

Diagnosi differenziale e fattori terapeutici nei DCA

[articolo pubblicato sul sito www.arpmilano.it, may 2015

<http://www.stateofmind.it/2014/02/disturbi-alimentari-struttura-delse-psicopatologia/>]

di Sabba Orefice

Questo terzo articolo vuole essere una esemplificazione delle possibili conseguenze dell'approfondimento psicopatologico derivante dallo studio dei casi con maternità conflittuale nella strategia e nella tecnica dei trattamenti dei DCA.

L'esperienza con le madri delle pazienti con DCA, come ho già avuto modo di dire, fornisce informazioni clinicamente rilevanti come già in parte e succintamente descritto in "psicopatologia oggi", informazioni che hanno una caratteristica: provenienti dalle madri più attente, hanno aperto un capitolo particolare a proposito di "psicopatologia descrittiva".

Una madre, che sin dal parto si sentiva avvilita e in grave difficoltà per il proprio inaccettabile rifiuto verso la neonata e il doverla nutrire, ricostruisce l'insorgenza e la ripetizione del ritiro dal cibo da parte della piccola con una penosa descrizione dei sentimenti intercorrenti. Il suo racconto si soffermò soprattutto su un vivo ricordo: la figlia, due mesi, sentiva quando lei le si avvicinava più abbattuta, non sentendosi di nutrirla e non volendo farlo e si ritraeva, abbattuta anch'essa. Ho utilizzato il termine "simile al ritiro anaclitico", ma sarebbe bastata la descrizione della madre: "la piccola non poteva più mangiare, era avvilita perché sentiva me così". "Il giorno dopo o qualche giorno dopo mangiava avidamente, spaventata come se fosse l'ultimo pasto e io proprio non la volevo". Con una serie di casi simili iniziai, e successivamente iniziammo¹, a ripensare all'insorgenza del disturbo alimentare a partire dalla "psicopatologia descrittiva" derivante dalla sentita esperienza di madri che per aiutare la figlia si rituffavano nella dolorosa e tormentosa esperienza vissuta insieme alla loro creatura. La frequente descrizione di un disturbo alimentare subclinico, che non si traduceva quindi in un disturbo alimentare dell'infanzia ma esplodeva poi nell'adolescenza, forniva una traccia molto viva e vera, "non interpretativa e non psichiatrica" dell'impronta emotiva che segnava indelebilmente il modo di sentire della coppia madre – figlia. La descrizione del clima di allarme e di difficoltà instauratosi molto presto nella previsione e nell'attesa dell'ora del pasto colpì subito per la sua persistenza: pur essendosi attenuato dopo lo svezzamento, l'allarme in questi casi permane sotto traccia comunque come una inquietudine e riesplode molto più avanti, al comparire della sintomatologia. La figlia, solitamente, avrà anche lei una analoga inquietudine, che diventerà invasiva nella sua esistenza dal momento della crisi, tanto da farmi coniare l'orribile termine di cuneo nel Sé, per rendere l'idea di come questo sentimento di allarme deformasse stabilmente l'esistenza, il modo di sentire e pensare, della paziente.

Le madri, nelle descrizioni più significative, sono sempre esplicite sulla contemporaneità della difficoltà di contatto, fisico e affettivo, con la figlia, e della difficoltà nel nutrirla, in modo congruo con la copresenza del disturbo del sentimento del Sé e del sentimento riguardo l'alimentazione. Come ho già descritto, i sentimenti che determinano questo ripudio conflittuale riguardo la figlia e la sua nutrizione possono essere molto diversi sin dall'inizio, e vanno dalla profonda insofferenza e ostilità verso l'aspetto e le somiglianze al timore "depresso" e affaticato di essere in balia di un mostriciattolo famelico fino a casi di vera e propria paura e soggezione. Addirittura, nel caso di una madre che si considerava e si autodefiniva "sempliciotta", l'estraneità insormontabile verso la figlia era dovuto al suo aspetto "nobiliare", la somiglianza alla suocera contessa madre, il che le suscitava un profondo sentimento di disagio e fastidio qualunque cosa facesse per accudirla. Il ripudio al contrario: attribuiva, infatti, un profondo disprezzo per le sue capacità di

¹ ARP

madre all'aspetto e al carattere innato della piccola, che le rivolgeva a suo dire uno sguardo di sufficienza e degnazione.

Anche in questo caso, come sempre, viene descritto lo sforzo continuo per occuparsi della figlia malgrado l'intollerabilità dei sentimenti, e la lotta per essere e dimostrare di essere a tutti i costi una buona madre.

Solitamente è determinante per il clinico poter considerare che non è il sentimento di ripudio, più comune, la causa del disturbo ma proprio il fatto che esso appaia così inaccettabile da determinare una condizione difficile e tormentosa, un vero e proprio loop, un cruccio che permane nel tempo, il che rende molto più difficile la risoluzione dell'avversione iniziale che invece in questo modo "conflittuale" è destinata a persistere.

Il clima di una particolare alleanza nella ricostruzione della situazione precoce si può instaurare con queste madri, quando non solo non si sentono processate ma possono accorgersi che per il clinico l'effetto terribile non è derivato dai sentimenti di ripudio ma dal fatto che per loro fosse inaccettabile il provarli. Ed è inoltre determinante l'intuizione di poter davvero essere finalmente utili alle figlie, come non sono mai riuscite a sentirsi prima proprio per la situazione conflittuale.

È grazie a questa possibilità di alleanza che le testimonianze partecipate delle madri possono offrire descrizioni più accurate e vere proprio perché attente ai sentimenti intercorrenti ed esperiti in prima persona all'interno della situazione difficile.

Ma ciò che appare più determinante è che questa "psicopatologia descrittiva" materna può essere certamente efficace nel delineare chiaramente possibilità eziopatogenetiche sulla base di difficoltà affettive, e indicare quindi alcune vie di costruzione della psicopatologia che possono essere utili anche per altri casi. Ha permesso infatti di intravedere una "modellistica" delle emozioni originarie efficaci nel produrre e mantenere disturbi profondi e per converso l'efficacia clinica della loro modificazione.

Quando c'è, la capacità della madre di far capire alla figlia quanto accaduto e di modificare il quadro clinico può infatti insegnarci davvero quanto può essere utile, fattore terapeutico efficace, per quanto riguarda i trattamenti.

Per i DCA, questo approccio, quindi, ha potuto sin dai primi casi e può mettere a disposizione, innanzitutto, la traccia per una ricostruzione della situazione precoce, "basale", fin dal suo nascere e dal suo strutturarsi a partire dai sentimenti propri della maternità conflittuale e dalle prime situazioni emotive della piccola, traccia che può essere quindi rivelatrice dei fattori davvero efficaci nel costruire questa particolare psicopatologia.

Inoltre, quando è possibile il lavoro congiunto madre – figlia, le modificazioni significative del quadro clinico che ne possono derivare ci insegnano quali sono gli elementi determinanti per un cambiamento terapeutico.

Questi elementi affettivi possono essere d'aiuto nel fornire criteri utili a differenziare situazioni cliniche diverse dai DCA veri e propri attraverso una ricostruzione attenta della loro storia precoce. Infatti grazie ad essi è possibile valutare con maggiore attenzione la correlazione tra la sintomatologia e i sentimenti originari che l'hanno organizzata.

L'attenzione a questo livello emotivo, indipendentemente da altre teorizzazioni, può aiutare a premunirci di indicazioni riguardo gli elementi cruciali da tener presenti, come linee guida sulle vicissitudini dei sentimenti da esplorare e tener presenti, rifornendoci poi di **raccomandazioni**, indipendenti dalla tecnica usata, nella strategia generale di un trattamento.

Alcune diagnosi differenziali: dalla patofobia alla fobia del Sé

Il primo punto è quindi che è possibile utilizzare il criterio della maternità conflittuale come un ausilio ad alcune diagnosi differenziali, di rilevanza anche per le scelte riguardo l'impostazione del trattamento, tra situazioni cliniche che rischiano di essere sovrapponibili e che possono differenziarsi proprio per le diverse vicende emotive prevalenti intercorse.

La attenta ricostruzione anamnestica del disturbo relazionale primario, effettuata con la madre, può in effetti già permettere di orientarsi, insieme ad una accurata ricostruzione della sintomatologia, dell'insorgenza e del decorso. La presenza di una tipica situazione da maternità conflittuale con le sue importanti situazioni emotive, orienterà con più sicurezza verso la possibilità di trovarsi di fronte ad un vero DCA, del tipo anoressia - bulimia. Parimenti la sua assenza potrà far rivolgere, invece, l'attenzione verso altre condizioni cliniche, vissute ben diversamente dalla coppia madre - figlia.

L'esempio più evidente è una categoria un po' misconosciuta, con esordio che può essere simile a quello dell'anoressia ma con un decorso che si rivela poi diverso dai DCA classici, soprattutto per l'assenza di un disturbo profondo del sentimento del Sé corporeo.

La sola anamnesi e l'intervista con la madre possono rapidamente orientare verso il fatto che si abbia a che fare con un funzionamento precoce molto più genericamente **patofobico** piuttosto che con un vera maternità conflittuale.

Questa casistica è importante, innanzitutto perché oggi è frequente e poi perché molto spesso suscita un notevole allarme, sia a livello familiare sia nei dottori, proprio per il diffuso terrore dell'anoressia.

L'allarme è di per sé rilevante perché in questi casi è la spia, anziché di una maternità conflittuale di una patofobia personale e familiare.

La paura familiare condivisa che la figlia "non ce la faccia" e possa morire, in questo caso per anoressia, in un momento dell'esistenza percepito come cruciale, spesso è scatenata dal contatto diretto o indiretto con altre ragazze davvero anoressiche.

"Quando, dopo tanto che non la vedevo, ho visto Clara e come era ridotta ho provato una sensazione di orrore, pelle e ossa, quasi morta, e mi sono immaginata di poter essere come lei, come se pensandoci scoprissi che ero anche io così. È così che ho iniziato a fare una dieta che poi mi ha preso la mano".

La ragazzina diciassettenne più avanti disse: "Era proprio come mettermi nei suoi panni, affascinata e spaventata" "?" "mi faccio orrore così magra anche io". Una vera e propria immedesimazione, patomimetica, in un momento dell'esistenza particolarmente intenso, eccitante e pauroso, con la conservazione però di una corretta percezione del proprio corpo.

È quindi importante una **diagnostica differenziale**, per questa casistica. Non so se possa essere denominata "**patofobia con problema alimentare**", con diverse gradazioni di gravità, per distinguerla dai DCA, ma al di là della denominazione si tratta di una patologia "emulativa" che va tenuta presente perché potrebbe essere destinata a divenire più frequente.

Sono in dubbio circa la definizione proposta recentemente da alcuni aa. di disturbo alimentare parziale o della categoria evitante che si intravede nel DSMV o ancora del sottotipo, sempre DSMV, anoressia senza fobia del grasso.

Il dubbio consiste proprio nel fatto che poiché nei DCA è necessaria e caratteristica la copresenza del serio disturbo relativo al sentimento del Sé insieme a quello dell'alimentazione, potrebbe essere più appropriato e clinicamente utile differenziare piuttosto che tentare di accomunare quadri diversi.

La patofobia, personale o familiare, può essere una componente presente anche nei DCA ma la presenza o assenza della cosiddetta dismorfofobia, cioè di un disturbo nella corretta percezione del Sé corporeo, è invece dirimente da tutti i punti di vista, sia come quadro psicopatologico sia come prevedibile decorso nei vari passaggi dell'eventuale trattamento. Le pazienti che provengono da situazioni più strettamente patofobiche **senza** maternità conflittuale sono, appunto, caratterizzate da una corretta percezione del proprio corpo e della propria magrezza.

