del rapporto con la madre aveva avuto inizio a quattordici anni, a partire dall'inizio della prima superiore; per tutto il periodo della scuola media, si era sentita in grado di contrastare la madre, ingaggiando, spesso, con lei scontri furibondi. Di comune accordo si decise di analizzare il modo con cui percepiva la relazione con la madre a partire dal periodo della scuola media, per potere ricostruire in che modo tale sentire si era successivamente modificato. Gli eventi critici, che, scomposti nelle corrispondenti scene, furono più volte messi a fuoco, si distribuivano, a grandi linee, come segue.

La madre, da sempre atteggiata a donna ammirevole e perfetta nei suoi ruoli di madre e di moglie, si rammaricava costantemente del fatto che il marito e le figlie non avevano sentimenti, forza di volontà e qualità simili alle sue. Rimarcando la “negatività” degli altri membri della famiglia rispetto alla sua “positività”, la madre evidenziava continuamente come tutti loro gravassero sulle sue spalle, lamentando che si era sempre sacrificata per “*gente irri-conoscente che non se lo meritava*”. Le due figlie avevano sempre accettato questa rappresentazione della famiglia e si erano impegnate a fondo in tutte le loro attività, non tanto nella speranza di soddisfare le aspettative materne, meta che appariva loro impossibile, quanto per evitare di deluderla eccessivamente e riuscire così ad alleviare il peso di un sacrificio reso inutile dalle loro incapacità. Il padre costantemente fuori casa per motivi di lavoro, due anni prima, improvvisamente, lasciò la famiglia e andò a convivere con un'altra donna. Questo avvenimento apparve agli occhi di Amelia come una conferma di quanto la madre andava dicendo su di sé e sul resto della famiglia.

Durante la prima media, pur non mettendo in dubbio il ruolo “di martire” della madre, ad un certo punto aveva cominciato ad avvertire l'atmosfera di casa soffocante e opprimente. Aveva, quindi, cominciato a reagire alle critiche materne, in un primo momento con proteste vivaci che finivano con “*strazianti sensi di colpa e pianti*” in camera sua, successivamente, con veri e propri scontri, a cui alternava momenti di pianto a furiosi scoppi di rabbia. Estendendo il focus dell'esplorazione ad altri settori di esperienza, emergeva chiaramente come questo mutato atteggiamento verso la madre andasse in parallelo con altri mutamenti che si erano verificati nel frattempo. Il passaggio alle scuole medie era coinciso per Amelia con un vero e proprio “*cambiamento di mondo*”, che non dipendeva esclusivamente dall'aumentata complessità del livello scolastico e dal maggior impegno che conseguentemente era richiesto. A causa del trasferimento della famiglia in un'altra città, Amelia si era ritrovata in una classe di “*sconosciuti*”, con cui trascorreva quasi tutto il giorno, poiché la madre, per alleggerire il peso di mandare avanti la famiglia da sola, aveva deciso che la figlia stesse a scuola anche di pomeriggio per fare i compiti; questo fatto l'aveva messa molto più a contatto con il mondo sconosciuto dei coetanei, che le appariva diverso e, al tempo stesso, avvincente. Con alcuni professori, che Amelia stimava molto considerandoli persone straordinarie, si era stabilito, sin dall'inizio dell'anno scolastico, un rapporto affettuoso e amichevole; finite le lezioni, spesso si fermava a parlare con loro, e questi mostrandosi sempre molto disponibili, stimolavano i suoi interessi e le sue curiosità, incoraggiandola a perseguirli. Stabili, inoltre, un rapporto stretto con una compagna di scuola, più grande di lei di qualche anno, bella, elegante e molto corteggiata, che aveva più successo con i ragazzi che con il rendimento scolastico (alla quale Amelia regolarmente passava i compiti in classe). Nel tempo questo rapporto si era consolidato, diventando più stabile e confidenziale, ponendo Amelia di fronte ad esperienze del tutto nuove; per esempio, era rimasta non poco sbalordita nel sentirsi compresa, invece che criticata, a proposito dei litigi, ormai quotidiani, che aveva con la madre. Così, mentre l'atmosfera familiare diventava sempre più opprimente, la scuola era divenuta l'unico posto dove Amelia si sentiva a suo agio, al punto che attendeva con angoscia l'arrivo dei giorni di festa e di vacanza. L'amica aveva finito col trasformarsi per Amelia in un modello supremo di riferimento, tanto che, per tutto il periodo della scuola media, aveva cercato di assomigliarle in ogni cosa, arrivando anche ad assumerne gli atteggiamenti più banali.

Finite le scuole medie, al primo anno delle superiori, il rapporto con la madre non era migliorato; al contrario, gli scontri erano diventati più frequenti e più intensi a causa delle nuove richieste da adolescente che ora Amelia pretendeva. La situazione precipitò una sera in cui, durante uno degli ormai quasi quotidiani scontri, la madre, fuori di sé, minacciò di andarsene per sempre da casa, “*essendo stanca di occuparsi di una famiglia di ingrati*”. Amelia rimase terrorizzata, sia dalla gravità della minaccia sia dal fatto che la madre, sempre composta e dignitosa, aveva perso il controllo in quel modo. Percepì istantaneamente che in questa sua lotta, che ora improvvisamente le appariva irragionevole, doveva aver combinato qualcosa d'irrimediabile; si sentì “*perdente*” e “*umiliata*” e, in lacrime, implorò la madre dichiarandosi disposta a tutto a patto che lei la perdonasse e non la abbandonasse. Da allora, Amelia iniziò a sentirsi sempre più spesso come “*vuota*”, “*inaridita*”, “*confusa*” e “*inca-pace di provare sensazioni chiare*” e, parallelamente, il suo atteggiamento verso la madre mutò radicalmente. Senza più minimamente reagire alle sue critiche, Amelia si trasformò in una ragazza tutta dedicata allo studio e alla famiglia, come se “*essere di nuovo la bambina buona e ubbidiente di una volta*” fosse diventata la sua unica aspirazione. Da allora in poi, salvo qualche breve disaccordo per la frequentazione del compagno di scuola malvisto dalla madre, il rapporto si era più o meno sempre mantenuto su questo binario.

Le abilità che Amelia aveva appreso, sia di distinguere fra senso di sé e comportamento degli altri sia di vedersi in una stessa scena dall'interno e dall'esterno, le permisero di comprendere come le fosse stato intollerabile accettare anche un minimo cambiamento nell'immagine della madre. Lo scopo dell'analisi, in questa fase della terapia, fu quello di ricostruire il ruolo svolto, nell'ambito affettivo, da un aspetto che ad Amelia era ormai noto dal lavoro precedente, vale a dire dall'atteggiamento “legato all'esterno” di riflettersi nel comportamento degli altri per poter riconoscere e auto-riferirsi la sua esperienza immediata. Gradualmente, le divenne sempre più chiaro come tale atteggiamento fosse parte integrante del suo modo di strutturare i rapporti affettivi. Percepire un altro come modello assoluto era il criterio necessario perché una persona potesse essere esperita come significativa; l'“essere in sintonia con” e l'aderire alle aspettative percepite dell'altro era il modo essenziale per sentirsi coinvolta in un rapporto esclusivo, avvertendo nello stesso tempo un senso di più definito e accettabile. Mettendo a fuoco quest'aspetto e ricostruendo la sequenza di scene critiche, diventò sufficientemente semplice rilevare come il suo senso di sé variasse completamente a seconda che il modello di riferimento fosse rappresentato dalla madre o dall'amica. Sembrava indispensabile che nel suo “spazio esistenziale” ci fosse sempre un modello di riferimento assoluto a disposizione: i mutamenti che in lei si verificavano (esigenza di maggior autonomia dalla madre e di maggior condivisione del mondo dei coetanei) finivano col coincidere con il passaggio da un modello di riferimento ad un altro. Dalla ricostruzione del periodo in cui si era sentita in grado di affrontare madre, diventava subito evidente come questo corrispondesse al periodo in cui aveva avvertito un rapporto privilegiato con l'amica. Un'ulteriore messa a fuoco di questo periodo, evidenziò come il suo demarcarsi da un modello non consistesse tanto nel modificare il modo con cui se lo rappresentava, quanto nel cercare di sostituirlo “dall'esterno”, senza riflettere, con un altro che le sembrasse al momento più idoneo. L'esame della sua esperienza soggettiva durante gli scontri del periodo delle scuole medie evidenziò che non vi era stata alcuna critica nei confronti dell'atteggiamento materno, che considerava sempre valido; unicamente, aveva cercato di contrapporre, in una sorta di braccio di ferro, l'immagine, gli atteggiamenti e le opinioni dell'amica al modo di fare della madre. Infatti, il senso di questa contrapposizione cominciò a venir meno, quando dopo aver cambiato scuola il rapporto con l'amica, non più quotidiano, si era andato a poco a poco ridimensionando.

Le diventò improvvisamente chiaro quanto le era successo in quella sera, quando inaspettatamente si era sentita “*perdente*” e “*umiliata*”, cosa che aveva immediatamente attribuito a qualche sua intrinseca incapacità, come del resto la madre le aveva sempre detto. Non potendo più contrastare l'immagine della madre con quella dell'amica, si era sentita all'improvviso priva di qualsiasi identità, sensazione questa che l'aveva terrorizzata ancor più della minaccia della madre. Solo un'adesione sempre più incondizionata al modello mater-

no, al momento l'unico disponibile, poteva farle intravedere una possibile via d'uscita da quel senso d'indefinitezza di sé che avvertiva come intollerabile. I meccanismi d'autoinganno messi in opera, pur garantendole la possibilità di riconoscersi in un modello assoluto di riferimento, di fatto diminuivano fatalmente le possibilità di arrivare ad un senso di sé stabile e definito. Quanto più si sforzava di escludere emozioni e opinioni che potessero interferire con il suo sintonizzarsi sulle aspettative della madre, tanto più il senso di vuoto e di confusione diventavano intensi e pervasivi; ogni volta che (come per la frequentazione del compagno di scuola) la percezione di un cambiamento nell'immagine della madre le affiorava alla coscienza, questa poteva essere avvertita solo come una messa in discussione di sé assolutamente insopportabile.

Nel procedere con la ricostruzione dello stile affettivo, attraverso la focalizzazione e l'analisi delle scene critiche, parallelamente fu portato avanti un reframing di queste stesse scene: in esse veniva inserita l'immagine della madre come persona, grazie alla acquisita capacità di Amelia di differenziare il comportamento di lei dal suo senso di sé. Tale reframing era caratterizzato da una modificazione piuttosto consistente della figura della madre, il cui "essere vittima dell'altrui ingratitude" appariva sempre più ad Amelia come una maschera attraverso cui la madre era riuscita a manipolare tutti i membri della famiglia, senza mai uscire allo scoperto con i suoi bisogni di controllo e di potere nelle relazioni.

Nel caso di Amelia, al tempo della terapia in età di sviluppo, analizzare la sua storia passata significò approfondire ulteriormente il livello d'autosservazione raggiunto col lavoro precedente; in altre parole, volle dire ricostruire come si era organizzato negli anni quel suo modo di ricavare un senso di sé definito attraverso la sintonia con le aspettative percepite di una figura significativa. Secondo Amelia erano state principalmente le sue presunte inadeguatezza e mancanza di forza di volontà a farle privilegiare, sin da piccola, l'"identificazione" negli altri; infatti, la responsabilità familiare era limitata ad averle sempre fornito un ambiente sicuro e ovattato, in cui questo suo atteggiamento aveva potuto essere favorito. Fino a quando il padre, inaspettatamente, non andò via di casa, la sua famiglia era stata considerata come un modello da tutto il vicinato, sia per l'atteggiamento dei genitori, completamente dediti al lavoro e alle figlie cui non facevano mancare nulla, sia per l'atmosfera familiare sempre affettuosa e armoniosa. Tutto ciò accadeva sin da quando i genitori erano ancora fidanzati e passavano per una coppia modello per tutti gli altri giovani, in quanto ad affiatamento e qualità dei sentimenti. Tranne qualche piccolo dissapore verificatosi poco prima del matrimonio, e di cui si era a conoscenza per vie traverse, i genitori erano sempre apparsi come una coppia modello, e alle figlie auguravano sempre la fortuna di poter avere un matrimonio come il loro.

Le prime immagini di vita apparivano ovattate e non si accompagnavano a sensazioni particolari; esse avevano a che fare con la casa, le figure dei genitori e la nonna materna, con cui Amelia ricordava di aver sempre giocato con gioia e che era morta quando lei aveva quattro anni. I ricordi che sembrava avessero una qualche significatività risalivano entrambi ai tre-quattro anni. Il primo era uno dei pochi ricordi di contatto fisico con il padre. Lui, tenendola in braccio, si dondolava su un'altalena; Amelia era serena, si divertiva e rideva beata fino a che non vide la faccia preoccupata della madre che la guardava, dicendo di smettere. Improvvisamente si sentì spaventata a morte, proruppe in un pianto disperato e volle scendere. Un altro ricordo si collocava qualche mese dopo la nascita di una cuginetta, che Amelia aveva accolto con gioia pensando ad una possibile compagna nei giochi che si svolgevano, di solito, fra lei e la nonna (essendo la sorella circa dieci anni più grande e all'epoca adolescente). Una mattina era accanto alla madre e alla zia, che dava da mangiare alla neonata, quando, spinta da un sentimento d'affetto, prese una delle sue caramelle e fece l'atto di dargliela; la madre la incenerì dicendole che era una bambina malvagia a far questo, in quanto pur di attirare l'attenzione su di sé non aveva scrupoli a far morire la cuginetta, e questo perché ne era follemente gelosa. Amelia rimase sconcertata nello scoprirsi così cattiva, tanto che ebbe paura di sé e non si mosse per tutta la mattina; la madre nel frattempo aveva ripreso a chiacchierare con la zia come se nulla fosse accaduto.

A quattro anni Amelia era una bambina "perfetta", molto educata, responsabile, gentile con tutti, ubbidiente e giudiziosa di cui la madre andava fiera, quando ne parlava con le amiche. Quando improvvisamente morì la nonna materna ne rimase molto addolorata; ricordava, tuttavia, che, vedendo alcuni parenti piangere a dirotto, si era sentita molto imbarazzata non capendo bene cosa succedesse, *"dato che i grandi non piangevano mai, e i bambini, quando lo facevano, dovevano smettere subito"*. Da parte sua, la madre, pur essendo molto attaccata alla defunta, sbrigò tutte le operazioni necessarie senza pianti né atmosfere di lutto, tanto che Amelia non si sentì per niente turbata dalla vicenda. L'unica cosa che la spaventò, tanto che proruppe in un pianto perdendo l'abituale controllo, fu il vedere il padre che abbracciava la madre; essendo una cosa inusuale fra loro, per un attimo aveva temuto che lui la stesse aggredendo per farle del male. Pur non parlandone mai male esplicitamente, ma al contrario elogiandone le qualità di lavoratore instancabile, la madre, tra le righe, tendeva sempre a ridefinire in negativo il modo di essere del marito, lasciando intendere che solo lei era il modello cui avrebbero dovuto assomigliare.

Durante l'età prescolare, le rare occasioni in cui si lasciava andare e perdeva un po' del consueto contegno erano quando si lamentava che all'asilo non andasse mai a prenderla la madre, che invece regolarmente inviava una zia. Al malcontento di Amelia, che voleva essere come le altre bambine dell'asilo, la madre replicava prontamente definendola un'"egoista" e un'"ingrata", e lei, sentendosi all'istante del tutto inadeguata, non capiva più il motivo per cui avesse avanzato quelle richieste, che le apparivano come dei disgustosi capricci.

L'ingresso nella scuola elementare fu preceduto da estenuanti raccomandazioni di essere sempre la più educata, la prima della classe e così via, e si concluse con la madre che l'accompagnò personalmente, il primo giorno, e la presentò all'insegnante elogiandone le doti intellettuali, raccomandandosi poi con lei *"di non farle fare brutte figure"*. Le elementari divennero pertanto un supplizio per Amelia: doveva essere ad ogni costo la prima della classe, e, in ogni momento, si sentiva travolta dalla responsabilità di non far fare brutte figure alla madre. Oltre ai pomeriggi passati a studiare, che per lei erano un incubo, bisognava anche sottoporsi ai controlli serali sulla sua preparazione scolastica che la madre faceva, e in cui spesso, dopo averla interrogata più volte e noncurante del fatto che Amelia avesse svolto bene i compiti, la obbligava a riscrivere tutto più volte, finché la grafia non fosse perfetta.

All'inizio della prima media quando comparve il menarca, Amelia corse emozionata dalla madre per comunicarglielo, convinta che anche lei ne sarebbe stata felice. Amelia cominciò a raccontare con trasporto il fatto accaduto mentre la madre era intenta a cucinare; quando si accorse che la madre, impassibile, nemmeno alzava gli occhi rimase impietrita e ammutolì. La madre allora, senza neppure guardarla e senza fare alcun commento, le disse di darle una mano in cucina invece di stare immobile senza fare niente. Era da questo momento che Amelia data il distacco e il risentimento che aveva cominciato ad avvertire nei confronti della madre e che, di lì a poco, sarebbe sfociato in quel periodo di scontri ad oltranza che abbiamo avuto modo di sapere a proposito della sua storia affettiva.

Mettendo a fuoco e analizzando, a più riprese, la sequenza di scene affettivamente significative, Amelia, ricostruendo l'itinerario di sviluppo che l'aveva portata ad un atteggiamento "legato all'esterno", arrivò ad un ri-inquadramento della sua storia passata e ad una rivalutazione dell'immagine della madre. Attraverso il lavoro precedentemente svolto, Amelia era divenuta consapevole di come la relazione con la madre fosse diventata per lei lo "specchio" necessario a riconoscere i propri stati interni, senza che le fosse, però, minimamente chiaro il ruolo svolto dalla madre, come persona, in tutto ciò. Del resto, se fin dall'inizio dello sviluppo personale viene ostacolato l'emergere del senso di essere un'entità separata dagli altri, diventa pressoché impossibile qualsiasi distanziamento da una figura d'attaccamento intrusiva e significativa; di conseguenza, l'esperienza immediata di sé con-

fusa e fluttuante che ne deriva può essere avvertita solo come qualcosa di “costitutivamente” dato. Così, il primo ricordo era portato da Amelia come esempio di come questa sua inadeguatezza e questo suo passare dalla gioia al pianto, in conformità ad un parere espresso da un altro, fosse qualcosa che era nato con lei. Se, però, lo si metteva a fuoco con più accuratezza, cercando sia di farle assumere un punto di vista “dall'esterno” sia di farle differenziare il senso di sé dal comportamento della madre (vedendo quest'ultimo nella prospettiva di ricavarne un'immagine della madre come persona) cominciavano allora ad apparirle tutta una serie di dati nuovi. Dalla rievocazione e dalla messa a fuoco di alcuni ricordi sulle interazioni familiari, il fatto che la colpì di più era che la madre si rivolgesse a lei, sin da piccola, e non al padre, che sarebbe invece dovuto essere il suo interlocutore naturale circa l'andamento della casa e l'educazione dei figli. Nell'analizzare quest'aspetto con “gli occhi di oggi”, le diventava sempre più inequivocabile l'ambiguità dello stile comunicativo della sua famiglia, che ormai stava imparando a riconoscere; le apparve allora chiaro che la madre, pur asserendo il contrario, di fatto non considerava il marito all'altezza del ruolo di padre e che, senza richiederlo esplicitamente, esigeva da Amelia una complicità emotiva assoluta nell'escluderlo da tale ruolo, senza peraltro prendere in considerazione lo stato d'animo che la figlia poteva avere al momento. L'essersi trovata al centro di un contesto familiare ambiguo e mascherato in cui risultava impossibile prendere una posizione emotiva definita era, quindi, ciò che doveva averla gettata nel panico, più che la possibile pericolosità del gioco, quando si dondolava sull'altalena felice fra le braccia del padre.

La messa a fuoco e l'analisi del secondo ricordo dei tre-quattro anni, relativo all'episodio della caramella, contribuirono ulteriormente a renderle palese come uno dei modi con cui la madre non prendeva in considerazione le sue sensazioni ed espressioni emotive consisteva nell'anticiparle e nel ridefinirle, impedendole così di formarsi emozioni e opinioni per suo conto. Il senso conseguente e pervasivo d'indefinitezza e di sfiducia nel riconoscere l'esperienza immediata finiva col renderla, quindi, sempre più centrata su punti di riferimento esterni. Così, la scena relativa alla morte della nonna le dava ora di sé l'immagine di una bambina a tal punto protesa a aderire alle norme di vita che le erano state presentate da essere incapace di riconoscere e di valutare quella che sicuramente era stata una delle situazioni emotive più autentiche e spontanee della sua infanzia. L'incremento di consapevolezza acquisita permise ad Amelia di rendersi conto come, man mano che il suo contegno e la sua giudizioosità si affinavano, nel tentativo di aderire alle aspettative della madre, diminuissero gradualmente le possibilità di riconoscere atteggiamenti ed emozioni spontanei sia in sé sia negli altri, come poté dedurre dalla sua reazione quando vide il padre che “imprevedibilmente” abbracciava la madre.

Data la giovane età di Amelia, il suo era un passato ancora molto prossimo, in cui i ricordi conservavano quella vividezza e quella risonanza emotiva che si affievoliscono invece con l'età adulta, e, come tali, risultavano più facili da ricostruire. Pertanto, man mano che si procedeva nel mettere a fuoco la fanciullezza (per lei quasi l'attualità), Amelia era sempre più in grado di riconoscere in tutte le scene critiche l'elemento invariante che aveva sempre caratterizzato la sua esperienza del rapporto con la madre: quello di non aver mai avuto il senso di poter essere una persona autonoma con emozioni e pareri propri. Capì che questo senso di sé vago e del tutto indefinito le derivava dal modo in cui aveva esperito e aveva riferito a sé il combinarsi mutevole dei due atteggiamenti di fondo che la madre aveva sempre avuto nei suoi confronti; più precisamente, quello di anticipare e ridefinire le sue intenzioni ed emozioni (episodio della caramella, ecc.) e quello della disconferma, sia indiretta (come farle comunque riscrivere i compiti a prescindere dal fatto che li avesse già svolti e bene) che diretta (esemplificata dall'episodio delle mestruazioni).

Parallelamente si è andata modificando l'immagine che Amelia aveva della madre; già nel corso della fase precedente di terapia, la paziente non riteneva più che sua madre fosse un modello assoluto di perfezione cui dover corrispondere ad ogni costo. Questo cambiamento di prospettiva le aveva fatto vedere gli atteggiamenti “vittimistici” della madre come dei “trucchi relazionali” per manipolare i vari membri della famiglia in modo tale da avere sem-

pre il controllo dell'andamento familiare. Amelia, tuttavia, mentre aveva chiaro che questi atteggiamenti della madre non potevano essere fini a sé stessi, non era però mai riuscita ad intravederne un collegamento con possibili problemi esistenziali che la madre come persona poteva aver avuto. Nel corso della ricostruzione della storia passata, tuttavia, le era diventato sempre più chiaro come, di là dalla facciata, ci dovesse essere qualcosa di fondo che non funzionava nei genitori come coppia. L'episodio relativo a quando si era impaurita vedendo il padre che abbracciava la madre, l'aveva fatta molto riflettere e le aveva chiarito come i genitori non avessero mai avuto fra loro nemmeno le più banali affettuosità che comunemente è dato di vedere tra coniugi. Anche la continua luce negativa gettata sul padre e l'immediata gelosia che la madre manifestava ogni volta che le figlie esprimevano gusti o preferenze che facessero deporre per un loro attaccamento al padre avvalorava in lei la sensazione di un profondo contrasto fra loro, mai apparso in modo visibile.

Un altro avvenimento, per alcuni aspetti finora incomprensibile, ma di cui ora andava intuendo **la** trama, era quello che riguardava la separazione dei genitori. Due anni prima, una domenica durante il pranzo Amelia chiese alla madre quando sarebbe tornato il padre, giacché quest'ultimo, consulente legale di alcune aziende con sede all'estero, frequentemente viaggiava per motivi di lavoro. La madre fredda e distaccata, senza distogliere lo sguardo dal televisore, rispose che il padre era andato via di casa, e aggiunse, assumendo un'aria ancora più indifferente che *"in fondo non sarebbe stata un grossa perdita per nessuno, in quanto anche quando era in casa ... era come se non ci fosse"*. Dopo aver diffidato le figlie dal parlare di *"questa incresciosa circostanza"* con qualcuno, parenti compresi, sempre impassibile, si ammutolì e si concentrò nuovamente sul programma televisivo. Amelia si sentì invadere da una forte ed inspiegabile emozione e fu in procinto di scoppiare in lacrime; improvvisamente, però, le tornarono in mente le parole della madre che, suonandole sorprendentemente rassicuranti, la tranquillizzarono. In effetti, niente parve cambiare in casa e a parte qualche allusione della madre all'ingratitude paterna, non si parlò più dell'argomento. Il padre che, tra l'altro, non si era portato via nessun effetto personale, periodicamente, tornava a casa dove trascorrevà, come il solito, parecchie ore chiuso nel suo studio. La vita scorreva come se niente fosse accaduto e solo poco tempo prima dell'inizio della terapia, sempre dalla madre, Amelia seppe incidentalmente che il padre viveva con un'altra donna, *"forse una sua vecchia fiamma"*.

Fu allora che di colpo le vennero in mente, con una chiarezza che la lasciò meravigliata, le voci che per vie traverse (cugini, parenti, ecc.) le erano arrivate molti anni prima circa i "contrast" che i suoi genitori avevano avuto alla vigilia del matrimonio. La madre, in attesa della prima figlia, "all'ultimo momento" e solo per evitare una brutta figura davanti a tutti, era riuscita ad ottenere che il padre, innamorato di un'altra donna, rinunciassero a mandare a monte il loro matrimonio. L'avergli rivolto contro le figlie e l'averlo "escluso" dalla famiglia, senza mai accennare al problema di fondo, era stato quindi il modo che aveva permesso alla madre di non esplicitare la propria sconfitta e, nel contempo, di rivalersi su un uomo che, dopo averla rifiutata e tradita, si era sentito costretto a far fronte agli impegni presi. L'intuire il segreto della madre cambiò in modo considerevole l'atteggiamento che Amelia aveva verso di lei; non provò più risentimento nei suoi confronti, ma piuttosto arrivò a vederla come una che, sentitasi "sconfitta" come donna, aveva cercato, in modo estremamente superficiale, di risolvere questo suo tema di fondo esibendo un'immagine perfetta di sé che non potesse in alcun modo essere messa in discussione. Per Amelia non fu dunque più inaspettato o disturbante rendersi conto che sua madre, con ogni probabilità, avrebbe criticato per tutta la vita i comportamenti alimentari delle figlie, le loro relazioni sentimentali, i risultati scolastici, le scelte di vita ecc., ma adesso per lei era chiaro che questo era un problema che riguardava la vita di sua madre.