Un inquadramento deciso dei DCA, come vedremo più avanti, come un insieme di forme specifiche di "**fobia del Sé corporeo e dell'alimentazione**" potrebbe rendere più coerente e organizzata sia la lettura della psicopatologia sia la strategia complessiva del trattamento.

Potrebbe inoltre permettere di discriminare anche tra la difficoltà della madre verso la figlia come nella maternità conflittuale rispetto a una madre o un padre genericamente patofobici che si

sono trovati a contatto con la paura del DCA che ha attraversato minacciosamente la strada della loro famiglia.

Il quadro descritto nel DSMV, invece, “senza fobia del grasso” sembra essere piuttosto quello che caratterizza, ad esempio, una tipologia di donne spesso molto magre per tutta la vita, che non diventeranno mai dichiaratamente anoressiche, ma lo sembrano e sono spesso circondate dal ‘sospetto’ di esserlo. Talora sono madri di pazienti con dichiarato DCA.

La caratteristica emotiva differenziale e fondamentale è semplice: non si reperisce, infatti, in queste donne, un vero e proprio ripudio del corpo, di tipo definibile come strettamente dismorfofobico, ma piuttosto uno stile di vita di “superamento dei limiti della comune condizione umana” più generalizzato.

Si tratta di vere sacerdotesse del rigore, dedite ad una silenziosa e sacrificale crociata ascetica destinata all’eliminazione degli aspetti “deboli” e “impuri”, sia di tipo psicologico che fisico, spesso con componenti di una religiosità molto particolare. La crociata può, in alcuni casi, riguardare anche l’aspetto alimentare, con le caratteristiche comunemente definite di *ortoressia*, la ricerca estenuante dell’alimento sano accompagnata dalla strenua lotta a determinati cibi che rappresentano il male.

Queste donne, ortoressiche o meno, se sono madri di figlia con DCA asseriscono di non riconoscersi nel disturbo della figlia e mostrano paradossalmente una maggiore difficoltà a comprenderlo rispetto ad altre madri, considerandolo, e contro reagendovi, prevalentemente come un disturbante e incomprensibile disordine del comportamento anche se si dedicano assiduamente a seguirne gli sviluppi.

Come madri di pazienti con DCA sono le più inaccessibili a un’apertura con la figlia. Prese dal loro sacrificio, anche se, solo indirettamente però, forniscono elementi concernenti la maternità conflittuale. Quest’ultima è entrata a far parte della loro difficile missione materna, nella dolorosa valle di lacrime che ci circonda, con una figlia difficile percepita come l’ennesima prova e l’ennesima croce da affrontare, sopportare e superare.

Un’altra situazione diversa, non infrequente, che richiede una particolare attenzione e che si può più facilmente e nettamente distinguere dai DCA tipici, si ritrova in giovani pazienti in cui, nella relazione madre – figlia, non vi è mai stato un vero sentimento iniziale di paura o rigetto dell’aspetto, del corpo e della nutrizione. In questi casi la piccola ha avuto una storia sanitaria ed evolutiva complicata e ha dovuto affrontare significative difficoltà e con lei la madre e tutta la famiglia. In qualche caso si tratta di una prematurità difficile. Nella storia di queste pazienti non ha mai rappresentato quindi un vero disturbo il Sé corporeo mentre magari lo è stata la nutrizione di per sé, e vi è stato ed è rimasto nel tempo, nell’accudimento prima e nelle fasi successive poi, un cruccio continuo riguardo la salute, fisica e psichica. In questi casi, nel momento trasformativo, la vera adolescenza emotiva², si mette in moto la lotta: “con la forza della mente” devo padroneggiare le mie difficoltà. Tra queste può essere incluso, per diversi motivi, anche il peso e l’aspetto fisico. Si tratta di situazioni cliniche che non assumono il carattere di un tipico DCA, ma hanno più spesso anch’esse l’aspetto di un “problema alimentare”.

L’indizio clinico che può iniziare a indirizzare verso questa diagnosi è quindi anche qui l’assenza di una vera e propria dismorfofobia e, al contempo, una corretta percezione della magrezza. L’altro indizio è che l’anamnesi raccolta dalla madre non comprende una vera e propria maternità conflittuale e la qualità del cruccio è completamente diversa, una preoccupazione protettiva per la fragilità “costituzionale” e quindi per il futuro riservato alla figlia sfortunata.

Esistono poi forme di DCA che comunemente sono ascritte a una conflittualità familiare di cui sono la spia, a rapida risoluzione, sia spontanea sia a trattamento appena iniziato, che a mio avviso vanno considerate forme “labili” e transitorie di DCA.

² L’adolescenza può avere un decorso inizialmente meno turbolento, in cui la trasformazione corporea non ha un effetto di per sé molto vistoso mentre la vera crisi “trasformativa” avviene successivamente, in coincidenza con un cambio di scuola, l’ingresso all’università, un distacco dalla famiglia, una vicenda sentimentale significativa. In queste situazioni, peraltro frequenti, può improvvisamente scatenarsi anche una vicissitudine concernente il corpo e il proprio aspetto.

Sono di notevole interesse perché nelle anamnesi si trovano tracce di disturbi precoci che però si sono rapidamente risolti e che non hanno evidentemente residuato la **persistenza** tipica dei disturbi più gravi.

La chiamo "**piccola anoressia transitoria**", perché così è il quadro clinico e così il decorso: è solo una impressione, ma forse era più frequente nei decenni passati. Essa insegna molto sul fatto che cicatrici al riguardo sia del Sé corporeo che dell'alimentazione, seppure con effetti molto più lievi, sono molto diffuse e possono riemergere in particolari situazioni.

Anche qui l'elemento scatenante della crisi sembra essere il contatto diretto con vere anoressiche, oppure indiretto tramite letture, film o chat, ma, a differenza della patofobia descritta prima, si instaura un quadro in cui le vicissitudini conflittuali adolescenziali sono subito in primo piano e hanno, anche nel contatto clinico, una immediata e netta prevalenza mentre **il problema alimentare** finisce rapidamente per perdere d'importanza e di significatività clinica una volta che è stata rivolta la dovuta attenzione alla situazione conflittuale adolescenziale ed evolutiva.

Tutti questi casi non tipici hanno un decorso meno difficile e, ex adiuvantibus, spesso già il solo impatto "medico" con l'ingenuità nel trattare il corpo con il tentativo di una rigida restrizione alimentare, può avere già un suo effetto più immediato.

Un corretto approccio psicologico, addirittura solo con i genitori, come pure i diversi assetti ad orientamento famigliare, sono più facilmente risolutivi, e la casistica suggerisce che ciò dipende proprio dalla **diversa profondità** e quindi dalla diversa persistenza del disturbo del Sé corporeo.

Solo tra parentesi, visto che ciò non riguarda i disturbi tipici anoressico - bulimici di cui ci stiamo occupando, tracce di problemi alimentari di vario genere sono rintracciabili in una estesa fascia di persone adulte, dottori compresi, ma spesso non sono affatto labili, anzi: finiscono per essere considerate qualità personali immodificabili e facenti parte del carattere e sono quindi una presenza costante in molte esistenze.

La categoria "binge eating", che nella classificazione DSM IV era rimasta indefinita nella categoria NAS a cui è stata poi sottratta dal DSM V, non pone comunemente difficoltà di differenziazione. Anche in questi casi, in cui è dirimente già solo l'assenza del rituale del vomito nella sintomatologia, una attenzione anamnestica alla relazione precoce madre - figlia mostra infatti in proposito quadri nettamente diversi, che poco hanno a che fare con la precoce maternità conflittuale come descritta sinora e che appare essere sempre tipica esclusivamente dei disturbi anoressico - bulimici.

È frequente, ad esempio, una seduzione relazionale e una richiesta di dedizione che comprende "anche" il cibo, in assenza di ripudio conflittuale, mentre le difficoltà nella relazione, anche riguardo l'alimentazione, fanno la loro comparsa solitamente dopo lo svezzamento, soprattutto quando la piccola può iniziare ad opporsi. È possibile che a questo punto si instaurino per un certo periodo comportamenti alterni di rifiuto del cibo e di fame vorace che avrà caratteristiche intense di piacere e premio. La madre si sente cioè premiata dal figlio che mangia e il figlio analogamente percepisce il cibo come connesso al sentimento del premio.

Sarà necessario, comunque, disporre di più ricostruzioni delle situazioni precoci per individuare se vi siano o meno altre costanti significative.

Non comportano particolari difficoltà nemmeno le diagnosi differenziali con alcune particolari fobie verso alcuni cibi né per le **alimentazioni selettive** che spesso, soprattutto oggi, hanno le caratteristiche di un più generale stile di pensiero e di modo di vivere. Anche in queste situazioni i dati anamnestici delle fasi precoci non riportano dati significativi di un impatto psicopatologico più determinante sul funzionamento emotivo riguardo al Sé corporeo e all'appetito.

La **diagnosi differenziale**, quindi, può essere di solito già inizialmente orientata, oltre che dal quadro clinico, dai dati anamnestici, molto più efficacemente se è possibile ricorrere ai genitori oltre che alla figlia. Il riconoscimento di un disturbo precoce del tipo definibile come maternità conflittuale è fortemente probativo di un disturbo della serie anoressia, bulimia e anoressia - bulimia, mentre nelle situazioni citate diverse dai casi tipici, si rilevano vicende emotive qualitativamente molto differenti rispetto a quelle più tipiche della maternità conflittuale.

L'esempio più evidente in proposito è la differenza già citata tra i tormentosi sentimenti conflittuali tipici che evolveranno in un disturbo alimentare e quelli penosi e preoccupati per una figlia inappetente perché prematura e sofferente. E altrettanto differenti saranno le situazioni in cui la "prevenzione – previsione" patofobica di ogni tipo di malanno sarà caduta sul disturbo alimentare.

Ciò che è di notevole interesse clinico è che una accurata rilevazione del quadro emotivo descritto riguardo le vicissitudini perinatali e il loro successivo decorso oltre che permettere un altamente probabile orientamento diagnostico può fornire una traccia molto significativa dei sentimenti che hanno governato la vita della paziente e della sua famiglia e che solitamente li governano ancora, per certi versi immutati pur nelle turbolenze della situazione adolescenziale e della insorgenza di una condizione clinicamente significativa.

I mutamenti spontanei

L'altro apporto significativo che deriva dagli esiti del lavoro congiunto madre - figlia consiste nell'individuazione degli elementi psicopatologici che si modificano a seguito del confronto a due, sia nell'immediato che nei tempi successivi e può rappresentare una prima guida ai trattamenti e alle caratteristiche che dovrebbero avere i fattori terapeutici in campo.

La comprensione di quale può essere l'efficacia clinica di questo tipo di intervento può permettere, inoltre, di toccare con mano, per converso, la efficacia patogenetica delle forze emotive in campo e la loro capacità di mantenere attivo il complesso e rigido impianto del cuneo nel Sé³ che ho ricordato sopra. Come ho già detto, questa espressione tenta di descrivere un determinante elemento psicopatologico osservabile sempre nei DCA. Infatti la situazione di maternità conflittuale fa esperire alla coppia madre – figlia una intensa problematicità, nei primi mesi, della situazione di allattamento e di contatto fisico che si traduce in un sentimento generale di costante allarme, e quasi sempre di fastidio, riguardo l'ora del pasto e dell'insorgenza della fame. Ricordo anche che può corrispondere anche alla frequente presenza, nella storia precoce, di un disturbo alimentare subclinico, che viene descritto dalle madri come transitorio e non si traduce quindi in un disturbo alimentare dell'infanzia.