L'intervento terapeutico, realizzato per gradi, è stato impegnativo e, nel suo complesso, è durato circa due anni. La preparazione del contesto clinico e interpersonale ha richiesto 6 sedute a causa dell'iniziale scarsa collaborazione della paziente e del suo atteggiamento passivo e ambiguo. La tappa successiva, definita come la costruzione del setting terapeutico

co, ha rappresentato la fase centrale della terapia, fase dove si è cominciata a verificare la remissione della sintomatologia (normalizzazione dell'apporto alimentare con conseguente miglioramento delle condizioni fisiche generali e regolarizzazione del ciclo mestruale). La costruzione del setting terapeutico si è articolata schematicamente in due parti: la prima, della durata di 6 mesi circa, ha riguardato la focalizzazione e il ri-ordinamento dell'esperienza immediata; la seconda, della durata di ulteriori 6 mesi circa, è stata dedicata alla ricostruzione dello stile affettivo. La terza e ultima fase ha avuto la durata di sei mesi circa e si è occupata dell'analisi della storia di sviluppo di Amelia, infatti, la paziente si è mostrata interessata a proseguire l'esplorazione personale nonostante la scomparsa sei disturbi che l'affliggevano.

Una volta in via di conclusione il lavoro d'esplorazione intrapreso, il terapeuta ha gradualmente stabilito un setting per preparare e facilitare il distacco della paziente dal contesto terapeutico, trasformando la relazione terapeutica in un rapporto di supervisione, come se Amelia fosse una terapeuta alle prime armi che periodicamente sottopone ad un collega più esperto l'andamento dei casi che segue, con la sola differenza che il caso di cui si occupava era lei stessa. La frequenza delle sedute è diminuita progressivamente, diventando una ogni due mesi, poi una ogni tre-quattro mesi e così via, fino all'interruzione.

## Caso Clinico 2: Carlotta

Diagnosi (DSM-IV): Bulimia Nervosa, con Condotte di Eliminazione (Cod. F50. 2)

Carlotta è stata inviata al nostro servizio dal suo medico di base per un problema di Bulimia nervosa. Ha 22 anni, pesa 70 Kg, ed è alta 160 cm (IMC=27 – sovrappeso di 1° grado); è iscritta al III anno della facoltà d'Ingegneria, ha un ottimo profitto ed è in corso. È unicogenita e vive con i genitori: il padre di 58 anni (pensionato) e la madre di 57 anni (casalinga).

Carlotta mostra meno anni della sua età, i lineamenti sono paffuti ma ben caratterizzati e regolari, ha capelli scuri e occhi verdi; l'espressione è dolce e spesso sorride, sorriso che si spegne nei momenti in cui parla della *“sua strenua lotta contro il cibo ... il suo incontrollabile persecutore”*. Il tono della voce è basso, a volte rauco ma gradevole. Le parole sono ricercate, le frasi ben costruite e l'eloquio è lento. Lo sguardo è sfuggente, ma quando si sente non osservata scruta con curiosità il terapeuta. Si mostra esageratamente collaborativa e compiacente. Gentile nei modi, ordinata nell'abbigliamento ed elegante nel portamento, veste di colore scuro e di foggia larga, e si presenta con una motilità a tratti rallentata.

Nelle prime sedute, al di sotto di **evidenti** modi superficiali e di là da un certo tono brusco, accentuato da un modulo di voce arrochito, si è evidenziata un'attitudine collaborativa, una **esplicita** compiacenza verso l'interlocutore che lasciava trasparire un'inequivocabile tendenza alla manipolazione, al tentativo di controllare la situazione e di prendere l'iniziativa. A volte, a dipendere dagli argomenti, **diventava** inquieta, **sistemava** le seggiole e **metteva** in ordine gli oggetti sulla scrivania. In modo gentile e simpatico, **faceva** notare che, pur essendo del tutto d'accordo con quello che si **stava** facendo e riconoscendo la competenza dell'interlocutore, **riteneva** che il terapeuta **avrebbe potuto** fare ben poco per risolvere il suo problema. È abile e convincente nell'argomentare, e conduce il suo discorso con una precisa logica ed un buon rigore. L'evidente tentativo di prendere l'iniziativa e di indirizzare il colloquio conferisce all'atteggiamento generale di Carlotta un certo andamento vischioso, ripetitivo e circostanziato, ed anche una certa atmosfera d'autosufficienza grandiosa in qualche modo stridente. È stato difficile, ed in qualche modo per il terapeuta superfluo, distinguere quanto ciò fosse dovuto ad un senso di disagio per la presenza dell'interlocutore imposto dai genitori e dal medico di famiglia ed in qualche modo vissuto da lei come prevenuto, o quanto ad un comprensibile timore di non esporsi troppo con uno sconosciuto.

Questo atteggiamento non è tardato a venir meno, nei successivi colloqui, quando Carlotta riesce ad entrare in maggiore intesa e confidenza con il terapeuta. Se in un primo tempo ella è collaborativa ma guardinga, **come** costretta ad argomentare con abilità, e quasi se lo impone, sembra che procedendo nei colloqui ella via via si scioglia, e sia in realtà ben felice che ciò avvenga: diventa molto produttiva, riccamente narrativa, irruente e vivace. A volte chiede di poter parlare in piedi, di fronte al terapeuta seduto, in parte per un bisogno di controllo e di non perdere l'iniziativa, **ma anche** per superare il senso di subordinazione che sembra tollerare poco; parla andando avanti e indietro, misurando a passi lenti la stanza, gesticolando, modulando la voce in modo efficace ed adeguato al tono della narrazione. Due volte scoppia in un pianto silenzioso, voltando la schiena, quasi per pudore, in circostanze che non mancheremo più avanti di rilevare. Risulta molto inquieta e controllata nel racconto della sua vita; molto espressiva e vivace, dà l'impressione di una totale genuinità di contenuti e d'attitudine generale. A tratti la narrazione diventa intensa, precisa e nello stesso tempo efficace, quasi recitata, ma priva, a parere del terapeuta, di finzione. Racconta con ricchezza di modalità metaforiche, con notevoli capacità d'astrazione e di descrizioni degli eventi, con modi di dire appropriati e coerenti non senza una vena fantasiosa.

Ne risulta un contatto con il terapeuta valido, in cui Carlotta cerca di comunicare stati d'animo, emozioni, vissuti e reazioni. Ciononostante, al fondo ed a tratti, si coglie qualcosa di distaccato e di lontano, come se esistessero momenti in cui si isola, si nasconde e sfugge al contatto: qualche osservazione viene ignorata, qualche sguardo sfugge, come se esistesse un mondo chiuso, un meccanismo difensivo d'isolamento e di scissione, di fronte a difficoltà e a diffidenze profonde, non connesse al colloquio in atto né alla persona che sta parlando con lei, ma strutturali. Non può sfuggire, nella complessità vivace delle sue espressioni, nelle ambivalenze sistematiche del suo tono e del suo modo di comunicare, nel suo modo assieme cerimonioso e spavaldo, nel suo periodare sicuro e scandito e assieme fortemente conflittuale ed insicuro, nel bisogno di porsi al centro dell'attenzione e di manipolare la situazione assieme al bisogno di essere creduta, ben valutata, nella ricerca di una difficile sintonia e comprensione da parte dell'altro, un'aggressività ben strutturata e repressa ma intensissima, un basso livello di tolleranza alla frustrazione, ed un marcato vissuto di sofferenza, legata al senso d'umiliazione, di ferita profonda, d'offesa interiore continua e antica, su cui torneremo. Da queste ambivalenze e da queste commistioni nasce la singolare impressione di un atteggiamento che oscilla tra la raffinatezza, l'intelligenza e la sensibilità, ed una certa contrastante rigidità di fondo, tra il portamento della *"brava bambina ubbidiente"* e di una ragazza *"colta, intelligente e autonoma"*, bisognosa di presentarsi in modo amplificativo (*"sono brava a scuola"*, *"sono simpatica"*, *"tutti mi chiedono consigli"*, *"tutti mi hanno sempre deluso"*, *"sempre io devo ascoltare gli altri"*).

L'orientamento temporo-spaziale è nella norma; sul piano della coscienza e della coscienza dell'Io la lucidità è integra. Non vi sono vissuti di tipo crepuscolare, nel senso che sia il campo sia il fuoco della coscienza sono perfettamente in risonanza, e vissuti con adeguatezza e precisione, e non c'è nessun tipo di restringimento del campo di coscienza. Né sembrano presenti, a proposito della coscienza dell'Io, fenomeni di sentimento di perdita di proprietà dei propri atti di conoscenza, nel senso che negli episodi della sua vita da lei narrati, compresi i più difficili e inconsueti, esiste sempre un preciso corredo mnemonico e una notevole possibilità di rievocazione, ed a suo dire, c'è sempre stata anche in queste occasioni, una notevole possibilità di controllo del comportamento (a parte le abbuffate, che rappresentano *"il suo tallone d'Achille"*) e di aderenza, talora finemente e imperturbabilmente dissimulativa, alla realtà.

La paziente racconta che non riesce a motivare i suoi comportamenti bulimici, e riferisce che è *"come una Carlotta che osserva l'altra Carlotta che mangia e ... che sfugge alla sua comprensione"*. Manca totalmente, nel suo racconto, il vissuto di scissione della coscienza, ma piuttosto **vi è** quello di vedersi prendere decisioni e compiere azioni senza sapere perché; il che pare cosa completamente diversa da una rottura dell'identità e della coscienza dell'io, nelle sue quattro componenti fondamentali, unità temporale, unità narrativa, diffe-

renza dal mondo esterno, e unità emozionale: solo le ultime due, anche se parzialmente, possono considerarsi intaccate a partire dal suo racconto.

Non si evidenziano segni di ipoprolessia: l'attenzione è ben conservata, precisa, vivace, altamente selettiva e pronta: nulla sfugge alla sua osservazione, notevole è il suo interesse per alcuni argomenti, le sue disattenzioni sono funzionali agli scopi del suo discorso. La memoria appare perfettamente in ordine, sia per i fatti recenti sia per quelli remoti. Ogni evento è presente con precisione, ma raramente è corredato di un'emotività adeguata e ben risonante, ogni particolare del mondo recente e dell'infanzia può essere rievocato vivacemente e con ricchezza di particolari coerenti. Non esistono, in altre parole, deficit di memoria né diffusi né lacunari; la registrazione immediata degli avvenimenti è regolare. Esistono contenuti particolarmente rilevanti sul piano emotivo che sono rievocati più facilmente e con grande specificità, e si tratta sempre di episodi in cui risalta la delusione, la frustrazione, la caduta di fiducia, la ferita e il trattamento ingiusto, dispregiativo o sleale da parte di persone emotivamente significative. La capacità di inquadrare gli avvenimenti in schemi temporali validi è del tutto mantenuta, e gli engrammi sono sistemati secondo modalità gerarchiche formalmente ineccepibili.

La funzione psicoperceptiva appare in ordine. Non esistono in atto fenomeni illusori, né allucinazioni, ed un minuzioso colloquio su questo punto permette di escludere che siano mai esistite alterazioni percettive, né con carattere allucinatorio, né pseudoallucinatorio, né allucinoso.

Il linguaggio, ed il pensiero che lo sottende, appaiono privi d'alterazioni formali. Il discorso procede a tratti con una certa pressione ed una certa accelerazione, mentre altre volte si rallenta e si ferma, ma sempre sotto la guida e l'influsso della valenza emozionale e della spinta affettiva dei contenuti, ed è quindi fundamentalmente normale; anzi queste variazioni della velocità e del ritmo contribuiscono alla vivacità e all'espressività del racconto. Non esistono alterazioni della struttura sintattico-grammaticale né alterazioni associative, non turbe dei legami logici o affettivi, non esistono intoppi, né deragliamenti, né iperinclusività, né legami associativi per assonanza, né giochi incongrui di parole. In altre parole, non v'è traccia di linguaggio dissociato né incoerente. Il linguaggio sia parlato sia scritto è corretto, adeguato e di struttura ottima rispetto alle condizioni culturali di Carlotta. Non c'è tendenza al linguaggio concreto, le capacità d'astrazione sono buone, il lessico è ricco, variegato e preciso, qualche battuta significativa in dialetto viene fatta solo dopo che ella si è accorta che il terapeuta può comprendere e corrispondere, quasi ad aumentare l'intimità interpersonale; la mentalizzazione, o la capacità di esprimere per via mentale e con le parole i vissuti emotivi è buona. Ricche, come abbiamo già avuto modo di notare, sono le capacità di produzione di metafore, spesso con l'aiuto di detti popolari, citazioni di modi di dire o proverbi, che vivacizzano ulteriormente il discorso.