Solitamente, ripeto, nei DCA questo allarme, seppure in forme ridotte nei tempi successivi allo svezzamento, persiste e ha una sua corrispondenza con l'allarme continuo che esploderà in adolescenza o comunque all'insorgere del disturbo clinico. Le pazienti descrivono spesso questo allarme come un dover pensare tutto il giorno al momento del pasto e al cibo, disturbandole in tutte le loro attività ed è spesso questo un utile aggancio per recuperare il sentimento di Sé disturbato e un inizio di alleanza, magari con lo psichiatra.

La conflittualità emotiva presente, che è sempre fortemente connessa alle diverse qualità emotive e quindi alle modalità di insorgenza⁴, ha sempre una costante, che sintetizzo in modo accentuato per renderlo comprensibile. Infatti la tormentosità della madre riguardo il suo essere o meno una buona madre si è avviata per la intollerabilità della presenza di sentimenti di ripudio verso la corporeità della figlia e la necessità di nutrirla, intollerabilità che non ne ha permesso il superamento e che ha aumentato il disagio, il fastidio, i disturbi dell'umore quando non addirittura una vera e propria depressione latente. La comparsa dell'inevitabile disturbo del contatto e quando avviene anche del disturbo subclinico dell'alimentazione rigira il coltello nella piaga e si riproduce così il **tragico equivoco** per cui può essere la figlia che fa sentire la madre a sua volta in difficoltà e ripudiata in quanto cattiva madre.

³ Psicopatologia dei DCA

⁴ Maternità conflittuale

L'osservazione clinica costante è che in adolescenza si sviluppa una più o meno palese o sotterranea conflittualità, persistente, che mantiene immutate le qualità emotive iniziali, stavolta tradotte in un criticismo continuo, che può andare dal conflitto aperto "tu, mamma non capisci proprio niente e sei una madre sbagliata" alla versione compassionevole "tu poverina sei sempre in difficoltà e inadeguata e non posso nemmeno prendermela con te".

Solitamente la qualità di questa conflittualità è congrua con i sentimenti iniziali descritti dalla madre e possono essere rilevati anche nell'osservazione diretta. La "figlia contessa madre", oltre che aver sviluppato una alternanza anoressico bulimica, era diventata davvero incontenibile e in effetti trattava la propria madre con sufficienza, accusandola apertamente di essere una donna debole e succube rispetto a tutti, compreso il marito. Una madre al momento del parto era sprofondata in un sentimento devastante di esistenza rovinata per sempre dalla nascita non voluta, che l'avrebbe legata per sempre al marito da cui avrebbe voluto separarsi. Sua figlia, non conoscendo fino a quel momento quanto accaduto, diceva di sentire di essere una disgrazia per la propria madre e che la capiva, visto come era sempre malinconica e sofferente e aveva malgrado ciò dovuto occuparsi di lei. E attribuiva la situazione ad una propria intrinseca indegnità per cui aveva spesso pensato al suicidio. Il tutto si alternava però a critiche aperte alla madre succube del sistema familiare che veniva invitata e spronata a cambiar vita e ritrovare la voglia di vivere diversamente, magari con una ribellione di impronta femminista. La ragazza in quel momento, diventando la paladina della madre, sembrava trovare una momentanea diversa ragione di vivere, rispetto all'indegnità. Il fallimento successivo della rivoluzione prospettata la faceva ripiombare nel sentimento di ineluttabilità e di inutilità, come è ben possibile comprendere.

Al momento del disvelamento nell'incontro madre – figlia, dopo che la madre ha raccontato, spesso con notevole sofferenza, le situazioni emotive incontrate verso la figlia ad esempio alla sua nascita, il primo effetto che colpisce è che la rigidità della relazione, ormai da anni incistata sul tragico equivoco e sulla polemica più o meno aperta, o come abbiamo visto con una condizione di sofferenza, viene completamente stravolta dalla nuova posizione assunta dalla madre che invece descrive la propria difficoltà originaria riguardo i propri sentimenti e verso la figlia.

Per tutta la durata della esistenza della figlia la situazione era apparsa invece immutabile nella polemica reciproca sull'incomprensione, e da una altrettanto reciproca critica su comportamenti vari, compresi quelli alimentari con i suoi complessi rituali dopo la presa del potere da parte della figlia (v. dopo).

Tutte le critiche finivano inevitabilmente sia sull'essere una buona madre e una buona figlia sia, purtroppo, dato il canale lasciato aperto dalla situazione primaria, inesorabilmente sull'essere fatta male sia per l'una che per l'altra, nella situazione appunto del tragico equivoco.

La riparazione di questa accusa - condanna rimasta attiva fornisce innanzitutto alla madre la possibilità di uscire dal proprio cruccio. Uscire dalla propria condizione di eterna imputata le permette di calmarsi dopo molti anni di tensione e di stabilire un contatto immediatamente diverso, certamente migliore, con la propria figlia.

In quest'ultima si possono ridurre rapidamente i sentimenti di sgradevolezza fisica, e si intravede un passaggio determinante, quello da "sono mostruosa" a "mi sono sentita e talvolta mi sento mostruosa".

Questo sentimento persistente trascinato nel tempo come "ricordo fisico" della situazione di contatto difficile instauratosi precocemente ma **ancora attivo** è infatti stato ufficialmente riconosciuto e si è in parte dissolto nel nuovo contatto con la madre venuta in suo soccorso.

Ciò da un lato indica quanto importante sia il mantenimento di questo disturbo relazionale ma dall'altro anche che quest'ultimo è patogeneticamente efficace non solo in quanto tale ma proprio per i suoi precoci e persistenti effetti sul Sé "non riconoscibili" senza il disvelamento materno: diviene a questo punto riconoscibile per la figlia, che spesso commenta che, malgrado tutti i diversi passaggi dell'esistenza, quel sentimento "non ti piaccio per come sono" è rimasto come un tormento sospeso fino a quel momento nel contatto tra loro.

Si riduce, sebbene solo in parte, anche il sentimento di iperattivazione, spesso denominato e definito perfezionismo, ma soprattutto il suo motore, quello per cui ciò che faccio, comprese le prestazioni scolastiche, non è mai sufficiente e sempre criticabile in modo incontentabile.

Dico “solo in parte” per due motivi: il primo è che è subito evidente che, seppur ridotto, una struttura del genere che organizza da sempre pensiero e azione richiede vari passaggi per poter essere modificato davvero. Il secondo è che la madre, e spesso tutta la famiglia, è anch’essa condannata alla stessa iperattivazione critica, per cui esiste una iperattivazione da contatto – contagio rafforzata in modo determinante dal modello familiare di efficienza alterato, presente quotidianamente nel modo di affrontare l’esistenza e quindi appreso molto precocemente, anche dalla madre stessa.

L’attività previsionale distorta dalla inevitabile aspettativa di poter essere trattata sempre, anche dal mondo circostante, come un essere sgradevole, si riduce anch’essa, per un insieme di fattori. È avvenuto infatti, nel confronto con la madre, davvero qualcosa di inaspettato e un aiuto che fornisce lenimento soprattutto alla colpa di essere ontologicamente sbagliata, che modifica vistosamente il fatalismo dell’attendere solo il peggio.

Cito l’attività previsionale perché essa, oltre a mantenere la vita in sospenso nella perenne attesa di tutti i momenti sgradevoli, compreso la fondamentale attesa del momento del pasto, ha una notevole importanza nello strutturare le fobie, come in tutte le patologie fobiche, e nell’improntare l’immaginazione, che può prendere a prestito raffigurazioni del pericolo che si corre da varie fonti, la grande obesa sfatta incontrata per strada o il mostro da baraccone visto in un film.

È subito evidente che l’incredulità riguardo possibili cambiamenti, prospettati dai dottori o dal solo essere in trattamento, viene saltata a piè pari: in questo senso il sentimento di verità cui ho fatto più volte riferimento è davvero importante, provenendo le informazioni direttamente dalla madre e non dai clinici. Si affronta davvero ciò che accade ed è accaduto e ciò che si è esperito e non ciò che si racconta, come le ipotesi terapeutiche che risuonano spesso come false o non convincenti agli occhi della paziente.

Ma ciò che ancor più viene stravolto è tutto l’insieme di convincimenti che sono divenuti parte dell’organizzazione psicopatologica complessa e rigidamente strutturata che ho sommariamente descritto.

La componente più generale del sentimento di ineluttabilità, innanzitutto, viene di fatto modificato dall’evento inaspettato **della madre che si espone**, anziché essere costretta a mantenere immutata la sua posizione di madre ineccepibile che rivendica tutti i propri sforzi, ricostruendo invece la storia della coppia madre – figlia dal suo inizio.

Possiamo dire, in modo molto più appropriato, che può finalmente iniziare ad essere riconosciuto anch’esso come un sentimento di ineluttabilità anziché un ineluttabile destino.

L’altra componente, quella della caratteristica ontologica, relativa al disturbo del sentimento di Sé e alla sua mostruosità, trova una prima breccia nella traccia proveniente dalla descrizione della situazione di maternità conflittuale e del disagio profondo provato nel contatto disturbato, ma l’esperienza insegna che questa traccia va tenuta presente e ricordata perché è la più tenace proprio in quanto memoria fisica persistente e consolidata nel tempo, sempre in agguato, nei vari colpi di coda, sia per quanto riguarda il corpo che la mente.

Quest’ultima è anch’essa sempre sotto osservazione da parte della paziente e profondi sentimenti di inadeguatezza possono riemergere anche dopo la scomparsa della sintomatologia corporea, come insegna appunto il fenomeno del colpo di coda inaspettato, che ho già descritto e che va considerato una regola piuttosto che un imprevisto.

Il poter riqualificare questi “attacchi” come “sentimento - ricordo fisico e mentale”, servirà più volte, nel tempo, ad ogni suo riemergere nel corso del trattamento, potendo il clinico attingere alla memoria comune di quanto avvenuto nei colloqui con la madre.

A tal proposito è importante aver presente che nell’organizzazione del modo di sentire di queste pazienti, ma vale anche per altri tipi di casi, ciò che viene descritto come **allessitimia**, cioè un deficit di mentalizzazione delle emozioni, oltre che, come spesso accade, essere connesso alla

persistente traduzione somatica delle stesse, dovuta alla loro caratteristica fortemente sensoriale, trova una ragion d'essere ben diversa: quel sentimento non è infatti riconoscibile come tale perché per la paziente non è un sentimento ma è un dato di fatto.

Non “mi sento un mostro” ma lo “sono”. Non ho, in effetti, un sentimento di ineluttabilità ma è tutto davvero ineluttabilmente così.

Il sentimento del Sé che diventa percezione vuol dire questo, la memoria dell'emozione è reale e fisica, **per come e per quando è nata**. Non è stata cioè successivamente convertita in una traduzione somatica, lo è stata sin dall'inizio fisica, nel contatto.

Questo aspetto è l'ostacolo più serio ai trattamenti, ciò che determina la incredula sufficienza o al massimo la compiacenza benevola con cui le “spiegazioni” dei dottori vengono spesso accolte e anche ciò che rimane, magari attenuato ma immodificabile, in molti trattamenti.

Analogamente avviene per la distorsione del sentimento della fame, che però subisce già una fondamentale modificazione introdotta dall'intervento della madre: la relazione emotiva di fondo di cui la figlia e la madre si sentono in ostaggio da sempre è proprio una critica sostanziale e persistente, “non dovresti essere così”, compreso il come mangi, reciprocamente e in tutte le sue accezioni, e tale tormento, toccando il funzionamento e il sentimento del Sé e non soltanto un comportamento, prende letteralmente lo stomaco.