Nel pensiero risulta una tendenza alla coazione a ripetere. Una certa ossessività su alcuni contenuti si fa strada spesso, ma qui occorre fare alcune precisazioni. Non esistono propriamente contenuti di pensiero che possano definirsi deliranti in nessuna delle due accezioni fondamentali, né in quanto convincimento del pensiero erroneo, né in quanto alterazione della coscienza di realtà nei contenuti di pensiero. Però alcune idee tendono ad assumere un valore prevalente, soprattutto per ciò che riguarda due componenti: da un lato l'idea continuamente presente e intollerabile di essere stata, dall'infanzia ad oggi, sempre maltrattata, delusa e ferita da coloro a cui concedeva affetto e confidenza (questo rappresenta un nucleo sistemico di idee fortemente intriso da delusione, rabbia, rancore e disperazione), dall'altro l'idea di essere una solitaria, anzi come condannata alla solitudine per via del suo corpo "grasso e brutto", con il continuo ed ineluttabile fallimento di ogni possibile rapporto interpersonale, con l'incapacità di instaurare con un ragazzo un legame affettivo valido e duraturo, e col prevalere, invece, di rapporti deteriorati, svalutati e passeggeri (nessuno dei quali concluso in una relazione sentimentale).

Per quanto riguarda l'affettività, il discorso si fa complesso, in quanto si rileva certamente un notevole livello d'ansia, che non si esprime però come tale (sia come esperienza ansiosa consapevole sia come corredo somatico e vegetativo usuale), ma è vissuta come esperienza d'inquietudine, d'inadeguatezza, d'instabilità e di scontentezza, o di non completezza e mancanza di sosta interiore, ma soprattutto d'irritazione e di risentimento diffuso. Allo stesso modo non si può dire, in termini stretti, che il tono dell'umore sia propriamente basso, e che Carlotta sia depressa, nè come astenia somatica globale, nè come tristezza, nè come abbattimento o melanconia; questa dimensione è vissuta attraverso esperienze disforico-irritabili, come un sentimento di profonda irritazione e malumore di fondo, e non certo legato alle sue crisi bulimiche, o al massimo da queste giustificato e razionalizzato, e come un senso di rabbioso scoramento e di vissuto di perdita dei sentimenti e degli investimenti emotivi. Alle volte la depressione prende campo, e Carlotta, piangente e silenziosa, viene presa da un sentimento di disperazione che le toglie per un poco la parola di bocca, quando si tratta della perdita dell'unica cotta durevole che aveva avuta, a causa, secondo lei, della malevola influenza di un'amica, e quando viene a parlare delle quotidiane prese in giro dei compagni delle elementari e delle medie durante l'ora di ginnastica. Tolti questi specifici momenti d'alto grado di coinvolgimento emotivo, l'umore è più sul versante eccitato e disforico che depressivo.

La psicomotilità è armonica, nel senso che non esistono nè rallentamento nè eccitamento psicomotorio, in senso stretto, nè altre alterazioni psicomotorie (tremori, movimenti involontari o altro). Si può aggiungere che l'espressione del volto è alle volte accigliata e aggrottata, il sorriso non manca in certi passaggi del colloquio, e soprattutto la mimica è cangiante, mobilissima, fortemente espressiva e del tutto adeguata agli argomenti. Dorme poco, ma le basta.

Da un punto di vista descrittivo, la diagnosi di Carlotta soddisfa i criteri del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-IV) di Bulimia Nervosa. In particolare sono presenti:

- ricorrenti abbuffate caratterizzate dal mangiare in un definito periodo di tempo una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili e sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (Carlotta riferisce di "abbuffarsi" con regolarità, più volte al giorno, in particolare la notte: *"L'altra notte ero da sola a casa ed ho iniziato a mangiare come un robot. Non ho smesso finché non ho sentito male allo stomaco. Non è stata la prima volta e non sarà neanche l'ultima. Cerco di controllarmi, ma è più forte di me. Vorrei parlare con qualcuno ma non so con chi. Tutte le mie amiche sono magre e non hanno la minima idea di che cosa significhi sentirsi prigioniera di un corpo pesante ... Sono arrabbiata con mia madre che da piccola non mi ha mai fatto seguire seriamente da un dietologo; sono arrabbiata con me stessa perché sono debole e non riesco a controllare le abbuffate. Ma più sono arrabbiata o triste, più mangio. Mi abbuffo col risultato di trovarmi sempre più grassa, arrabbiata e triste. E' un circolo vizioso da cui non riesco ad uscire"*);
- ricorrenti ed inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici, enteroclistmi o altri farmaci, digiuno o esercizio fisico eccessivo (Carlotta riferisce che alle abbuffate seguono giorni di digiuno, in cui cerca di non tornare a casa e di stare all'università per non mangiare; recentemente mangia e vomita sempre più spesso: *"Ormai sono arrivata ad abbuffarmi e vomitare anche due volte al giorno. Durante questa settimana ho cercato di frenare l'impulso, ma ho sempre avvertito il desiderio di rigettare quello che mangiavo. Oggi non ho resistito: è stato una catastrofe. Spero di riprendermi prima che la cosa peggiori. Penso solo al cibo. Non voglio che la mia vita sia così sterile. Ho bisogno d'aiuto ... ormai so bene come fare, cosa mangiare, quanto bere*

*per facilitare il vomito. E ogni volta sto malissimo. Negli ultimi tempi sono riuscita persino a dimagrire ...”);*

- *abbuffate e condotte compensatorie che si verificano entrambe in media almeno due volte la settimana, per tre mesi (nell'ultimo anno la frequenza di abbuffat e di conseguente vomito autoindotto è pressoché quotidiana);*
- *livelli d'autostima indebitamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo (Carlotta ha una vita sociale ristretta al di fuori della vita universitaria; studia da sola e tende ad evitare qualsiasi situazione d'interazione con altre persone, specie di sesso maschile. Racconta: “Mi sono sempre vista grassa è brutta, alle elementari non frequentavo quasi nessuno, alle medie avevo solo amicizie di comodo ... è andata un po' meglio alle scuole superiori. Solamente ora, all'università, ho qualche amicizia ... insomma non è che sono stata molto fortunata in questa cosa, di sicuro sino alle medie era colpa mia perché ero molto distaccata dagli altri ... la pensavo in modo diverso dagli altri ... e temevo che mi pigliassero in giro per il mio aspetto”).*

Da un punto di vista costruttivista e al fine di della diagnosi esplicativa, il terapeuta ha cercato, sin dalle prime sedute, di abbozzare un'ipotesi d'organizzazione di significato personale, fondamentale per la pianificazione dell'intervento.

Un primo dato significativo emerge dalla descrizione che Carlotta dà dei propri genitori: la madre viene descritta come particolarmente intrusiva e controllante, ed il padre come una figura secondaria ed assente (*“il babbo non lo vedo quasi mai, praticamente...la mia mamma, invece, sempre!”*). Carlotta vive la sua mamma come un detective e un controllore intransigente e aggiunge *“non ho un minimo di privacy, niente, mi controlla continuamente ... mette il naso in tutto... da una parte sono contenta perché so che lei lo fa per aiutarmi, quindi certe volte glielo chiedo anch'io ... perchè lei mi vuole perfetta ... quindi cerca di ... aiutarmi. Per esempio, finché non avevo il problema del peso, trovava comunque un difetto: che mettevo il piede storto, che stavo storta con la schiena, insomma qualunque cosa ... ora ... che dei piedi storti non me ne importa più niente... mi lascia in pace per questo, ma ... mi dice che non ho forza di volontà”*. Il rapporto con la madre, seppur conflittuale e privo di quel calore necessario che avrebbe dovuto accordarle, le offre una presenza continua, e viene ben descritto in questi termini: *“mi da il bocconcino, poi ... mi brontola e poi mi da la carotina, poi ... mi brontola e così via...”*.

La vita di Carlotta, sin dall'infanzia, è stata caratterizzata da situazioni che hanno stimolato un'organizzazione della conoscenza costruita sull'ambiguità, determinando contemporaneamente agio e disagio. Si tratta di un ecosistema che non poteva non esasperare in lei una compulsiva ricerca di sicurezza. Durante la fanciullezza, Carlotta non poteva fare altro che adeguarsi alle regole imposte e confermare le aspettative genitoriali (figlia d'oro). Nei confronti degli altri “significativi”, è stata una ricerca continua di mostrare sempre il meglio di sé, adeguandosi, cercando conferme e definizioni. Questo ed altri aspetti emergono dai suoi racconti: *“Tutte le volte che mi dicevano - sei una bambina, buona, bella e luminosa - mi sentivo importante ... quando sono cresciuta mia madre, in particolare, mi assillava sempre più con continue richieste ... non ultima quella di dimagrire, e mi faceva soffrire ripetendomi continuamente frasi dolorosissime come - non vedi come sei ingrassata? ... così fai schifo, non riesci più ad indossare nessun vestito -. Più mi ripeteva queste parole, più la mia fame aumentava e, di conseguenza, mangiavo sempre più. Mangiavo fino a sentirmi nauseata, fino a quando non riuscivo ad alzarmi dalla sedia per la pesantezza ...e anche i miei compagni mi prendevano in giro”*

L'immagine di sé, dai contorni confusi e poco definiti, che Carlotta via via costruisce, è permeata da un profondo senso d'inadeguatezza, a causa dell'impossibilità di feedback chiari ed espliciti sulle proprie idee ed emozioni, per il suo continuo adeguarsi alle aspetta-

tive altrui. Al debutto adolescenziale, a causa delle perturbazioni tipiche di quest'età, le modalità interattive precedenti hanno iniziato a vacillare, ed il cibo e le abbuffate sono diventati l'unico ambito viabile ove eludere il controllo materno ed esprimere i propri disagi emozionali.

Le abnormi fluttuazioni emotive, determinate dai modelli rappresentativi acquisiti (Internal Working Models), hanno ostacolato lo strutturarsi di un'identità stabile, venendosi così a strutturare un'identità personale con le caratteristiche tipiche dell'organizzazione di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni. Queste caratteristiche sono riconoscibili nei seguenti tratti:

- atteggiamento verso di sé oscillante tra valore assoluto e critica spietata, con una valutazione molto confusa della propria efficienza;
- atteggiamento verso la realtà basato sull'ambiguità nel senso che il mondo è visto come fonte di gratificazioni attese, ma anche di possibili e temutissime delusioni (rimanere nell'indefinito per non soffrire, appare la miglior scelta);
- rapporti con le persone significative destinati alla delusione, perché caratterizzati da indefinitzza e incertezza, che prendono forma nell'essere deludenti e nel rimanere delusi.

Le peculiarità salienti che caratterizzavano lo scompenso di Carlotta e che sono tipiche della personalità di tipo Disturbi Alimentari Psicogeni, nella fattispecie si concretizzavano:

- nell'evitare le situazioni in cui vi erano persone per lei significative, pur sentendo il forte desiderio di essere da loro approvata, al punto di considerare prive d'interesse tutte le altre circostanze, *"in cui non c'è nulla da scoprire o da temere"*;
- nell'assenza di relazioni affettive stabili (nel caso della paziente anche nell'evitamento di rapporti d'amicizia intimi);
- nella necessità di aderire a ruoli massimali, con la tipica modalità di pensiero "tutto" o "nulla";
- nelle emozioni che sente confuse e non riesce a percepire con chiarezza, con un conseguente incolmabile "senso di vuoto" che solo il cibo riesce raramente a riempire.

Il tema del giudizio è rilevante per Carlotta, tende sempre a giudicare gli altri e sé stessa in termini di "tutto o nulla", secondo gli "assolutizzanti" parametri personali **mutuati** nell'interazione con la propria madre. Esemplicativo a riguardo è quanto esplicitato nel corso di una seduta: *"TUTTO vuol dire solo studiare e prendere il massimo dei voti agli esami, ma anche seguire una dieta rigida ... NULLA vuol dire non studiare e non fare gli esami, anche se questo non mi è mai capitato, ma anche abbuffarmi ..., e questo mi capita spesso ... l'EQUILIBRIO consisterebbe nello studiare quanto basta, nel non abbuffarmi e mangiare regolarmente"*.

Carlotta riteneva di provare una grande rabbia e d'essere gelosa ed invidiosa delle persone per lei significative che la circondavano, in quanto avrebbe desiderato con queste solo rapporti esclusivi. Ma anche quest'aspetto era vissuto con ambiguità: *"poi alla fine, mi deludono, non mi interessano più e mi scatta il biasimo"*. La cosa per lei più importante era essere la migliore, per cui la maggior parte della sua frequentazione era con persone verso cui non provava interesse e riteneva inferiori: *"stando con persone peggio di me ... forse sono la migliore"*.

Era da sempre consapevole delle sue difficoltà emotive, ma non sapeva come affrontarle come più volte aveva affermato nel corso della terapia: *“emozioni come odio e amore ... vorrei, ma con la razionalità le fuggo ... non voglio sentire niente ... e cerco con la ragione di trovare gli aspetti positivi e negativi del mio fuggire”* .... *“se dai una spiegazione a qualcosa che ti fa star male ... puoi sopportare il dolore. Io il dolore lo razionalizzo, infatti, il dolore è relativo e quindi tollerabile!”* ... *“quando faccio delle cose che non voglio fare poi mangio perché non riesco a manifestare le emozioni in altro modo”*.

A causa del sovrappeso, fu deciso che Carlotta sarebbe stata seguita anche da una dietista. Si trattava di una ragazza giovane, che era andata, precedentemente e senza successo, da diversi terapeuti e che pur non essendo riuscita a risolvere il problema, tuttavia voleva affrontarlo. Carlotta espresse chiaramente il desiderio di *“ottenere la scomparsa delle abbuffate”*. Come sempre in questi casi, il disturbo era la manifestazione di un disagio, di cui bisognava ricercare l'origine e i meccanismi di mantenimento, per poterlo risolvere. Terapeuta e dietista decisero di lavorare su due ambiti chiaramente differenziati: alla dietista il compito di seguire Carlotta sul piano alimentare e allo psicoterapeuta il compito di seguirla su un piano terapeutico, in particolare lavorando sul riconoscimento e sull'espressione delle emozioni (anche quelle connesse alle manifestazioni bulimiche) e sulle rappresentazioni cognitive ad esse connesse. *Fu chiesta a Carlotta la disponibilità ad essere seguita contemporaneamente sia dal terapeuta sia dalla dietista e, poiché accettò, fu stipulato con lei un contratto terapeutico finalizzato a risolvere il problema alimentare “abbuffate”, e a focalizzare le emozioni ad esse associate.*

Sin dal primo colloquio Carlotta ha rivelato di non sentirsi bella e di pensare di non piacere a nessuno. Ha raccontato di provare una rabbia intensa quando la madre la controlla o la critica: le verrebbe voglia di lanciare il piatto con il cibo per terra, ma solitamente desiste e decide di non mangiare, per poi abbuffarsi solitamente di nascosto e sola. Fuori casa, invece, non manifesta per niente le sue emozioni, riuscendo perfino a non essere aggressiva.

In casa non tollera i litigi, quasi quotidiani, tra i genitori, che ritiene inevitabili in quanto la madre non sopporta che il marito sia indifferente a tutto. Secondo Carlotta, la madre desidererebbe separarsi, ma il motivo per cui non lo fa è sia affettivo sia economico: ritiene, infatti, che la figlia abbia bisogno d'entrambi i genitori, e che insieme le possono dare di più, in quanto le disponibilità economiche sono scarse. Quando Carlotta aveva sei anni, i genitori si sono separati, ma solo per un breve periodo in quanto la madre *“per non farla soffrire”*, ha preferito riappacificarsi col marito.

Carlotta non ha un buon rapporto con il padre: spesso gli risponde male e si schiera dalla parte della madre, provocando in lui comportamenti aggressivi che si esplicitano indirettamente, per esempio, picchiando il cane di Carlotta o togliendole i soldi e la macchina. Contemporaneamente, il padre le suscita pena, perché *“non gli vuole bene nessuno”*. Si vergogna di dire queste cose del padre e soggiunge *“... mio padre è buonissimo, ma ... fa una cosa e poi distrugge tutto quello che ha fatto prima”*.

Anche i rapporti interpersonali extrafamiliari non sono facili: ha poche amicizie e un'amica intima che da poco si è fidanzata, deludendo così la sua aspettativa di rapporto esclusivo. In ogni caso con l'amica non si è mai confidata perché si confida solo con la mamma, nonostante non si senta da lei compresa (*per esempio, la madre la diffida e la mette in guardia dall'aver rapporti prima del matrimonio, “essendo una ragazza priva di volontà senza spina dorsale”*). Nel corso delle sedute si è via via evidenziata con chiarezza la difficoltà di Carlotta a manifestare le proprie emozioni, soprattutto nel gruppo dei pari. Oltre alla difficoltà di esprimersi, Carlotta era incapace di leggere con chiarezza i propri sentimenti e i significati ad essi connessi. All'invito del terapeuta a farlo, si è così espressa: *“è meno doloroso stare male che prendere in considerazione il motivo per cui non hai più voglia di fare niente”*.

La vita di relazione con l'altro sesso era "disastrosa". Non ha mai avuto un fidanzato ed ha idee irrealistiche e massimali a riguardo: "il ragazzo con cui starò dovrà essere solo mio, non voglio dividere il suo amore con nessuno ... mi dà, perfino, fastidio l'idea che lui possa stare bene con altre persone e poi venire da me".

Nelle prime sedute, Carlotta ha espresso spesso i suoi timori nei riguardi della terapia, raccontando il suo iter dagli psicologi: "lo psicologo da cui andavo quando ero bambina, non ci ha capito nulla, mentre la psicologa della quarta superiore mi smontava tutto....io sono la più relativista di questa terra, ma ho due, tre cose su cui credo e tu non me le puoi smontare, altrimenti non mi rimane più niente".

Inizialmente è stato difficile sintonizzarsi emozionalmente con Carlotta, a causa della sua sospettosità e della sua difficoltà ad esporsi; la paziente pur dichiarandosi collaborativa e, nonostante accettasse il trattamento sul piano razionale, su quello emozionale era difesa, sfiduciata e polemica. Si cominciò, allora, a mettere a fuoco e ad analizzare questa difficoltà, e le fu consentito di esprimere al massimo tutta la sua diffidenza; cominciò ad essere chiaro a Carlotta che la realtà non si poteva costruire solo nei termini di tutto o nulla, come emergeva nei suoi resoconti "... per me non ci sono vie di mezzo, c'è solo una cosa per volta o mi diverto o studio, o mi abbuffo o non mangio, o mi fido o non mi fido". Fu difficile guidarla nel lavoro di dislocamento dei punti di vista sugli eventi, in quanto i suoi processi di pensiero erano rigidi e rispondevano alla dialettica del "tutto o nulla"; ogniqualvolta il terapeuta la poneva di fronte alle molteplici possibilità di ricostruzione di un avvenimento, Carlotta, come spaventata, si irrigidiva e si infastidiva, diventando alle volte perfino aggressiva.

Al fine di migliorare la flessibilità attributiva e la capacità d'autosservazione della paziente, il terapeuta assegnò a Carlotta dei "compiti a casa"; dopo averle spiegato il razionale dell'intervento, le fu chiesto di riportare su un foglio gli eventi significativi della settimana, differenziando la descrizione "obiettiva" dell'avvenimento dal significato razionale ed emotivo ad esso collegato.

Una situazione tipica, fonte per lei di forte ansia, era rappresentata dall'invito a cena dei compagni d'università; pur desiderando di parteciparvi, era assillata dalla paura di non piacere e di essere criticata per il suo "aspetto grasso, brutto e goffo" e per il suo abbigliamento. Le uscite erano precedute da estenuanti preparativi nei quali, mentre provava sistematicamente per ore tutti gli abiti a sua disposizione, doveva far fronte alle critiche della madre che commentava i suoi preparativi con affermazioni del tipo: "... non ti sta più niente ... mangi troppo ... sei ridicola ...". Il risultato era uno stato d'angoscia costante che durava dal momento dell'invito alla fine della cena; angoscia che la torturava anche quando, disperata e sfinita dagli interminabili preparativi, decideva di non andare, per poi divorare, chiusa in camera sua e in lacrime, "quantità industriali di cibo". Durante la messa a fuoco e l'analisi delle sequenze riportate nei compiti a casa, il genuino interessamento del terapeuta modificò gradualmente l'atteggiamento emotivo di Carlotta verso la terapia; più aperta e fiduciosa, ora la paziente cominciava a percepire il setting non più freddo e a considerare il terapeuta capace di comprendere il suo dolore. Questo fatto, ovviamente, diede una svolta importante all'andamento del trattamento, consentendo di lavorare più efficacemente sul sintomo. Sin dall'inizio del trattamento, il terapeuta assunse all'uopo un atteggiamento caratterizzato da calore umano, da una corretta empatia (basata sulla comprensione dei sentimenti di Carlotta, pur non aderendo ai suoi schemi disadattivi), e da un'autentica schiettezza (accettazione, ma non accordo su tutto ciò che Carlotta diceva).

Grazie all'atteggiamento collaborativo e ai livelli di autosservazione raggiunti, fu possibile per Carlotta mettere a fuoco, con più precisione, le situazioni tipiche che scatenavano le abbuffate e i sentimenti ad esse collegate. Le ingozzate avvenivano sempre a casa e, in particolare, quando studiava e la notte ("io mangio non solo quando sono arrabbiata o triste ma anche quando sono felice"). La paziente cominciò, così, ad essere consapevole del fat-

to che rispondeva a qualsiasi variazione significativa dello stato emotivo con l'assunzione di grandi quantità di cibo; il cibo era diventato, in questo modo, un'attività diversiva e un meccanismo d'autoinganno che le impedivano di provare emozioni, proteggendola dal sentirsi in completa balia degli altri (*"solo non provando emozioni è possibile non essere delusi dal mondo e dagli altri ... mangiare mi serve a scaricare la tensione ... mangiare è per me il male minore"*). Quando il terapeuta le chiedeva cosa provava durante le abbuffate rispondeva: *"niente, ma mi dico ... che ho fatto?! Mi dico che devo smettere, ma poi mi dico, ormai il danno è fatto e continuo, ma contemporaneamente ... sto mangiando ancora e voracemente. Mi dico che mi faccio schifo, perché non sono in grado di smettere ... non riesco a respirare, mi fa male lo stomaco, ho tutti i muscoli contratti. Provo tensione e fatica, ma il senso di vuoto è scomparso"*. La messa a fuoco e l'analisi scenica delle abbuffate portarono Carlotta ad una conclusione: *"... il problema nasce quando sono agitata e non posso fare quello che voglio, cioè quando non posso esprimere fisicamente quello che ho dentro sia quando sono arrabbiata sia quando sono felice .. cioè ... quando faccio delle cose che non voglio fare"*.

Carlotta, si abbuffava la sera, quando da sola si metteva a studiare o la notte, quando, nel letto con la mamma (da anni dormiva con la madre, la quale stava con lei per impedirle di mangiare), aspettava che si addormentasse ripensando alla giornata e alle cose che aveva fatto, ma che non le andava di fare; una volta addormentata la madre, si alzava e iniziava il suo rituale: mangiare, fino a star male, il cibo che precedentemente aveva nascosto.

Questa raggiunta consapevolezza, consentì di procedere alla riformulazione del problema iniziale in **termini interni; si trattava ora di comprendere** che cosa impedisse a Carlotta di capire ed esprimere le sue opinioni e le sue emozioni. A questo punto del trattamento, segue con più costanza le prescrizioni della dietista e la frequenza delle abbuffate comincia a ridursi: *"quando riesco a capire e ad accettare le emozioni che in quel momento realmente provo, alle volte riesco a fermarmi ..."*. Ora riesce a riconoscere i sentimenti che prova, anche se ancora non riesce ad esprimerli e, dopo anni, ha perfino ripreso a comprarsi qualche vestito: *"... per me è tanto, perché tornare in un negozio e comprarmi dei vestiti, dopo tre anni, è veramente emozionante ..."*.

Anche per Carlotta, come per Amelia, la relazione affettiva avvertita come essenziale era il rapporto con la madre. Pertanto, si è trattato di ricostruire lo stile affettivo di Carlotta dal modo di relazionare con la madre, che si è mantenuto costante nel tempo anche durante il periodo dell'adolescenza. Carlotta descrive la madre come una persona ansiosa, sessuofoba, moralista, rigida e autoritaria; non ha amiche intime e la sua vita si svolge fra casa famiglia e chiesa. Centrale nella vita della paziente, ogni sua azione è sempre stata determinata dal desiderio di un controllo totale sulla figlia e sul marito; raramente agiva spontaneamente, ed era in lotta permanente per determinare chi comandava (naturalmente lei) e chi ubbidiva (ovviamente il mondo circostante e il resto della famiglia). L'importanza che la madre ha sempre rivestito per Carlotta è sintetizzata efficacemente in alcune sue affermazioni iniziali: *"... sono certa di non farcela senza mia madre, anche se spesso le rispondo male. Mamma è l'unico porto sicuro. Con lei, solo con lei sono serena, ma non glielo faccio mai capire. Mio padre non lo ho mai sentito vicino"*. Attraverso la focalizzazione e l'analisi di alcune scene critiche, a Carlotta divenne sempre più chiaro come gli atteggiamenti materni, tutti sottesi ad ottenere controllo, fossero invece dei tentativi per sfuggire da un suo profondo senso d'impotenza e solitudine. Senso di solitudine alleviato dalla presenza in casa di Carlotta, che spesso rinunciava ad uscire, a seguito delle spietate critiche materne sul suo abbigliamento e sulle sue forme fisiche.

**La madre Chiara è nata in un paese in provincia** di Firenze ed è la quinta figlia, la più piccola di due maschi e due femmine. I suoi genitori erano entrambi agricoltori, ma successivamente hanno svolto il lavoro di venditori al mercato. Quando Chiara era bambina, suo padre è stato per un lungo periodo in Africa ed è morto quando lei aveva 15 anni. Chiara, ha

studiato sino alla quinta elementare ed ha conseguito la licenza media da adulta, e precisamente quando insieme alla figlia Carlotta è stata per un periodo nel paese nativo, durante la separazione dal marito. Il padre, Carlo, è nato in un paese in provincia di Avellino; figlio di contadini (tre maschi e tre femmine), si è trasferito in Toscana con i genitori, all'età di diciotto anni. Dopo aver conseguito la licenza elementare, ha iniziato a lavorare, dapprima come contadino e successivamente come carpentiere (allo stato attuale è in pensione). Carlo e Chiara, si sono conosciuti al matrimonio di un amico di Carlo. Dopo quattro mesi si sono sposati anche loro e all'epoca Chiara aveva 26 anni e Carlo 27. Subito dopo il matrimonio, Chiara si è trasferita a Siena. Carlotta è nata dopo dieci anni di matrimonio ed il mancato arrivo d'un figlio è stato vissuto con sofferenza e disagio, tanto che la nonna materna ed il padre la costringevano ad andare spesso dal ginecologo. In famiglia il problema della discendenza era molto sentito, come emerge da una frase sovente udita da Carlotta: *"la vita non ha senso per chi non ha figli"*. A detta di Carlotta, i suoi genitori si sarebbero sposati per disperazione, in quanto il padre aveva deciso di avere l'età per sposarsi, mentre la madre, dal canto suo, pensava che *"nessuno se la sarebbe più presa"*. Sempre secondo Carlotta, anche per il padre non sarebbe stato facile trovare un'altra moglie: *"uno come mio padre chi se lo prendeva ..."*, tanto che la nonna materna si era sempre opposta al loro matrimonio.