La distorsione del sentimento della fame avviene, ricostruendo attraverso i racconti delle madri, per specifiche azioni emotive.

La rinuncia al cibo coincide con un ritiro profondo, somatico, “depresso”, sconcolato e desolato, che può più o meno durare nel tempo e consolidarsi come sentimento accessibile.

È nettamente da differenziare, come qualità emotiva, dall'**attivo rifiuto** del cibo connesso a insofferenza, fastidio, impazienza instauratesi nel contatto.

La **fame vorace** può avere diverse componenti: l'allarme - paura è fondamentale, perché sembra innescarsi sia perché la situazione è già intrisa di inquietudine, sia secondariamente al ritiro e al rifiuto. Ciò è rilevante perché coincide con quanto accade poi nell'adolescente, in cui i tentativi di ricerca la rinuncia al cibo oppure quelli restrittivi di respingere la fame hanno l'effetto, anche biologico, di aumentare la fame stessa.

L'altra componente della fame vorace è l'intensità del piacere **riappacificante**, rispetto alla paura precedente, che si somma alla intensa sedazione fisica della fame accentuata dalla restrizione e all'effetto calmante della sazietà.

L'effetto “**premio**” e “**seduzione**” del cibo, molto presente e prevalente nei binge, è meno rilevante nei DCA classici rispetto alla tormentosità ritiro - restrizione - paura.

Il **disturbo della sazietà** ha una duplice via. Il primo riguarda la percezione allarmata del senso di riempimento, che appare alle pazienti già una deformazione permanente del corpo. Il secondo, invece, va nella direzione opposta, perché, essendosi scatenata la fame anche per motivi biologici, ad esempio insulinodipendenti, si può generare la sensazione del “mai pieno abbastanza”, e quindi della fame insaziabile.

Possiamo dire che il sentimento della fame è dall'origine modificato dalle emozioni coesistenti di cui assume quindi qualità e caratteristiche. Ciò avviene in molte situazioni cliniche, anche non DCA tipici, con modalità diverse, ma rende conto di quanto in genere sia complesso e difficile agire sul sentimento alterato della fame e il fatto che centinaia di milioni di persone ogni giorno tutta la vita vi debbano dedicare una tormentosa attenzione.

Ritornando alla “confessione” della madre, essa rompe, di fatto, la relazione cronicamente critica con la figlia che è stata così in qualche modo fortemente “invischiante” e, essendo stata molto spesso connessa proprio ai dissapori riguardo l'alimentazione, riduce una presa irritativa pesante, onnipresente e fonte di sofferenza tormentosa continua, che può continuare ad essere attiva in molti casi anche a distanza, anche senza la presenza diretta sotto lo stesso tetto e alla stessa tavola.

L'attesa della situazione del pasto come momento cruciale della giornata si riduce rapidamente, di solito. Si disperde innanzitutto rapidamente la componente di “attesa al varco” famigliare,

presente ormai dal momento dell'inizio della crisi, proprio per lo sblocco della relazione tormentosamente critica.

Per quanto riguarda la distorsione del sentimento della fame, una particolare importanza hanno nelle bulimie i chiarimenti che la madre può fornire riguardo due elementi cardine: il comportamento da "spacciatrice" di cibo per essere una buona madre, e perciò non tollerare il rifiuto, da una lato e dall'altro la paura di non riuscire a nutrire, con il rischio della vita, o per il timore che la figlia rifiuti il cibo in quanto anoressica. L'insieme è una traccia molto rilevante per ridurre, agli occhi della figlia, il convincimento prevalente di essere vittima di una possessione paurosa che la fame accessuale le ha sempre indotto e le stimola ad ogni occasione.

Pur quando resti almeno in parte problematica la relazione con il cibo, in tutti i casi, quindi, sicuramente può avvenire un forte spostamento dell'attenzione dagli aspetti ritenuti e ormai consolidati come ontologici, ai disturbi del sentimento del Sé che diventano più facilmente riconoscibili. È certo che la modificabilità molto dipende dalla variabile temporale, cioè dalla durata cronicizzata della distorsione della fame e dell'abitudine alimentare rituale.

Ciò che si nota è comunque che, rispetto allo spazio che la prigionia attorno al rito del cibo sottrae all'esistenza, rapidamente vengono più investite le questioni relazionali congrue con l'età, con una vivacizzazione della vita emotiva derivante dalla almeno momentanea e parziale riduzione delle varie componenti del sentimento di ineluttabilità e di danno immodificabile, con le relative sfumature malinconiche quasi sempre presenti.

Le raccomandazioni per i trattamenti medici: tra la mente e il corpo

Nei casi in cui non è stato possibile, per qualunque motivo, l'intervento congiunto, o quest'ultimo non ha avuto l'efficacia sperata, alcuni paradigmi possono essere una guida, un insieme di raccomandazioni al trattamento, qualunque sia la tecnica di riferimento utilizzata, compresa quella cognitivo – comportamentale più diffusa.

Inizierò dal trattamento medico, perché ritengo sia auspicabile non solo nei casi più gravi e più a rischio.

È determinante, a proposito di estraneità del corpo, il **possibile** utilizzo, oltre che del collega psicofarmacologo, anche del **medico**, in grado di seguire dal punto di vista fisico le pazienti.

Le sue funzioni vanno ben oltre l'aspetto internistico e dietologico: come mi è stato possibile sperimentare con diversi colleghi, i più efficaci si muovono abilmente e pazientemente nella strettoia tra le necessità strettamente mediche e la corretta percezione della profonda difficoltà emotiva delle pazienti nell'accettare e seguire le cure.

Infatti, tutto l'apparato rituale delle pazienti con DCA serve a esorcizzare il loro allarme e la loro paura: più che di controllo del peso e del cibo, il collega consapevole – e per fortuna possiamo frequentemente contare su questa preziosa capacità – ha ben presente che si tratta di una necessità di controllo "ingenuo", derivante da una teoria naïf del corpo: riprova ne è il fatto che queste pazienti rimangono sempre sconcertate e colpite quando si dice loro che il dimagrimento a cui ambiscono comporta una drastica riduzione anche di muscoli, cervello, di cui certamente neuroni e ipofisi e quindi una conseguente riduzione delle loro capacità fisiche e mentali che peraltro verso, invece, tentano continuamente di rafforzare.

È quindi importante poter contare su colleghi medici e dietologi in grado di far innanzitutto sentire alla paziente che riconoscono il suo diritto di non "ingrassare", come un riconosciuto diritto del cittadino, a patto di nutrire invece a sufficienza le sue parti vitali.

Inoltre è importante che il medico trasmetta la percezione di sapere quali sono le sue paure e che a esse si mostra interessato e attento, per cui mentre si occupa del suo corpo tiene conto delle sue paure.

Per la paziente diviene più facilmente chiaro che ci si occupa non solo della sua mente ma anche del suo corpo, fornendole un'accuratezza di cura che di per sé vuol dire, di fatto, un senti-

mento di continuità del Sé e delle sue cure anche per i dottori ed evitare il rischio che una parte così determinante non venga considerata a sufficienza.

La sequenza e il clima dell'intervento del medico nutrizionista si basano su un particolare, prudente e articolato "**consenso informato**" che può instaurarsi in diverse sessioni successive.

Utilizzo questo termine perché traduce quanto le pazienti, ingenua e quindi non ancora informate, non sanno e su cui è bene che il medico si soffermi pazientemente. Il meticoloso conto delle calorie, proprio nelle pazienti che si dimostrano più indottrinate in proposito e che asseriscono di conoscere bene l'importanza dell'apporto proteico e dei carboidrati, è, infatti, sempre impostato su un'iperefficienza della dieta, quasi una gara con la fame e il corpo, e contemporaneamente con il convincimento che non sia possibile altra via di quella attuale.

Tutto ciò non comprende, ovviamente, un sentimento di cura del corpo stesso.

È importante che l'approccio iniziale non conduca all'effetto "mani nel piatto" cui la paziente può essere ormai molto reattiva perché la più comune risposta familiare al suo disturbo è un insieme di tentativi di correggerlo come insensato, perché è ovviamente difficile comprenderne l'aspetto rituale.

Inoltre l'insorgenza della sintomatologia colpisce sul sentiero obbligato del tragico equivoco per cui le difficoltà con il cibo sono comunque inesorabilmente percepite in famiglia prevalentemente come un attacco alla madre e una continuazione della polemica con lei, anche quando è presente anche la percezione del fatto che ci si trova di fronte a un disturbo e a una sofferenza.

Traduco qui le diverse linee di pensiero clinico e di comportamento che fanno parte di questa particolare relazione medica e del suo consenso, una vera e propria mappa della possibile alleanza di lavoro.

- So che sei molto attenta e cerchi di curarti meticolosamente, come medico posso darti informazioni e istruzioni, per tutto ciò che serve per avere una migliore cura della tua mente e del tuo corpo.
- Se hai orientamenti alimentari particolari (vegetariana, vegana ecc...) questi andranno rispettati.
- So che per te è importante non ingrassare ed è un tuo sacrosanto diritto tenere la linea, per cui in nessun modo l'obiettivo è farti ingrassare.
- So che la paura di ingrassare in realtà è la paura di una trasformazione paurosa e mostruosa e quindi molto più forte di quanto normalmente avviene riguardo la necessità di mantenere la linea e quindi va oltre tale necessità e il tuo peso lo dimostra.
- So anche che, e in questo sono io il dottore, che lo fai non tenendo conto di fondamentali parametri della salute che tu non conosci e che in ogni caso vanno tenuti d'occhio e di cui è importante tu venga a conoscenza.
- La bilancia rischia di far ammattire per la paura: le variazioni non vanno mai considerate giorno per giorno perché ma in tempi più lunghi, altrimenti ci si fa fuorviare dalle normali alternanze di peso dovute a fattori fisiologici.
- So che il riuscire a dimagrire dà una sensazione inebriante di padronanza del corpo, scoperta quando hai iniziato la dieta. Proprio per questo il tuo modo di curare la paura mostruosa può prenderti la mano, pensando a un'efficienza che ti impedisce di tener conto, però, di quanto il corpo necessita, anche al minimo indispensabile.
- La sensazione della sazietà è fortemente influenzata dalla paura, per cui il minimo gonfiore dopo il pranzo può darti subito la sensazione di esserti deformata, come se non po-

tesse passare più. Dobbiamo occuparcene, se è un disturbo che ti preoccupa, per riconoscerne le caratteristiche e perché non sia conseguente al tipo di cibo o al vomito ripetuto oppure non vi sia una gastrite da curare.

- È importante sapere che la fame è istigata e aumentata enormemente dai tentativi eccessivi di restrizione sia per un preciso motivo biologico, che posso spiegarti, sia perché aumentano inevitabilmente la naturale paura di morire di fame o comunque di restare senza cibo. Inoltre avere continuamente in mente la fame da respingere la evoca continuamente e la sollecita anche perché fa temere la perdita del sospirato sollievo di poter finalmente mangiare, dopo averci tanto pensato, tutto il giorno.
- Inoltre, la restrizione può fare ingrassare di più rispetto a una alimentazione dosata, perché l'astinenza eccessiva determina il fatto che il cibo poi diventa immediatamente una risorsa per il grasso.
- È proprio questo insieme esplosivo di restrizione, risposta biologica, paura e desiderio che determina la necessità di rompere tutto e quindi il perdere la testa dinanzi al cibo che chiama.
- Può essere più opportuno “addomesticare” la fame che combatterla.
- Ed è perciò che io non prescrivo diete, che sono sempre nocive proprio per il loro criterio impositivo. Prescrivo come nutrirsi meglio e solo se tu sei almeno in parte d'accordo: non si può mangiare una cosa o l'altra né per accontentare qualcun altro né per fargli la guerra.
- Tu che sei in sovrappeso non puoi metterti in castigo con una dieta ma imparare invece a non trascurarti scegliendo i cibi in modo appropriato.
- Tu, invece, che sei sottopeso ingenuamente non sai che il tipo di nutrizione non accorta ti può far perdere la padronanza del corpo perché vi sono conseguenze fisiche ma anche psichiche di cui non ti accorgi.
- Le conseguenze psichiche, infatti, sono una grave perdita della forza della mente. Solitamente di questo non ci si accorge e sfugge di mano, il che può oltretutto impedire l'utilizzo del trattamento psicologico qualora sia in atto, e inoltre può rendere molto più difficile seguire le attività scolastiche o lavorative.
- Anche il vomito necessita cura e attenzione per via dei danni che può procurare e che è importante prevenire e curare.
- Tenteremo quindi di prestare attenzione alla tua paura ma anche di fornirti i suggerimenti necessari a non perdere inavvertitamente, come ti accade, la padronanza del tuo corpo e della tua mente, cui ambisci. Ciò richiederà una cura attenta, con appuntamenti di controllo e gli esami clinici quando necessario.
- L'importante è che tu possa apprendere progressivamente a valutare il corretto peso tenendo conto sia della tua paura sia della necessità di padronanza e cura del corpo.
- Quello che non so è quanto tempo ti ci vorrà per affrontare pazientemente la tua situazione fisica tenendo conto delle tue paure.
- È possibile che sia necessario, in certe situazioni, assumere posizioni più forti qualora la paura dovesse mettere troppo in pericolo la tua salute e la tua vita.
- Il ricovero per disambientazione e trattamento medico e riabilitativo va prospettato come una possibilità sempre presente qualora la situazione rischi di sfuggire di mano o tu sia in crisi tale da non essere in grado di badare a te stessa.

La raccomandazione è che tutto quanto detto sopra può anche non essere esplicitato o esserlo a piccole dosi, passo dopo passo e, come sempre nella clinica, secondo i casi. Dovrebbe rappresentare la mappa orientativa che la psicopatologia offre al comportamento del medico, sempre riguardoso dei confini con cui è necessario trattare.

Dalle varie osservazioni fatte in tutti questi anni, questa mappa almeno in parte è adottata, magari con stile e modi personali, dai medici più capaci di maneggiare queste situazioni difficili. Comunque dovrebbe e potrebbe esserlo da qualunque dottore si occupi di questi casi e sarebbe importante immaginare un addestramento adeguato in proposito, perché, di fatto, si tratta sempre di situazioni difficili che possono mettere in difficoltà anche il dottore più paziente.

Una curiosa osservazione è che la diagnosi differenziale cui mi riferivo sopra riguardo i casi provenienti da famiglie patofobiche, è talvolta già fatta intuitivamente dal clinico alimentarista o talvolta dallo psichiatra esperto e ritengo ci sia un motivo preciso per questo. Il contatto con le pazienti, ma soprattutto con la famiglia, infatti, in questi casi è molto diverso proprio per la qualità del prevalente allarme patofobico, rispetto al clima tormentoso e sottilmente o apertamente polemico e accusatorio presente nelle famiglie dei DCA. I medici hanno inevitabilmente una molto maggior frequentazione di pazienti patofobici rispetto agli psicologi e agli psicoterapeuti, ne hanno comunque una maggiore esperienza e rilevano più rapidamente questo tipo di contatto proprio perché è, per il medico, un'inevitabile guida all'approccio clinico rispetto al paziente organico spaventato per la sua malattia.

Tornando al consenso informato, tutto il comportamento del medico è improntato a salvare capra e cavoli, cioè la salute minima e indispensabile ma tenendo conto di avere a che fare sostanzialmente con una grave fobia del Sé e non lasciando la paziente in balia di se stessa e della propria famiglia e la famiglia in preda alle sue paure, ma fornendo le istruzioni per un'alimentazione che, tollerante della fobia, faccia riguadagnare salute nei limiti possibili.

L'alleanza è sostanzialmente sempre basata sul principio che la paziente può progressivamente apprendere a far meglio ciò che, anche se in malo modo, fa già: tentare di curare il suo mostro, il Sé corporeo oggetto della fobia. È fondamentale tener conto che già questa attenzione ha **anche** un effetto psicologico, in quanto ha a che fare appunto con una acquisizione più idonea del sentimento del curarsi.

L'esperienza insegna che la **psicofarmacologia** ha quattro tipi di indicazioni prevalenti e più accettabili dalle pazienti. Sono però comunque necessari alcuni prerequisiti: è raccomandato che lo psichiatra sia lui molto cauto nella prescrizione, sia per l'età molto spesso adolescenziale delle pazienti, sia per le paure verso la prescrizione stessa. Può essere opportuno, soprattutto nei casi più difficili, premettere che non avverrà alcuna indicazione prima che si siano appunto esaminate le paure in proposito e al riguardo.

Si tratta di paure presenti anche in altri pazienti, come quella di essere ridotti in assoggettamento con una medicina (ciò è chiamato spesso "dipendenza") rispetto ad una spasmodica necessità di essere in grado di padroneggiare se stessi.

Ma è opportuno essere pronti a cogliere una paura molto specifica: nelle discussioni tra coetanee e nei blog l'asserzione che "i dottori ti fregano" dandoti farmaci che fanno ingrassare è all'ordine del giorno ed è importante che lo psichiatra sia e si dimostri, invece, sempre rispettoso del diritto di non ingrassare.

Ha una notevole importanza il come l'indicazione viene fornita, anche perché può essere un momento di verità e di cautela: se c'è una urgenza va rilevata e la prescrizione va innega-

bilmente presentata come necessaria.

Negli altri casi può essere prospettata innanzitutto attraverso il riconoscimento di una sofferenza, ed è quindi un atto medico di per sé importante, dotato di una sua solennità, ma che può essere fornito in modo “leggero”, non attribuendo cioè al farmaco un’importanza decisiva ma la caratteristica di un possibile ausilio, sempre per curarsi meglio e per alleviare la sofferenza stessa. Il trattamento va descritto comunque come una cura da sperimentare coscienziosamente, valutandone attentamente l’efficacia e consultandosi al riguardo con il dottore. Il tutto solo se la paziente è d’accordo e non per le pressioni ambientali.

“Non si possono prendere farmaci per calmare il papà o la mamma: puoi prenderli solo dopo aver valutato se hai bisogno di un aiuto a ridurre la tua sofferenza per poterla affrontare meglio” è anch’essa, come per il nutrizionista, una decisiva alleanza sul rispetto dei confini.

In molti casi, in situazioni non urgenti, l’ipotesi di trattamento farmacologico può essere prospettata solo come un’opportunità da tenere presente, perché è importante che la paziente sappia che è possibile farvi ricorso in caso di necessità e di utilità, mantenendo così aperto il possibile ricorso all’aiuto dello psichiatra nei momenti più difficili.

Prima che il tipo di farmaco, sono importanti le possibili e diverse indicazioni della prescrizione o suggerimento riguardo il farmaco.

Il primo tipo di indicazione riguarda proprio l’effetto dell’attesa del pasto con la sua preoccupazione costante, pervasiva e invasiva, che va data per scontata ma riconosciuta e facilitandone il riconoscimento da parte della paziente. Solitamente, nell’esperienza di collaborazione con gli psichiatri più esperti, tale riconoscimento è accolto con sollievo quando la paziente si sente capita nella **dolorosità** del continuo tormento: con il mandato di ridurre il tormento, la prescrizione comunque cauta, ad esempio di alcuni antidepressivi, ma anche di altri farmaci, è spesso accettata volentieri, o come si dice, con una buona compliance.

Il secondo è importante per alcuni casi di difficile trattabilità, quando questa è connessa a profondi sentimenti di indegnità, che molto spesso rappresenta l’esito della forma più emotivamente intricata del ripudio conflittuale. Si traduce, infatti, nel sentimento di non essere degna di essere al mondo, quasi sempre connesso alla cronica percezione da parte della paziente di una più o meno palese sofferenza materna o della famiglia nel suo insieme, di cui si sente la causa. In questi casi può essere di sollievo rendere comprensibile tutto ciò traducendolo però in “C’è una forte sofferenza depressiva sottostante” e offrire un trattamento a questo punto con un mandato più francamente antidepressivo. Ciò è tanto più importante quando si assiste a un’accentuazione della vera anoressia e dell’incapacità di nutrirsi con qualità che più marcatamente sono il ricordo e la ripetizione sia della situazione anaclitica sia della qualità malinconica, di cui l’aspetto depressivo è l’epifenomeno.

La terza riguarda la situazione di forte instabilità dell’umore con cambi repentini: questa condizione è reperibile soprattutto nelle bulimiche e nei binge con comorbilità in seri disturbi della condotta e delle relazioni. Proprio in questi casi è importante prospettare l’ipotesi di trattamento e lasciare un certo spazio alla paziente per valutare ciò che le accade. Indipendentemente dall’effettivo utilizzo di un trattamento ad hoc, la sola considerazione del malessere derivante dalla instabilità è già di per sé un notevole aiuto per persone che si sentono e sono abitualmente in balia di stati d’animo momentanei e che non hanno mai considerato né che si potesse vivere altrimenti né che si potesse avere un aiuto in proposito.

La quarta riguarda le situazioni di crisi, che vengono descritte come crisi acute di “perdita di controllo” sia nella direzione della fame incontenibile sia in quella dell’improvviso fallimento

della capacità di mantenere il rituale con un aumento acuto del tormento. In questi casi però è decisivo aver presente anche la necessità o la possibilità del ricovero, che può essere di sollievo proprio perché può esonerare da una lotta estenuante e spesso impossibile. Gli interventi di carattere medico, siano essi quelli psicofarmacologici o quelli alimentari, sono già di notevole rilevanza, quindi, nello stabilire una iniziale alleanza riguardo il curarsi e il cosa curare, ed è verosimile che siano da indicare più spesso di quanto comunemente accade per non lasciare senza soccorso persone in notevole difficoltà in ogni momento della giornata. È da tenere presente, però, che da parte di molte pazienti viene inizialmente, e spesso anche in seguito, rifiutata proprio la medicalizzazione del disturbo, in nome di un proprio diritto a considerare la propria condizione come determinata da modi di essere e di esistere e non da “malattia”. In questi casi è importante che lo psicologo clinico o lo psicoterapeuta abbia comunque bene in mente le indicazioni che potrebbero essere fornite dal nutrizionista esperto e dare lui stesso qualche prima informazione – indicazione alla paziente, ad esempio se la vede più debole e affaticata, per poi tentare di aprire alla consultazione con il medico, non come alternativa ma come ausilio al lavoro psicoterapeutico. Oppure che abbia presente la possibilità dell'intervento psicofarmacologico dinanzi a situazioni troppo sofferenti. I criteri clinici dell'approccio medico e di quello psicofarmacologico, inoltre, è importante che siano condivisi dai diversi colleghi nel lavoro congiunto, nel caso a mio avviso sempre auspicabile di lavoro di squadra, e quasi sempre anche dai famigliari. Già queste informazioni, infatti, opportunamente dosate, possono “somministrare” un cauto e progressivo spostamento di attenzione dalla “gara” contro il mostro e contro la fame verso la cura più attenta alla propria condizione.