Non è stato facile raccogliere la storia di sviluppo dei primi dieci anni di vita di Carlotta: nonostante la sua ottima memoria, alcune volte sembrava che non ricordasse, altre che non volesse ricordare. Inizialmente, i primi dieci anni di vita sono stati raccontati senza soffermarsi su alcun episodio o particolare significativo. Ha raccontato di aver avuto una scolarizzazione nella norma, caratterizzata da buon profitto e da difficoltà nel socializzare con i compagni: *"mi sentivo più matura dei miei coetanei ... a scuola ero presa in giro, perché ero la perfettina e la secchiona ... e perché ero anche la più grassa ..."*.

Carlotta ha ricordato il giorno in cui i genitori si sono separati senza nessun trasporto emotivo; si trovava nel corridoio della casa paterna, con la zia, che era venuta a prenderle per portarle in paese e con la madre che le diceva: *"non saluti il tuo babbo?"*. Carlotta gli diede un bacio e se ne andò. Pur rievocando nitidamente l'immagine, non riesce a ricordare i sentimenti che provò all'epoca, o meglio dice di essersi sentita indifferente.

Prima della scuola media, si sentiva rifiutata dai compagni, ma non si sentiva brutta, solo più grassottella delle sue coetanee. Ha ricordato, con dolore, di essere stata presa in giro dai suoi compagni delle medie soprattutto durante l'ora d'educazione fisica, perché non riusciva a fare tutti gli esercizi (per esempio, alla spalliera si stancava più facilmente rispetto agli altri) e di aver iniziato, probabilmente, da allora a sentirsi a disagio con gli altri e a non piacersi. Durante il liceo, aveva sempre fame e la mamma, per non farla ingrassare, la *"teneva sotto bacchetta"*, cosa che in ogni caso ha continuato e continua a fare.

I problemi alimentari sarebbero insorti con il passaggio alla scuola media, ma forse iniziano più precocemente perché a sei anni pesava 50Kg/130cm (IMC=30, sovrappeso) e a dieci anni 65Kg/140cm (IMC=33, obesa). All'età di 18 anni si sarebbero presentate anche crisi bulimiche con condotte di eliminazione, probabilmente non frequenti perché era in notevole sovrappeso (90 Kg/160 cm, IMC=35). Carlotta, per diversi anni, si è sottoposta a differenti tipi di cura e di diete, ma senza alcun esito.

Dopo circa un anno di terapia, le abbuffate e le relative condotte di eliminazione sono scomparse, il peso si è regolarizzato (62Kg, IMC=24, normopeso), la vita sociale è migliorata e Carlotta si sente decisamente meglio; nel corso di una seduta ha affermato: *"mi sento molto meno angosciata ... prima pensavo che il problema fossero le abbuffate invece non è così. Pensavo che essendo più magra sarei stata felice, invece no ... sto sicuramente molto meglio ... ma ho ancora tanto da fare"*. Ora, Carlotta cerca di studiare e divertirsi allo stesso tempo, anche se sa che la sue vecchie paure potrebbero ripresentarsi; ma ha

imparato a contrastarle ed, inoltre, ha riscoperto il rapporto con gli altri, sa come esprimere le proprie emozioni e le proprie opinioni, senza sentirsi giudicata negativamente, ma, soprattutto, riesce non essere troppo severa con se stessa.

Su proposta di Carlotta, nelle ultime sedute, si sono affrontati i problemi relativi al rapporto con l'altro sesso, poichè voleva "recuperare il tempo perso a causa della sua malattia", avendo ormai 22 anni e non avendo mai avuto prima una storia affettiva. Questo perché recentemente, ad una cena, aveva conosciuto un ragazzo che le piaceva; si sentiva più sicura, non provava imbarazzo nel parlare con lui e le era, perfino, sembrato di potergli interessare, dal momento che le mandava tutti i giorni degli sms e le chiedeva spesso di uscire, anche se per ora si trattava di uscite in gruppo.

Dopo circa sei mesi dalla conclusione della terapia, abbiamo rivisto Carlotta per una seduta di controllo. I risultati raggiunti si andavano progressivamente stabilizzando, pur mantenendo l'ottimo profitto scolastico usciva spesso ed i suoi rapporti sociali si erano notevolmente intensificati. Nonostante il parere contrario della madre, che riteneva il ragazzo intellettualmente e socialmente inadatto alla figlia che avrebbe *"potuto pretendere di meglio"*, per la prima volta nella sua vita era andata apertamente contro il parere materno e aveva finalmente iniziato la sua prima storia affettiva; e questo la rendeva felice e contemporaneamente più stabile e più sicura di sé.

### ***NOTE CONCLUSIVE: DECORSO, ESITI E RIFLESSIONI SULLA TERAPIA***

Il decorso dei Disturbi del Comportamento Alimentare è variabile: nei casi di Anoressia, alle volte si presenta caratterizzato da una remissione più o meno completa, in seguito ad un episodio singolo, particolarmente nei pazienti più giovani e con migliore adattamento sociale e lavorativo preesistente; altre volte l'andamento appare irregolare, continuo o subcontinuo, con remissioni e riesacerbazioni. Benché la risposta alla psicoterapia correttamente programmata e condotta sia buona a breve termine, non ci sono dati sufficienti sugli effetti del trattamento nel tempo.

Fattori prognostici sfavorevoli sono l'appartenenza al sesso maschile, la comorbilità con altri problemi psicopatologici, una marcata entità del calo ponderale, un grave disturbo dell'immagine corporea, l'ostinata negazione di malattia. Fattori prognostici favorevoli sono invece l'età più giovane, che implica una più breve durata di malattia, come pure la presenza di un buon adattamento sociale e lavorativo preesistente. Trattandosi di un disturbo cronico e studiato rigorosamente da relativamente poco tempo rispetto ad altre malattie psichiatriche, sono rari gli studi esenti da limiti metodologici: il periodo di follow-up è in genere troppo breve ed il numero di soggetti reperiti insufficiente. In circa la metà dei casi trattati rimangono sintomi residui o sequele psicopatologiche come, per esempio, la presenza di sintomi depressivi, tratti ossessivo-compulsivi di personalità e dipendenza da farmaci. Le più frequenti cause di morte sono la denutrizione e gli squilibri elettrolitici, più raramente il suicidio. È da notare che gli studi con periodi di follow-up più lunghi riportano in genere le percentuali più elevate di esito fatale.

Malgrado la normalizzazione del peso corporeo, possono residuare anomalie del pattern alimentare ed il rapporto con il cibo può rimanere alterato a lungo, con restrizioni caloriche, costante preoccupazione per il peso, crisi bulimiche. L'amenorrea si risolve in buona parte dei casi, pur residuando, nella maggior parte delle pazienti, varie irregolarità mestruali; in altri, nonostante la normalizzazione del peso, l'amenorrea persiste; è stato osservato come in circa un terzo delle pazienti trascorra più di un anno tra il recupero di un peso corporeo adeguato e la ricomparsa del ciclo mestruale. Il peso corporeo rimane al di sotto dei valori medi dell'IMC in circa un quarto dei pazienti. Nella maggior parte dei casi c'è un ritorno ad un valore normale; talora si determina una condizione di sovrappeso e più rara-

mente l'obesità. L'adattamento sociale risulta generalmente compromesso soprattutto nell'area socio-lavorativa e sessuale.

Non si hanno attualmente dati attendibili circa il decorso a lungo termine della Bulimia. Generalmente, anche dopo la scomparsa delle crisi bulimiche, permangono la polarizzazione ideativa sul cibo, sul peso e sull'aspetto fisico ed un aumentato rischio di patologia psichiatrica. La cronicizzazione del disturbo sembra verificarsi in meno di un quarto dei pazienti. Nella maggior parte dei casi, ad un anno dall'inizio del trattamento, viene riportata una completa remissione della sintomatologia bulimica. Si osservano ricadute in circa la metà dei casi, a seconda del periodo di follow-up studiato e dei parametri considerati.

Il tasso di mortalità associato alla Bulimia non è definito, ma sembra essere comunque superiore rispetto a quello della popolazione generale. Fattori prognostici positivi sembrano essere rappresentati dalla minore durata di malattia e dall'assenza di Disturbi di Personalità; contrariamente alle aspettative, una storia familiare di abuso alcolico sembra costituire un fattore prognostico favorevole. Eventuali disturbi presenti in comorbidità con la Bulimia, non sembrano condizionarne la prognosi: al contrario, al miglioramento della patologia bulimica corrisponde un parallelo miglioramento della patologia associata.

La maggior parte dei trattamenti sinora impiegati nel Disturbo da Alimentazione Incontrollata ha dato risultati modesti, peraltro solo in circa la metà dei pazienti e nel breve termine. In assenza di linee guida specifiche, appare ragionevole fondare il trattamento di questi pazienti su un approccio integrato, indirizzato sia al disturbo della condotta alimentare sia alla condizione di sovrappeso, visto anche l'effetto reciproco di potenziamento delle abbuffate e dell'incremento ponderale. Un approccio combinato, attraverso la riduzione del discontrollo alimentare, sostenendo la spinta motivazionale al dimagrimento, e favorendo l'adesione alla terapia dietetica, potrebbe migliorare nel lungo termine la prognosi del disturbo.

A livello cognitivo, la messa a fuoco di altri aspetti di sé, con la riorganizzazione della percezione della realtà che di solito comporta, evidenzia nuovi settori critici nell'esperienza, facendo apparire lo sviluppo nel ciclo di vita come un continuo "slittamento problematico", in cui ad ogni incremento di conoscenza corrisponde l'emergere di nuovi settori di incongruenza.

Per quanto riguarda il piano emotivo, l'affiorare di nuovi livelli di consapevolezza si accompagna pressoché di regola ad un aumento del senso d'ambiguità nell'esperire sé e il mondo, connesso in varia misura all'emergere di emozioni complesse quali la noia, sentimenti di vuoto, il senso dell'assurdo e dell'inutilità, ecc. È ancora oscuro come l'incremento di consapevolezza faciliti l'affiorare di tali emozioni, anche se sembra evidente che il fenomeno è in qualche modo correlato con l'attenuarsi del senso d'immediatezza nell'esperire sé e il mondo non appena tale esperire, entrando nella coscienza, diviene oggetto d'attenzione.

Risulta di conseguenza palese come sia necessario procedere con cautela nel condurre una strategia volta a modificare i livelli di consapevolezza abituali. Il terapeuta deve occuparsi solo dei settori d'esperienza che si sono rivelati critici sulla base della precedente ricostruzione dei temi di fondo del significato personale del paziente, rinunciando ad un intervento ad oltranza in altri settori, nonostante le proprie concezioni di vita possano sembrargli migliori e più adeguate di quelle esibite dal paziente. Per di più, all'interno dei settori critici, è bene non procedere in modo indiscriminato al perseguimento di una consapevolezza in quanto tale ma, al contrario, essere pronti a cogliere la soglia minima di modificazione del punto di vista su di sé in grado di avviare nel paziente una *sua* ri-organizzazione dell'esperienza problematica. Tutto ciò comporta da parte del terapeuta la consapevolezza

della demarcazione che intercorre fra le proprie concezioni di sé e della realtà e la dinamica evolutiva, autonoma e in sé coerente, del significato personale del paziente.

Quello della consapevolezza del terapeuta si delinea come un'ulteriore questione alla quale accenniamo rapidamente nel concludere queste riflessioni. Negli ultimi anni, a seguito del progressivo declino del ruolo dell'"osservatore esterno privilegiato", sono fioriti una serie di studi concernenti il terapeuta come persona (Guy, 1987). Si tratta di studi longitudinali in cui, a parte le motivazioni implicate nell'intraprendere la carriera di terapeuta, si cerca di mettere particolarmente a fuoco gli effetti sulla persona che può comportare l'esercizio stabile e a tempo pieno di questa professione. Dalla maggior parte dei dati si desume che le emozioni e gli stati d'animo più perturbanti sono connessi, anche nei terapeuti, all'aumento della consapevolezza; d'altra parte, tale incremento sembra essere parte integrante del lavoro psicoterapeutico. Si tratta, oltre a tutto, di una consapevolezza conseguente ad una dinamica alquanto peculiare. Di fatto, il terapeuta entra in contatto con una quantità spropositata di vicende e di storie umane che si traducono in una conoscenza più approfondita della vita e delle sue reazioni nei confronti di questa; però, la consapevolezza così acquisita è "virtuale", in quanto più che su esperienze vissute in prima persona, si basa su esperienze tratte dalla vita di altre persone e, in quanto tale, è più suscettibile che intensificare l'affiorare di emozioni complesse e ambigue. Questo stato emotivo risulta ancor più acuito dal momento che il mutamento radicale del rapporto osservatore-osservato ha finito col chiamare sempre più in causa il terapeuta costringendolo ad un autoriferimento continuo, e spesso pressante, assolutamente imprevedibile e dirompente. Il problema relativo alla "consapevolezza del terapeuta" (del come modularla affinché non raggiunga livelli critici e del come operare se li raggiunge) è un confine del tutto invalicato, oltrepassando il quale ci troveremmo di fronte settori inesplorati del processo terapeutico, cosa che potrebbe chiarirci meglio molti dei quesiti che andiamo meditando sui pochi aspetti che ci sono noti.