Dalla mente al Sé: il trattamento psicologico

Per quanto riguarda il trattamento psicologico, tutto quanto detto sinora può iniziare già a far individuare alcuni fattori terapeutici di base che possono aiutare il clinico e la paziente nell'impostazione del trattamento, proprio prendendo in considerazione i fattori che sono stati efficaci nel produrre le particolari distorsioni evolutive che hanno segnato la vita di queste persone.

Ma prima di proseguire è opportuno soffermarsi sulle situazioni iniziali del contatto clinico in quanto, se è sempre problematico, può esserlo ancor più con questo tipo di casistica, per diversi motivi connessi alla situazione emotiva conflittuale e fortemente sofferente e tormentosa. Intanto molto spesso vi sono in prima fila le difficoltà tipiche e più generali delle situazioni in cui si ha a che fare con pazienti adolescenti e con le loro famiglie e può essere conflittuale già il fatto stesso di iniziare una consultazione, per le caratteristiche comuni alle famiglie che conducono il reprobato, ostinato a non volersi curare, dal dottore. Il che come tutti sanno non è certo d'aiuto perché nel frattempo sono inevitabilmente intercorse opposizioni e sfide e l'accettare di

parlare con il dottore per ogni adolescente può inizialmente rappresentare una sorta di inaccettabile resa.

Ma nei DCA, oltre alle eventuali difficoltà tipiche dell'adolescenza, vi possono essere sin dall'inizio difficoltà più specifiche e correlate proprio alla particolare situazione clinica. Come ho già detto altrove, ad esempio, a proposito di quella che avevo denominato "**sindrome delle mani nel piatto**", in passato erano molto più frequenti i racconti di rotture avvenute già solo in fase di richiesta di informazioni telefoniche o al primo incontro. Ciò avveniva, a detta delle pazienti quando giungevano a una ulteriore consultazione, perché percepivano, a ragione o anche soltanto per un timore esasperato, la risposta ai loro quesiti come un indebito interventismo sul loro comportamento alimentare e quindi come una precoce ed inopportuna interferenza con le loro scelte di condotta alimentare, e noi potremmo aggiungere di un improprio intralcio al loro rituale.

Molte difficoltà iniziali, comprese queste, si riducono ampiamente seguendo la linea di un approccio inizialmente astensionista in quanto esclusivamente diagnostico, quando possibile allargato anche ai famigliari e in cui la valutazione su un possibile trattamento e sulle sue caratteristiche viene rinviato ad un momento successivo.

Quest'area neutra di esclusiva raccolta di elementi, in cui largo spazio hanno i colloqui anamnestico - clinici con i diversi membri della famiglia è solitamente determinante per l'alleanza, anche se al momento è solo diagnostica.

I casi di opposizione da parte della paziente verso il coinvolgimento della famiglia si sono molto ridotti sia perché è ben in evidenza che si tratta appunto di un approccio esplorativo, sia perché viene premessa una motivazione ben precisa: i genitori saranno di aiuto al lavoro esplorativo in quanto possono fornire notizie utili su quanto l'interessata non può ricordare.

Queste premesse non possono far dimenticare comunque che il trattamento psicologico, prima ancora che psicoterapia o altro, può consistere proprio nel come si tratta la situazione clinica e umana e ciò, di fatto, inizia come sempre già dal primo impatto. E proprio in questi casi può essere importante e particolarmente problematica tutta la modalità del contatto, sia che si tratti di un professionista singolo che di una équipe.

Vi sono alcune linee di fondo di cui è raccomandabile tener conto.

La prima riguarda proprio la comparsa sullo scenario del clinico di una situazione che sotto la cenere contiene al suo interno dei sentimenti da ostaggi: il cruccio continuo, nella coppia madre - figlia è anche quello di essere reciprocamente imprigionate nella condizione di figlia sbagliata e di madre cattiva o inadeguata ed entrambe possono essere molto esasperate della loro condizione.

La seconda riguarda il clima da continua accusa e imputazione, aperta o sotterranea, e anche questi sentimenti possono essere fonte di una esasperazione potenzialmente esplosiva.

Tutto ciò coinvolge certamente anche il padre e il resto della famiglia, il fratello comprensivo oppure quello all'opposizione, la sorella sapiente che si sovrappone o sostituisce alla madre, la nonna che imperversa. È opportuno averlo presente sia per decidere chi convocare, compresa l'ipotesi di incontri, ancora esplorativi, che riguardino tutta la famiglia, sia la posizione da assumere molto presto riguardo la modalità del lavoro diagnostico.

L'esperienza insegna intanto che è molto importante che ben presto giunga chiaro e forte che per il clinico, e per l'intera équipe se il lavoro è organizzato in tal senso, che l'indagine clinica non è la caccia al colpevole, anzi, che l'orientamento generale è che si ritiene che siano proprio i sentimenti di colpa e di accusa che hanno determinato difficoltà che altrimenti sarebbero più

facilmente, o meno difficilmente, superabili, compresi i sentimenti di ripudio. Per esprimere questo convincimento è capitato di produrre un divertente slogan: è colpa della colpa. Il regime accusatorio e quello delle colpe è considerato un disturbo fuorviante per tutti, e in tal senso è orientato il “processo diagnostico”.

Ciò vuol dire, ed è ciò che va detto chiaramente, che se una madre ha un sentimento di rifiuto verso la figlia perché somiglia alla suocera e lo può pensare senza un eccessivo allarme se ne farà magari presto una ragione ma non entrerà nel loop della maternità conflittuale. Analogamente se una madre è insofferente per il contatto fisico e l'allattamento e può trovare misure idonee, compreso l'astenersi, è molto meno probabile che si crei la situazione di forte disagio e disturbo conflittuale nel contatto. Si può ricorrere anche a degli esempi per chiarire questa posizione che non è ideologica ma deriva dalla osservazione psicopatologica.

Il prototipo più rudimentale di coppia madre - figlia in cui quest'ultima è destinata al DCA infatti si può rappresentare in questo modo: la madre prova avversione per la figlia e verso il fatto di allattarla, a cui è costretta dalla sua obbedienza al suo sistema familiare di origine oltre che a quello attuale. Questo sentimento diviene subito inammissibile perché ai suoi occhi sarebbe il suo fallimento come madre, perché una buona madre non deve provare questo tipo di emozioni. Deve quindi lottare contro di esso, tentando di eliminarlo dalla mente magari in modo iperefficiente senza riuscirci, in quello che può essere un tormento o una dolorosa lotta contro l'avvilimento e la depressione o invece i propri sentimenti malinconici. Poiché la figlia, ad esempio a due mesi, dà già segni di respingere il clima di disagio diventa a sua volta, e qui inizia il tragico equivoco, anziché la bimba da tranquillizzare, la accusatrice silenziosa, che gira il coltello nella piaga, ancor più nemica perché non gradisce il contatto e il cibo, per giunta sotto gli occhi di tutta la famiglia, che disapprova silenziosamente o apertamente i comportamenti magari spazientiti della madre in difficoltà anziché aiutarla. In questa situazione tormentosissima e di disagio per entrambe si costruiscono i sentimenti del Sé cui ci riferiamo continuamente.

“Se lei avesse invece potuto anche solo pensare di poter dire - non ce la faccio, ho bisogno che qualcuno mi aiuti -, come molte altre madri che provano sentimenti simili, avrebbe potuto farsene una ragione diversa” oppure “Sarebbe bastato che potesse dire sono depressa”.

Solitamente questa posizione molto esplicita, riguardo la maternità conflittuale, del singolo curante o dello staff può permettere di iniziare a neutralizzare anche spinte che in una visione tendente più all'intervento familiare riguardano la posizione passivamente critica del padre o quelle attivamente infastidite dei fratelli.

L'importante, anziché inseguire la ragnatela delle diverse posizioni, è aver presente che il “sistema familiare” è appesato sin dall'inizio proprio dal clima di critica, accusa, processo, intolleranza. L'emozione di base “il disturbo mi fa sentire sotto l'accusa di essere sbagliata per cui dovrebbe sparire” può coinvolgere tutti, compresi i dottori.

Un'altra osservazione riguardo quanto può accadere nel corso dell'iniziale impostazione del lavoro diagnostico, sia con la paziente che con i familiari, soprattutto nei casi frequenti di multi trattati, riguarda l'urgenza.

Può e deve avvenire qui un'immediata rilevazione del livello di allarme personale, solitamente dei genitori ma anche di altri familiari, e dei loro sentimenti di urgenza: quest'ultima va intercettata e chiarita, sia se riguarda i rischi di compromissione fisica che quelli suicidari, e questo è un importante prerequisito per proseguire nell'assessment psicologico.

Proprio qui è importante la possibile collaborazione, oltre che con lo psicofarmacologo, con il

medico, data la ineludibile forte componente somatica. A mio avviso questa collaborazione va presentata, oltre che per l'urgenza attuale, anche per l'eventualità di aggravamenti nell'immediato futuro: è frequente, infatti, che l'inizio di un trattamento coincida con una recrudescenza delle condizioni fisiche ed esservi preparati è indispensabile.

L'urgenza può essere vera e attuale, può essere solo temuta o invece può essere innescata dalla esasperazione familiare che coglie l'occasione per esplodere.

Può essere determinata, inoltre, da un più o meno sotterraneo braccio di ferro della paziente con la famiglia o con i curanti, una volta iniziata una consultazione e, ancor più, un trattamento. Può riguardare proprio l'ipotesi stessa di un trattamento in quanto in questa situazione l'indicazione può venir percepita come una condanna anziché un potenziale aiuto. Comunque sia, è un frequente motivo di rottura, anche nella storia dei pluritrattati.

Una importante guida per affrontare queste situazioni di urgenza è tener presente due criteri.

Il primo è che, come abbiamo visto a proposito delle indicazioni mediche, da parte dello psicoterapeuta o comunque dello psicologo clinico che si occupa dell'assessment, non esiste risposta peggiore di quella evasiva "io mi occupo solo dell'aspetto psicologico" senza avere anche in mente e, ancor meglio, disponibile, la risorsa medica riguardo all'urgenza, temuta o attuale che sia.

Il secondo è che l'emozione dominante "tu non sei la madre, o voi non siete la famiglia che avrei voluto" e "tu non sei la figlia che avrei voluto, soprattutto con il tuo disturbo alimentare", può esplodere nella situazione di consultazione, dopo essere stata sotto traccia per molto tempo. Quando ciò accade, è inevitabile che coinvolga anche i curanti o addirittura i curanti futuri, anche solo perché viene così contestata la scelta optata dall'uno o dall'altro. "Non siete i dottori che avremmo voluto, non è la cura che va bene" è la bomba che può esplodere in qualunque momento, con qualità spesso immediatamente incomprensibili, perché può avvenire anche senza che ancora sia accaduto nulla o sia stato proposto un trattamento, quasi in modo preventivo. L'esplosione "kamikaze" può essere innescata dalla paziente, dalla madre, dal padre, da un fratello, ma può porre fine alla consultazione proprio perché intrisa del sentimento "tanto non c'è niente da fare", spesso con l'aggiunta di "e siamo qui a spendere soldi per niente".

L'unico rimedio efficace è il contrario di minimizzare o tentare di conciliare: "è molto tempo che siete tutti esasperati, era inevitabile che ciò dovesse esplodere" e valutare rapidamente se affrontare la situazione con una consultazione ad hoc, familiare, di coppia madre – figlia, dei soli genitori o anche una sequenza di queste possibilità. "È molto tempo che siete esasperati, è davvero una situazione difficile da sopportare" è la pista per tentare di riportare alla famiglia la sua sofferenza, ristabilire i confini persi nella esplosione kamikaze che coinvolgerebbe anche i clinici, e aprire invece la porta al fatto che l'esplosione sia l'inizio vero e proprio della consultazione affrontando le intense emozioni che hanno condotto a questo punto.

Molto spesso l'ostilità esplosa riguarda proprio l'effetto della minaccia che il disturbo alimentare può comportare in famiglia e può essere il modo di affrontare la questione della urgenza e della minaccia suicidaria attiva o passiva.

In una di queste situazioni, particolarmente esplosiva⁵, fu possibile, ad esempio, innescare il lavoro madre – figlia proprio nella situazione di crisi, con un particolare apporto da parte del padre.

I due genitori portarono Sara letteralmente per le orecchie.

⁵ È un caso cui ho fatto cenno in Maternità conflittuale.

La madre iniziò subito, urlando: “Non ne posso più, deve ricoverarla, è matta e mi fa impazzire, non si può vivere con questa continua minaccia. Io adesso me ne vado di casa, non posso stare qui ad assistere alla sua morte”. “Quando non se ne può più può essere un momento di verità. E lei, Sara, di cosa non ne può più?” Dopo un silenzio di piombo: “Di avere una mamma sempre depressa. È lei che è matta, andrebbe ricoverata lei”. Dopo alcune repliche feroci, intervenne il padre, apparentemente dissintono e conciliante, tanto da venir subito fermato dalla madre: “Tu non capisci niente come al solito e sei sempre dalla parte di Sara e così facendo fai finta di niente!” “Volevo solo dirle, dottore, che Sara è stata da sempre preoccupata per mia moglie, e anche io. E adesso siamo alla crisi, va oltre la questione del cibo”. A questo punto la madre, scoppiando a piangere: “è vero, sono stata depressa da quando sei nata, ma non è colpa mia”. Scelsi di mandare in sala d’attesa figlia e padre e ascoltare la madre da sola. “Questa figlia è stata sempre un incubo per me. Me l’ha estorta come prova d’amore mio marito, perché avevo un altro figlio dal precedente matrimonio. Quando è nata mi sono accorta che proprio non la volevo.” “in un conflitto del genere ci si deprime, annegata dalla colpa” “facevo davvero fatica persino a nutrirla e lei lo sapeva ...”.

La ragazza stava evidentemente provocando, sentendosi responsabile, ed accusata di esserlo, della sofferenza della propria madre, e non tollerando più questo sentimento, di cui avrebbe voluto disfarsi, a costo di morire. D’altra parte si sentiva colpevole di essere un mostro indegno e incurabile proprio per la sua stessa ribellione. Si stava giocando, dinanzi a se stessa, alla famiglia e al destino, il sentimento di poter o no stare al mondo.

In questo caso la crisi e l’urgenza hanno reso possibile successivamente un risolutivo incontro congiunto madre – figlia, ma raramente accade così e l’allarme può restare come una minaccia sospesa in attesa che si faccia qualcosa.

La possibilità del clinico e dell’équipe di discriminare l’urgenza e aver in mente possibili soluzioni permette di impostare meglio il lavoro clinico in modo “non urgente” affinché sia accurato: va tenuto presente che ciò è decisivo, data l’alta frequenza di sentimenti di **impazienza – insofferenza** che caratterizzano pazienti e famiglie, soprattutto se pluritrattate e i frequenti vissuti di **ineluttabilità e di inutilità** che pervadono il campo e sono spesso un’arma relazionale molto forte nel contesto familiare, nel senso che l’accusa di essere la causa della immodificabilità può circolare a diversi livelli da un membro all’altro.

Anche il momento del passaggio dal lavoro diagnostico alla indicazione terapeutica, come ho già accennato, può essere un momento critico con alcune famiglie ed alcune pazienti.

È capitato, soprattutto in passato, ed è raccontato dalle pluritrattate, che proprio tale momento fosse come la rottura di una tregua e la famiglia in dissenso con la paziente o viceversa o entrambe interrompessero la consultazione senza appello nel momento in cui si valutava il da farsi.

“Non ne possiamo più”, “non è cambiato nulla”, “non avete fatto ancora nulla”, “lei sta sempre peggio” oppure “tanto non c’è niente da fare”.

Ritengo che in tutte queste situazioni si metta in atto, oltre alla esasperazione che esplode, l’aspettativa che il disturbo sparisca, che è l’aspettativa “eliminatoria” che abbiamo visto esserci da sempre: “una brava madre non deve provare queste cose, una brava figlia deve mostrare di essere contenta di sua madre e quindi il suo disturbo alimentare non dovrebbe esserci, dovrebbe smetterla di farmi questo”. Proprio questa aspettativa spesso ha impedito anche i trattamenti precedenti quando vi sono stati. Ma soprattutto l’allargamento del tragico equivoco ai curanti, anch’essi immediatamente sotto la stessa accusa in atto tra madre e figlia, “non siete i dottori di

cui avremmo bisogno perché non l'avete fatta smettere".

Che "il disturbo sparisca" è ciò che accomuna paziente e famiglia in diverso modo, magari opposto. Ed è in gran parte ciò che impedisce di curarsi, oltre che essere il sentimento di base che governa tutto il rito familiare e personale. È importante che l'équipe possa affrontarlo subito, innanzitutto accertandosi dei motivi delle frequenti rotture con i curanti precedenti.

Paradossalmente il modo migliore è quello di dichiarare molto presto che è importante che i **clinici non mettano fretta** in alcun modo a paziente e famiglia e rispettino i loro tempi perché "sappiamo che è molto difficile modificare sentimenti profondi di malessere e vi faremmo del male se pretendessimo che passassero in fretta. Inoltre sappiamo benissimo che dobbiamo tener presente che vi sembrerà spesso che non ci sia nulla da fare".

Richiedere a paziente e familiari di svolgere il lavoro diagnostico è un compito impegnativo e l'attesa è sospesa sul capo di tutti: è importante che la paziente e la sua famiglia abbiano un primo riscontro del lavoro svolto e dei nuovi passi previsti, altrimenti può suscitarsi immediatamente il sentimento "non avete mai fatto abbastanza o non avete mai fatto la cosa giusta" che aleggia sempre nella vita di queste persone.

La prevenzione delle conseguenze del "tragico equivoco delle attese" con i curanti può quindi basarsi, e questo è solo uno dei modi, sul mettere rapidamente sul tavolo proprio l'insofferenza e l'ineluttabilità come ostacoli alla cura, ma ciò può essere molto più utile se viene tradotto in una prescrizione che i curanti fanno a se stessi, perché il curare richiede invece pazienza.

Esattamente come "l'équipe ha messo al bando accuse e colpe" per cui il "processo diagnostico" deve prospettare proprio la traccia opposta del processo giudiziario, la possibilità di uscire da una prigione di accuse di cui tutti sono ostaggio.

Ciò che è evidente è che è bene che l'équipe sia preparata a questo tipo di impatto e lo individuo, il che è più fattibile ed efficace se si sono valutate le possibili condizioni di urgenza.

"Pensate che disturbo sarebbe se, oltre che mettervi fretta, pensassimo che non c'è niente da fare e che il dato più importante è stabilire di chi è la colpa" è uno dei modi possibili per i clinici di non entrare nel tragico equivoco del "tu non hai mai fatto abbastanza" e non diventare o apparire a propria volta critici, per il fastidio che innegabilmente tale impazienza e allarme di pazienti e familiari può suscitare.

Con una grave bulimica proprio una dichiarazione iniziale di questo tipo, congiunta al fatto che proibirsi il cibo le faceva aumentare le abbuffate facendole aumentare la paura di morire di fame e **di non aver tempo per mangiare**, ha avuto un effetto sorprendente perché la paziente, una giovane agli inizi della sua carriera di manager, l'ha collegata all'esordio del suo disturbo, un vero e proprio scompenso acuto.

"Quando ho iniziato a lavorare mi è esplosa l'agitazione con gli attacchi di fame, non c'era più tempo per niente e sembrava prima inebriante poi caotica, adesso che lei mi dice così penso che anche casa mia è un'azienda iperefficiente in cui non c'è mai stato tempo per nulla, e sono pure andata a scuola un anno prima, chissà perché. Ma la cosa più penosa è che a 13 anni ero assatanata: si figurì che, per non essere sessualmente indietro rispetto alle altre, mi sono fatta sbattere da uno sconosciuto per eliminare il problema. Sai che romantico episodio, mi è rimasto solo lo schifo".

È ben chiaro da questi primi accenni che tutto l'approccio ai DCA va impostato sin dall'inizio con il criterio generale che i vari disturbi primari proprio perché sono a carico dell'accudimento riguardo corpo e cibo sono stati caratterizzati all'origine, e hanno avuto come esito poi, sentimenti del Sé profondamente alterati proprio riguardo **il curare e l'essere curati**.

Per questo motivo l'attenzione e la accuratezza sono sia una cornice che una qualità importante nel percorso clinico iniziato, il cui clima emotivo è ancor più prezioso delle parole. A maggior ragione è quindi importante trattare, e mostrare apertamente di trattare, come materiale di notevole interesse, i **sentimenti di ineluttabilità e di inutilità** che spesso sono proclamati sin dall'inizio.

“Mi hanno portato per forza, perché io non sarei venuta, ne ho già passati di tutti i tipi, di dottori, e non è servito proprio a niente!” Spesso può accadere che questa posizione “disfattista” sia espressa in modo sfidante al primo incontro. È proprio in questi casi che la sfida si può ridurre se viene presa in considerazione come un tormento, estremamente significativo, da esplorare con attenzione. L'entourage della paziente risponde spesso con paura agli accessi di scoraggiamento ma soprattutto tenta di minimizzare o di evitare e può anche manifestare irritazione anche violenta. Ed è proprio tutto ciò che non va fatto dai clinici.

Anzi, una delle principali raccomandazioni è che il clinico sia attento e faciliti il più possibile la loro espressione e descrizione, proprio perché inizialmente “trattare” vuol dire questo, cioè averci a che fare.

“C'è una scelta importante da fare: esaminare, prima di tutto il resto, le diverse vicende che l'hanno portata a tutto questo sconforto”.

Il considerarli attentamente come importantissimi sentimenti di cui tener conto e di cui non spaventarsi crea già la condizione per cui essi sono meritevoli di attenzione e cura e diventa subito chiaro alla paziente che il dottore intanto li considera **sentimenti**, che, anche se molto forti, vanno compresi, che non critica e che non dà per scontati e di cui vuole capire la forma e l'origine.

Apprendo questo canale è frequente che si arrivi a fattori secondari, cioè relativi al percorso successivo alla crisi, come “tutti i trattamenti precedenti non hanno modificato nulla”, oppure “tutti gli sforzi che ho fatto non hanno cambiato nulla” o anche “tanto ho già visto che nessuno può capire”.

“Proprio per questo è necessario soffermarsi per tutto il tempo che occorre”.

Se le condizioni della paziente lo permettono, è opportuno far chiarire ognuna di queste sue asserzioni, come premessa indispensabile per la comprensione del percorso finora intrapreso e se necessario rinviare eventualmente anche a un **assetto anamnastico ad hoc**, che è molto efficace proprio perché strutturato per una minuziosa raccolta della storia, anche se si tratta di adolescenti, e soprattutto della storia della crisi, del disturbo e, se c'è spazio, delle vicende familiari.