Sono proprio questi aspetti discrepanti e irrisolti dell'evoluzione personale dei terapeuti che ci portano a considerare l'interdipendenza fra cambiamento e consapevolezza come un'interfaccia esplicativa nella comprensione della struttura dell'esperienza umana; lo studio accurato di tale interfaccia potrebbe rivelarci aspetti inaspettati, in grado di condurci a livelli di teorizzazione rispetto ai quali quanto abbiamo cercato di esporre in questo scritto potrebbe sembrare scontato e banale. È ad una migliore comprensione di questa [interfaccia che dedicheremo i nostri studi e le nostre indagini nei prossimi anni a venire.](#)

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., *Attachment as a related mother infant interaction*, Advanced. Study Behavioral, 9, 1979.
- Amoni D., Caridi A., *Strategie di controllo sul partner affettivo in pazienti fobici e con disordini alimentari in campo cognitivo*; in Chiari e Nuzzo (a cura di), *Le prospettive comportamentali e cognitiva in psicoterapia*, Bulzoni Editore, Roma, 1982.
- Arciero G., *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Boringhieri ed., Torino, 2002.
- Bell R. M., *La santa anoressia. Digiuno e misticismo dal Medioevo a oggi*, Laterza, Roma 1987.
- Bemporad J.R., Hoffman D., Herzog D.B., *Anorexia nervosa in congenitally blind: Theoretical considerations* in J.R. Bemporad e D.B. Herzog ( a cura di) *Psychoanalysis and eating disorders*, The Guilford Press, New York, 1989.
- Bemporad J.R., *Self-starvation thought the ages: reflections on the prehistory of anorexia nervosa*, International Journal of Eating Disorders, 19, 3:217-238, 1996.
- Berne E., *A che gioco giochiamo?*, Bompiani, Milano, 1972.
- Bhanh S., Newton V.B., *Richard Morton's account of "Nervous Consumption"*, International Journal of Eating Disorders, 4, 589-595, 1985.
- Binswanger L., *Il caso Ellen West e altri saggi*, Milano, Bompiani, 1973.
- Bion W.R., *Il cambiamento catastrofico*, Torino, Loescher, 1981.
- Bischof D., *Considerations about the problem of inter-psychic and intra-psychic splitting in anorectic patient*, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 41:95-97, 1992.
- Blanco S. e Reda M.A., *Il Corpo: uno Specchio dell'Anima (un Approccio Psicofisiologico ai Disturbi Alimentari Psicogeni)*, Salute Donna 2000, AME, Grafica Pistolesi, Siena, 1996
- Blanco S. e Reda M.A., *Qualità dell'informazione e prevenzione, Indagine sulle conoscenze relative all'anoressia in una popolazione scolastica*, Rivista Italiana di Psicomatica, 2004.
- Blanco S., Benevento D., Raffagnino R., Reda M.A., *Differenze di genere e rapporto con il proprio corpo in un gruppo di adolescenti*, Cibus, 1, 3, International University Press, Rome, London, New York, Hong Kong, 1997.
- Blanco S., Benevento D., Reda M.A., *I disturbi alimentari psicogeni precoci, un'interferenza nello sviluppo del senso di sé?*. Cibus, IUP edizioni, Roma, 2000.
- Blanco S., Mahoney M.J. - *Il "Mirror Time": un approccio alla comprensione del Se (Aspetti psicofisiologici alla Complessità)* - 3° Congr. Naz. Soc. Ital. di Terapia Comportamentale e Cognitiva, Milano, 17-19 ott. 1986, Ed. Unicopli, pag. 41-43, 1986.
- Blanco S., Marchi E., Reda M.A., *Risposta paradossale dei pazienti agorafobici all'EMGBFB training*, In Pancheri P. (a cura di): *Terapia in medicina comportamentale*, Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1984.
- Blanco S., *Oscillazioni cliniche di alcuni patterns psicofisiologici in soggetti psicotici*, Complessità & Cambiamento, II, 2, 70-77, 1993.
- Blanco S., Reda M.A., *Stabilità e cambiamento terapeutico: una prospettiva psicofisiologica*. In Reda M.A., Pilleri M.F., Canestri L. (a cura di), *Continuità e cambiamento in psicoterapia*, Cantagalli Ed., Siena, 2001.
- Bowlby J. (1951): *Mental care and mental health*. WHO, Geneve.
- Bowlby J., *Attachment and loss*. Vol. II: Separation, Basic Books, New York, 1973.
- Bowlby J., *Attachment and loss*. Vol. II: Separation, Basic Books, New York, 1973.
- Bowlby J., *La costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina ed., Milano, 1990.
- Bretherton I., *A Communication Perspective on Attachment Relationships and Internal Working Models*, Monog. Soc. Res. Child Dev., 6, 23, 1995.
- Bruch H., *Eating Disorders, Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within*, Basic Books, New York, 1973.
- Bruch H., *Eating Disorders, Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within*, Basic Books, New York, 1973, (trad. it. *Patologia del comportamento alimentare*, Feltrinelli, Milano, 1977).
- Brumberg J.J., *Fasting girls: the history of anorexia nervosa*, Penguin Books, New York, 1988.
- Bruner J., *Acts of Meaning*, Cambridge: Harvard University Press, 1991.
- Bruner J., *Actual Minds, Possible Worlds*, Cambridge: Harvard University Press, 1987
- Bruner J., *Alla ricerca della mente*, Armando, Roma, 1994.
- Bruner J., *La ricerca del significato*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992.
- Callieri B., *Un raro polimorfismo somatopsichico: anoressia tardiva e dismorfofobia*, Informazione in Psicologia, Psicoterapia, Psichiatria, 24-25, 38, Roma, 1996.
- Candelori C., Ciocca A., *Attachment and eating disorders*. In P. Bria, A. Ciocca, S. De Risio (a cura di), *Psychotherapeutic Issues on Eating Disorders: Models, Methods, and Results*, Società Editrice Universo, Roma, 139-153, 1998.
- Candelori C., Ciocca A., *Attachment and adult psychopathology: Anorexia and bulimia*, Regional Meeting of the World Psychiatric Association, Roma, Abstract Book, Th4, 1997.

- Cash T.F., Winstead B.A., and Janda L.H., *Body image survey report: The great American shapeup*, Psychology Today, 20, 30-44, 1986.
- Chatoor I. and Egan J., *Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: A separation disorder*, J. Acad. Child Psychiatry, 22, 294-301, 1983.
- Chatoor I., Dickson L., Schaefer S., and Egan J., *A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment*, in D. Drotar (Ed.), *New Directions in Failure to Thrive: Research and Clinical Practice*, Plenum, New York, pp. 235-258, 1985a.
- Chatoor I., Dickson L., Schaefer S., Egan J., *A developmental classification of feeding disorders associated with failure to thrive: Diagnosis and treatment*, In Drotar D. (ed.), *New directions in failure to thrive: research and clinical practice*, Plenum Press New York, 235-258, 1985.
- Chatoor I., Egan J., Getson P., Menevielle E., O'Donnell R., *Mother infant interactions in infantile anorexia nervosa*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry, 27, 535-540, 1988.
- Chatoor I., Egan J., Getson P., Menevielle E., and O'Donnell R., *Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa*, J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 27, 535-540, 1988.
- Chatoor I., Egan J., *Nonorganic failure to thrive and dwarfism due to food refusal: a separation disorder*, Journal Academic Child Adolescent Psychiatry, N° 22, pp. 294-301, 1983.
- Chatoor I., Getson P., Himmelberg P., Dickson L., Schaefer S., Egan J., and Einhorn A., *Observational scales for infants and mothers during feeding and play* (Abstract), Proceedings of the 32nd Annual Meeting of the Academy of Child Psychiatry, San Antonio, Texas, p. 36, 1985.
- Chatoor I., *Infantile anorexia nervosa: A developmental disorder of separation and individuation* in Bemporad J.R., Herzog D.B. (a cura di) *Psychoanalysis and eating disorders*, New York NY, The Guilford Press, 1989.
- Chatoor, I., Schaefer, S., Dickson, L., Egan, J., Conners, C. K., and Leong, N. C., *Pediatric assessment of nonorganic failure to thrive*, *Pediatr. Ann.*, 13, 844-850, 1984.
- Clarke A. M., Clarke A. D. B. (1976): *Early experience: myth and evidence*. Open Books, London.
- Crittenden P., *Nuove prospettive sull'attaccamento*, Guerini, Milano 1994.
- Crittenden P., *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Masson, Milano 1997.
- Debray R., *Anorexie du nourisson: diversité des formes*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41: 300- 302, 1993.
- Deutsch H., *Anorexia nervosa*, *Bulletin Menninger Clinical*, 45: 502-511, 1981.
- Devereux G., *Saggi di etno-psichiatria generale*, Armando, Roma, 1978.
- Di Pasquale R., Rivolta A., *Dai significati alle strutture contestuali: fobia e disturbi alimentari a confronto*, *Psicoterapia*, 26, 107-119, 2003.
- DSMIV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IV Edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (tr. it. Masson, Milano, 1996).
- Eissler K.R., *Some psychiatric aspects of anorexia nervosa demonstrated by a case report*, *Psychoanalytic Review*, 30: 121-145, 1943.
- Elvee R.Q. (a cura di), *Mind in Nature*, Harper & Row, San Francisco 1982.
- Emde R.N., (1989), *L'esperienza relazionale nel bambino piccolo: aspetti evolutivi ed affettivi* in A.J. Same-roff, R.N. Emde ( a cura di) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati, Boringhieri, Torino, 1991.
- Feinman S. ed., *Social referencing and the social construction of Reality in Infancy*, Plenum Press, N.Y, 1992.
- Fichter M., *The anorexia Nervosa of Franz Kafka*, *International Journal of Eating Disorders*, 6, 3: 367-377, 1987.
- Forsyth D.R. e Strong S.R., *The Scientific Study of Counseling and Psychotherapy: a Unificationist View*, *Am. Psychol.*, vol. 41, 113-119 (1986).
- Freud S. (1889), *The origins of psychoanalysis*, Basic Books, New York, 1954.
- Fried R. e Vandereycken W., *The Peter Pan syndrome: was James M. Barrie Anorexic?*, *International Journal of Eating Disorders*, 38,3:369-376, 1989.
- Gallup G.G., *Self-Recognition in Primates*, *Am. Psychol.*, 32, 329-338, 1977
- Gard M.C.E. e Freeman C.P., *The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status*, *International Journal of Eating Disorders*, 20, 1-12, 1996.
- Garfinkel P.E. e Garner, D.M., *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, Brunner-Mazel, New York, 1982.
- Garner D.M., Garfinkel P.E., *Perceptive and cognitive disturbances*, in Garfinkel P.E., Garner D.M. (eds.) *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*, New York, Brunner & Mazel, 1982.
- Glasser R., *Instructional Psychology*, *Am. Psychol.*, vol. 37, 292-305 (1982).
- Gordon R.A., *Anorexia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Raffaello Cortina, Milano, 1991.
- Gordon R.A., *Concepts of eating disorders: A historical reflection*. In: *Neurobiology in the Treatment of Eating Disorders* (eds. H.W. Hoek, J.L. Treasure, and M.A. Katzman). Chichester: Wiley & Sons Ltd, 1998.
- Greenspan, S. I., and Lieberman, A. F., *Infants, mothers and their interaction: A quantitative clinical approach to developmental assessment*, in S. I. Greenspan, and G. H. Pollock (Eds.), *The Course of Life*,

- Vol. I. *Infancy and Early Childhood*, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., pp. 271-312, 1981.
- Greenspan, S. I., and Lourie, R. S., *Developmental structuralist approach to classification of adaptive and pathologic personality organizations: Infancy and early childhood*, *Am. J Psychiatry*, 138, 725-735, 1981.
- Guidano V. F., *The self as a mediator of cognitive change in psychotherapy*, in Hartman L.M., Blankstein K.R. (eds.), *Perception of self in emotional disorders and psychotherapy*, Plenum Press, New York, 1986.
- Guidano V.F., *A system, process-oriented approach cognitive therapy*. In Dobson K. S. (Ed.) *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, Guilford, New York, 1986a.
- Guidano V.F., *Il Sé nel suo divenire*, *Bollati Boringhieri*, Torino, 1992.
- Guidano V.F., *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino, 1988.
- Guidano V.F., *Lo sviluppo del Sé*, in Bara B. (a cura di) *Manuale di psicologia cognitiva*, Bollati Boringhieri Torino, 1996.
- Habermas T., *Zur Geeschichte der Magereucht. Eine Rekonstruktion*, Edizion Psychologische Frankfurt Piecher Taschenbuch Verlag, Frankfurt, 1994.
- Habermas, T., *Historical continuities and discontinuities between religious and medical interpretations of extreme eating. The background to Giovanni Brugnoli's description of two cases of anorexia nervosa in 1875*, *Journal of the History of Psychiatry*, 3, 431-455, 1992.
- Halmi K., *Images in Psychiatry. Princess Margaret of Hungary*, *American Journal of Psychiatry*, 151, 12-16, 1994.
- Herzog D. B, Norman D. K, Gordon C., *Sexual conflict and eating disorder in 27 males*, *American Journal of Psychiatry*, 141, 989-990, 1984.
- Herzog D. B., Newman K. L. E Warshaw M., *Body image dissatisfaction in homosexual and heterosexual males*, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 356-359, 1991.
- Herzog D., Norman D., *Subtyping eating disorders*, *Compr. Psychiatry*, 26, 379380, 1985.
- Horowitz H.A., Overton W.F., Rosenstein D., Steidl J.H., *Comorbid adolescent substance abuse: A maladaptive pattern of self-regulation*, *Adolescent Psychiatry*, 465-483, 1992.
- Iwasaki Y., Matsunaga H., Kiriike N., Tanaka H., Matsui T., *Comorbidity of Axis I Disorders Among Eating-Disordered Subjects in Japan*, *Comprehensive Psychiatry*, 6, 454-460, 2000.
- Izard C.E., e Buechler S., *Emotion expression and personality integration in infancy*, in C.E. Izard (Ed.), *Emotion in personality and psychopathology*, Plenum Press, New York, 1979.
- Izard C.E., *On the ontogenesis of emotion-cognition relationships in infancy*, in M. Lewis & A.L. Roseblum (Eds.), *The development of affect*, Plenum Press, New York, 1978.
- Kreisler L., Fain M., Soulè M., *La clinique psychosomatique de l'enfant*, *Psychiat. Enfant*, 9, 89-222, 1966.
- Lacan J., *The Looking-glass Phase*, *The Int. Journal of Psychoanalysis*, 18, 1, 1937
- Lacey J.M., *Anorexia nervosa and a bearded female saint*, *British Medical Journal*, 285, 1816-1817, 1982.
- Lakatos I. e Musgrave A. (a cura di), *Criticism and the Growth of Knowledge*, Cambridge University Press, Cambridge, UK 1974 [trad. it. *Critica e crescita della conoscenza*, Feltrinelli, Milano 1976].
- Lakatos I., *Falsification and the Methodology of Scientific Research Programmes* [trad. it. *La falsificazione e la metodologia dei programmi di ricerca scientifica*, in Lakatos e Musgrave (1974)].
- Lambert M.J., *The Individual Therapist's Contribution to Psychotherapy Process and Outcome*, *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 9, 469-485 (1989).
- Lask B., Bryant-Waugh R., *Early onset of anorexia nervosa and relating eating disorders*, *J Child Psychol Psychiat and allied disciplines*, 33:281-300, 1992.
- Lattimore P.J., Wagner, H.L., Gowers, S., *Conflict avoidance in anorexia nervosa: an observational study of mothers and daughters*. *European Eating Disorders Review*, 5, 355-368, 2000.
- Le Doux J., *Il cervello emotivo, alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi editori, Milano, 1999.
- Lewis M. e Brooks-Gunn J., *Social Cognition and the Acquisition of Self*, Plenum, New York, 1979.
- Lewis M., *Il Sé a nudo. Alle origini della vergogna*, Giunti, Firenze 1995.
- Lewis M., *Myself and me*, in Taylor Parker S., Mitchell R.W. e Boccia M.M. (eds.), *Self Awareness in Animals and Humans*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1994.
- Lewis M., *The Emergence of Human Emotions*, in Lewis M. and Haviland J.M. (eds), *Handbook of Emotion*, Guilford, New York 1993.
- Liotti G., *L'anoressia mentale e la dimensione cognitivo-interpersonale dei disturbi psicogeni dell'alimentazione*, *Psicobiettivo*, 2, 25-36, 1988.
- Liotti G., *Le opere della coscienza*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2001.
- Mahler M., Pine F., and Bergman A., *The psychological birth of the human infant*, Basic Books, New York, 1975.
- Mahoney M.J., *Psychotherapy and human change process*, in American Psychological Association (ed.), *Psychotherapy research and behavior change*, A.P.A. Washington, 1985.
- Margules D.L., *Opioid and anti-opioid actions in the survival and reproduction of individuals*, In: Cooper S.J. (Ed.): *Theory in Psychopharmacology*, Academic Press, New York, 1981.

- Maturana H. e Varela F., *Autopoiesi e Cognizione*, Marsilio Editore, Padova, 1988.
- Maturana H. e Varela F., *L'albero della conoscenza*, Garzanti, Milano, 1987.
- Maturana H., *Biology and Self Consciousness*, in Trautner G. (ed.), *Consciousness: Distinction and Reflection*, Bibliopolis, 1995
- Maturana, H. R., *Science and daily life: the ontology of scientific explanation*. In W. Krohn, G. Koppers and H. Nowotny (eds), "Selforganization: portrait of a scientific revolution" (pp. 12-35). Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.
- Meneghelli A., Adami G.F., Gandolfo P., Scopinaro N., "Body image" e peso corporeo nel paziente con obesità grave. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 1, .1, 5-14, 1995.
- Minuchin S., *Families and Family Therapy*, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 1974. (Trad. It.: Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio, Roma, 1976).
- Montecchi F., *Diagnosi precoce e indicatori di rischio nelle anoressie mentali della adolescenza*, Informazione in Psicologia, Psichiatria, 24-25, 914, Roma, 1996.
- Mouren-Simeoni MC., Bouvard M.P., *Anorexie mentale chez l'enfant prépubère: particularités cliniques et évolutives, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41:291-295, 1993.
- Nardi B., *Processi psichici e psicopatologia nell'approccio cognitivo*, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Nicolle G., *Prepsychotic anorexia*, Proceeding Research, Society Medical, 32:1-53, 1939.
- Offman H. J. e Bradley S. J., *Body image of children and adolescent and its managements: an overview*, Canadian Journal of Psychiatry, 37, 417-422, 1992.
- Palmer R.L., Jones M.S., *Anorexia nervosa as a manifestation of compulsion neurosis*, Archives of Neurology and Psychiatry, 41, 856-861, 1938.
- Pancheri P., Cassano G.B. (Ed.), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, 1999.
- Pennebaker J.W, Barger S.D., Tiebout J., *Disclose of Traums and Health Among Holocaust Survivors*, Psychosomatic Medicine, 51 pp. 577-589, 1989.
- Philippot P., Rime B., *Social and cognitive processing in emotion: an euristic for psychopathology*. In F.W. Flack Jr. & D.J. Laird (a cura di) *Emotions in Psychopathology*, N.Y. Oxford Un. Press, 1988.
- Pilleri M.F., Canestri L., Reda M.A., *Attaccamento e disturbi alimentari psicogeni*; Cibus, International University Press, 5, 3, 83-90, 2001.
- Pinhas-Hamiel L., Dolan L.M., Daniels S.R., Standiford D., Khoury P.R., Zeitler P., *Increased incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus among children and adolescents*, Journal Pediatric, 128:608-615, 1996.
- Pi-Sunyer F.X., *Medical hazards of obesity*, Annuary International Medicine, 119:655-660, 1993
- Popper K.R., *Objective Knowledge: an Evolutionary Approach*, Clarendon Press, Oxford 1972. [trad. it. *Conoscenza oggettiva*, Armando, Roma 1975]
- Popper K.R., *The Place of Mind in Nature*, in Elvee (1982).
- Reda M.A., Arciero G., Blanco S., *Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia*, Rivista di Psichiatria, 21, 142158, 1986.
- Reda M.A., Blanco S., Demontis D., *Problemi psicoterapeutici con pazienti psicotici: una ricerca sperimentale*, Newtrends in Schizofrenia, Ed. Fondazione "Centro Praxis", S. Maria a Vico (Caserta), 1990.
- Reda M.A., *L'organizzazione della conoscenza*. In Bara B. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia Cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996a.
- Reda M.A., *La relazione terapeutica: un modello strutturalista*, In Sacco G., Isola L. (a cura di), *La Relazione terapeutica nelle terapie cognitive*, Melusina ed. Roma, 1992.
- Reda M.A., *Le basi emotive dello sviluppo cognitivo, considerazioni per la psicoterapia*, In d'Errico I., Menoni E., Sacco G. (a cura di), *Conoscenza ed etologia, la ricerca nelle Scienze Cognitive*, Melusina ed. Roma, 1996b.
- Reda M.A., Sacco G., *Anoressia e santità in S. Caterina da Siena*, Informazione in psicologia, psicoterapia, psichiatria, 26, Roma, 1996.
- Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Carocci Ed. Roma, 2001.
- Ricoeur P., *Dal testo all'azione*, Jaca Book, Milano, 1994.
- Ricoeur P., *Il conflitto delle interpretazioni*, Jaca Book, Milano, 1995.
- Ricoeur P., *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993.
- Ricoeur P., *Tempo e racconto*, Jaca Book, Milano, 1986
- Rizzuto, A. M., Peterson, R. K., and Reed, M., *The pathological sense of self in anorexia nervosa*, Psychiatric Clinics of North America, 4, 471-487, 1981.
- Rothenberg A., *Adolescenza e disturbi alimentari: la sindrome ossessivo-compulsiva*, Adolescenza, 4, 2:182-206, 1993.
- Rothenberg A., *Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome*, Psychiatry, 49:45-53, 1986.
- Russel M. A., *Culture, scripts and children's understanding of emotion*, In Saarni C., Harris P.L., *Children's understanding of emotion*, Cambridge Un. Press, 1989.
- Rutter M. (1979): *Protective factors in children's responses to stress and disadvantage*. In: Kent M.W., Rolf J.E. (a cura di), *Primary Prevention of Psychopathology*. Vol. 3: *Social competence in children*. Universi-

- ty Press of New England, Hanover, N.H.
- Rutter M. (1985): *Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry, 147, 598-611-
- Sacco G., *Psicoterapia e Sistemi Dinamici*, McGraw-Hill, Milano, 2003.
- Salzman J. P., *Primary Attachment in female adolescent: association with depression, self-esteem, and Maternal Identification*, Psychiatry, 59, 2032, 1996.
- Sander L., *Awareness of inner experience: a systems perspective on self-regulatory process in early development*, *Child abuse and neglect*, 11: 339-346, 1987.
- Santonastaso P. (a cura di), *Manuale di Psicoterapia*, Masson, Milano, 1993.
- Schneider J. A. e Agras W. S., *Bulimia in males: a matched comparison with females*. International Journal of eating disorders, n°6, pp. 235-242, 1987.
- Selvini Palazzoli M., *Self Starvation*, Chaucer, London, 1974, (trad. it. *L'anoressia mentale*, Feltrinelli, Milano, 1981).
- Selvini Palazzoli, M. *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*. Milano: Feltrinelli; 1981.
- Selvini Palazzoli, M., *Self-Starvation*, Jason Aronson, Northvale, New Jersey, 1974.
- Shaver P. R., Hazan C., *L'attaccamento di coppia negli adulti: teoria ed evidenza empirica*. In Carli L. (a cura di), *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Siever H. D., *Sexual orientation and gender as factors in socio-culturally acquired vulnerability to body dissatisfaction and eating disorders*, Journal of Consulting and Clinical Psychiatry, 62, 252-260, 1994.
- Silverman J.A., *Louis Victor Marcé, 1828-1864: Anorexia nervosa's forgotten man*, Psychological Medicine, 19:833-835, 1989.
- Sommer R, *The District Attorney's Dilemma: Experimental Games and Real World of Plea Bargaining* Am. Psychol., vol. 37, 526-532 (1982).
- Stern D.N., (1989), *La rappresentazione dei modelli di relazione: considerazioni evolutive* in A.J. Sameroff, R.N. Emde ( a cura di) *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati, Boringhieri, Torino, 1991.
- Stern D.N., *The dialectic between the "interpersonal" and the "intrapsychic": with particular emphasis on the role of memory and representation*, Psychoanalytic Inquiry, 8,4:505-512, 1988.
- Stone G.L., *Reaction: in Defence of the Artificial*, J. Couns. Psycho!., vol. 31,108-110 (1984).
- Striegel-Moore R., *Risk factors for eating disorders*, Annual NY Academic Science, 817, 98-109, 1997.
- Taylor C., *Le radici dell'io*, Feltrinelli, Milano, 1993
- Thompson J.K., Coovert M.D., Richards K.J., Johnson S., and Cattarin J., *Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents; Covariance structure modeling and longitudinal investigations*, International Journal of Eating Disorders, 18, 221-236, 1995.
- Trevarthen C., *An infant motives for speaking and thinking in the culture*, in Wold A.M. (ed) *The dialogical alternative*, Scandinavian Un. Press, Oslo, 1992.
- Trevarthen C., *Empatia e biologia*, Raffaello cortina Editore, Milano, 1998.
- Vandereycken W., Van Deth R., *Dalle sante ascetiche alle ragazze anoressiche*, Cortina, Milano, 1995.
- Waller J.V., Kaufman R.M., Deutsch F., *Anorexia nervosa: a psychosomatic entity*, Psychosomatic Medicine, 2: 3-16, 1940.
- Weimer W. B., *Notes on the Methodology of Scientific Research*, Erlbaum, Hillsdale 1979
- Winnicott, D. M., *Playing and Reality*, Basic Books, New York, 1971.
- Wiseman C.V., Gray J.J., Mosimann J.E., and Ahren A.H., *Cultural expectations of thinness in women: An update*, International Journal of Eating Disorders, 11, 85-89, 1992.
- Witkin H.A., *Cognitive styles in personal and cultural adaptation*, The 1977 Heinz Werner Lectures, Clark University Press, Worcester, Mass., 1978.
- Witkin H.A., Goodenough D.R., *Field dependence and interpersonal behavior*, Psychological Bulletin, 84, 661-689, 1977
- Wolf P. e De Blassie R., *A comparison of holistic and behavioral group approaches in facilitating weight loss, personally change and selfconcept change in adult women*, Journal of Obesity e Weight Regulation, 2, 195-202, 1983.
- World Health Organization, *Obesity: preventing and managing the global epidemic*, WHO, Geneva, 1998.