È altrettanto frequente che in questa situazione avvenga che la paziente arrivi più rapidamente a esplicitare quanto finora non detto così chiaramente: il passaggio da “il mondo non mi capisce e non può far nulla per me” a “tanto sono fatta male e per me non c'è niente da fare” può essere brusco e improvviso. “Come e quando è cominciato questo stato d'animo?” può aprire al ricordo dei primi momenti in cui, crescendo, ha avuto il terrore della trasformazione. “E inoltre mi sono convinta che nessuno possa fare niente per me, se non succede qualcosa di miracoloso”. È consigliabile incoraggiare la paziente a esprimere tutto ciò, compreso il miracolo atteso, trattando tutto con naturalezza, mentre qualunque accenno di “critica razionale” rischia di far sì che la paziente diligente si tenga il suo rovello e non ne parli mai più con i dottori.

“Lei è strano, lei, che mi fa parlare di queste cose. L'altro dottore mi ha detto stizzito che la sfiga non esiste, sostanzialmente mi ha dato della matta. Non ho potuto quindi nemmeno dirgli che mia nonna non muove un passo senza aver interpellato le carte e che mi mette sempre in guar-

dia dal correre rischi per cui potrei essere punita e finire male”.

Insisto su questo aspetto del facilitare il più possibile l'esplicitazione di tutto quanto può mantenere i sentimenti di ineluttabilità, non accettando il modo allusivo con cui possono essere espressi ma facendoli dettagliare. Una buffa e simpatica ragazzina mi guardava come un imbecille, per le mie domande: “Sembro scemo, ma per ognuno è un mondo diverso, e io vorrei capire come è per lei. Mica la sfiga è uguale per tutti!”.

La questione non è se una persona crede al destino, o alla reincarnazione o altro. Dal punto di vista psicopatologico può anche non essere molto rilevante, mentre è certamente rilevante se ciò ha a che fare con sentimenti di totale rassegnata soggezione, appunto alla propria condizione o al Destino, tali da comportare quei sentimenti di ineluttabilità e di fatalismo che vanno a congiungersi con gli altri per cui il paziente si considera incurabile.

Trovo spesso utile far ricorso all'immaginazione per intercettare come è fatto il Destino: “Proviamo a immaginare l'inimmaginabile, come è fatto? Oppure, che faccia ha?” e di per sé ciò può aprire una via utile per trasformare emozioni non associate e fortemente disturbanti che assillano la mente e disturbano le relazioni, l'indicibile appunto, in sentimenti possibili e comprensibili, compreso quello di essere governato da qualcosa di superiore che decide di te.

Spesso trovo più efficace tener presente che il Destino, spesso denominato appunto “sfiga” dalle giovani pazienti, è percepito come una entità sovrastante minacciosa e punitiva, e mettere tranquillamente sul tavolo il fatto che si può immaginare di parlarci, anziché subirlo, come uso fare con i pazienti che vivono sotto l'effetto di aspetti punitivi della religione, i pazienti con **religione maltrattante**.

Una paziente, ad esempio, fu molto sorpresa da questa possibilità: “La sfiga in alcuni casi non punisce per ciò che si fa ma solo se lo si fa con sentimenti di sfida e arroganza. Proviamo a immaginare di poterle parlare. Le può riuscire di dirle che lei non sta facendo altro che qualcosa di legittimo per la sua età ed esprimere e difendere così semplicemente le sue necessità?”. “Mi piace l'idea di potere averci a che fare, invece che rinunciare! Non ci avevo mai pensato” “Infatti, evidentemente le è sembrato sempre impossibile”.

L'utilizzo dell'immaginazione può essere un'esplorazione molto importante con molti pazienti, succubi delle **emozioni non associate** che hanno a che fare con la tormentosità, che molto spesso è anche dolorosa.

Queste emozioni penose sono un aspetto dominante in molte situazioni cliniche. Sono più evidenti in persone che provano quelli che sembrano impulsi auto lesivi o autopunitivi e nelle situazioni critiche possono diventare accessuali, un irrefrenabile attacco al Sé, quasi fosse in quel momento l'unico modo conosciuto di padroneggiarle, maltrattandosi attivamente.

“Non ha mai pensato, quando si tormenta in quel modo, che potrebbe essere il ricordo, nella testa, di un ceffone, di una urlata o anche solo di un rimprovero doloroso e pungente, come tornasse ad essere piccola e si dicesse ho sbagliato tutto?”

Ricostruire emozioni siffatte come una sorta di autoregolazione maltrattante, una sorta di previsione automatica del possibile castigo proveniente dal sistema familiare o dal cielo oppure, indifferentemente, di ripetizione in proprio, può essere una apertura inaspettata: il collegarle può permettere al paziente di affrontarle perché, proprio in quanto così automatiche, sono sempre state parte dalla vita psichica, come un tormento con cui si coesiste da sempre e di cui non si può nemmeno pensare di poter fare a meno, contro cui nulla è possibile e che addirittura si può dominare appunto solo accentuandolo e trasformandolo in impulso.

“Se provo a pensarci mi viene in mente sempre la nonna, quella delle carte, ti guarda come se ti

volesse incenerire o invocare i fulmini dal cielo. Madonna, che rabbia, ma anche che paura.”

L'importante, però, non è il tipo di tecnica: indico una di quelle che a me riesce meglio utilizzare e che a me pare viva ed efficace. Ma ciò che conta è che comunque, qualunque tecnica si voglia usare, è determinante il dedicare spazio all'esplorazione di questi sentimenti del Sé etero diretto, proprio perché appaiono di per sé davvero "**non pensati e non pensabili**" visto che provengono e "debbono" per loro natura e origine provenire da paurose forze oscure, sovrastanti e indiscutibili ed agire nella mente in modo immediato e automatico.

La nonna della paziente, difatti, compie un rito, antico e comunissimo, che ha lo scopo di imprimere nella mente del piccolo, in modo indimenticabile, un timore indiscutibile e la minaccia di un'inevitabile punizione, che può essere diretta o invece indiretta, tramite un sistema "superiore", perché abbia una maggiore efficacia anche quando si è lontani.

Già osare esplorare questi sentimenti non associati e iniziare a dar loro un volto può essere un cambiamento, un maggiore respiro del Sé, rispetto all'esserne silenziosamente succubi, come regolarmente accade, riducendo così il **fatalismo** che ne determina la persistenza e il deciso slivellamento del livello di coscienza.

La cosiddetta "metacognizione" consiste in questi casi in un mutamento del livello di coscienza e del correlato sentimento del Sé, frutto di un possibile ripensamento rispetto a ciò che si teme, e ciò può avvenire proprio attraverso il poterlo immaginare, **anziché obbedire al fatto che sia inimmaginabile**: potremmo diversamente immaginare e definire, da questo punto di vista, la metacognizione come la almeno parziale liberazione da una soggezione, compresa quella che la parola suggerisce. La forza della mente, anziché restare all'interno dello schema superiore minaccioso e punitivo, può essere utilizzata per cambiare e ampliare il sentimento del Sé: osando immaginare la forza che lo governa, può sentirsi meno passivo sia nella relazione con il mondo sovrastante di cui può sentirsi meno succube sia nella relazione con la propria famiglia. Una annotazione importante da avere in mente è che nei casi in cui il confronto con la madre ha modificato profondamente il fatalismo e malgrado ciò esso ricompare, spesso nei successivi "colpi di coda", quasi invariabilmente alla domanda se anche la mamma vive lottando con il suo destino, la risposta è affermativa. Nel nostro caso, la ragazza accomunò la madre con se stessa nella soggezione alla nonna, ma poi allargò il campo anche alla famiglia nel suo insieme, per poi includervi la nonna stessa. Ciò pone una seria base per discriminare tra diversi tipi di sentimento fatalista.

È, infatti, reperibile quello di derivazione infantile e legato al ripudio per motivi misteriosi o genetici (la famosa zia Wanda o la suocera odiosa) che può essere ricostruito come un destino personale e speciale "**io** mi sono sentita guardata come fossi una disgrazia familiare". Mentre quello condiviso, nel senso di una credenza familiare, fa parte di un modo di sentire più vasto e applicato a tutta la famiglia quando non a tutto il mondo.

In questi casi è molto più frequente, quindi, che il sentimento del Sé eterodiretto assuma caratteristiche molto più "**generalizzate**" e non abbia o abbia una minore connessione diretta con la relazione precoce disturbata.

Poiché ciò vale anche per altri sentimenti del Sé, compresa l'attesa della catastrofe e la drammatizzazione di tutti i sentimenti e gli eventi, si può prospettare una conduzione diagnostica interessante che può valere per tutti i sentimenti più generalizzati. Nel ricercarne, infatti, le origini è più facile indagare su situazioni e climi generali del sistema familiare piuttosto che, oppure oltre che, su disturbi specifici della relazione precoce stessa.

Il sentimento generale di ineluttabilità della propria condizione è un potente fattore di persisten-

za della psicopatologia ed è molto pervasivo: per la paziente constatare che si può iniziare ad affrontare la sua condizione proprio a partire da ciò e che il clinico sa muoversi sul suo terreno è una importante fonte di alleanza terapeutica.

“Davvero le sembra imm modificabile? Vorrei capire cosa le accade.”

Il fattore terapeutico è proprio il fatto di occuparsi, soprattutto inizialmente, dell'esistenza di questo sentimento, non il contrastarlo o considerarlo un disturbo, perché altrimenti, come ho già detto, se ne impedisce l'esplorazione. L'esplorazione di per sé, di fatto, apre già la strada a una ipotesi, che deve restare momentaneamente in sospeso, di cambiamento della soggezione totale al Destino.

Tutto quanto detto finora per il mondo sovrastante, sistema familiare, compreso, vale per l'individuazione e il trattamento degli elementi emotivi che impediscono la cura del Sé e inducono il mantenimento del rituale giornaliero del cibo, e cioè i disturbi “ontologici” del sentimento del Sé. Anche qui è decisivo che si possano apertamente esplorare e non tentare di ridurli per un malinteso sentimento di soccorso. Il come e il quando può essere una scelta, dettata anche e soprattutto dal contatto e dal livello di alleanza che si sta instaurando con la paziente oltre che dall'assetto tecnico del terapeuta. Non solo, **la sequenza** non è necessariamente come la sto scrivendo, con l'ipotesi della paziente che sin dal primo incontro assale il clinico con il proprio annichilimento dinanzi alla malasorte.

È più frequente, invece, che accada il contrario, e che in primo piano sulla scena ci siano innanzitutto **i sentimenti del Sé** e che la malasorte o “sfiga” compaia solo successivamente.

Prima o dopo, comunque sarà necessario affrontare l'altro elemento che mantiene i sentimenti di ineluttabilità: tutto il rituale è dettato dalla fobia del Sé, convincimento della presenza di un corpo estraneo mostruoso o che potenzialmente può diventarlo per la paura di trasformazione, e dal timore dell'insorgenza della fame incontrollabile, mostruosa anch'essa.

Per il Sé ripudiato e da ripudiare, nel mondo della paziente non c'è altro rimedio che tenerlo a bada, usando la forza della mente per programmare sin dal mattino come averla vinta, immaginando un rito del cibo che lo padroneggi.

In molti trattamenti accade, anche secondo la gravità, che queste paure si siano già spontaneamente modificate e attenuate ma la raccomandazione è di non lasciarle inesplorate perché si sono insperatamente ridotte, come accade di constatare in molte pazienti pluritrattate. Anzi, in molti casi, quando si sono già spontaneamente attenuate, può essere il momento più idoneo per affrontarle. Altrimenti assisteremo a una “guarigione da scampato pericolo”, come accade molto spesso e anche in altre patologie, che dura finché il mostro non ritorna. Oppure a pazienti che sono diventate espertissime del loro “perfezionismo” e dei loro “ideali ascetici”, che molto hanno attratto l'attenzione del loro curante, ma che sostanzialmente non si sono spostate di un millimetro dal convincimento profondo di essere possedute dal mostro.

C'è una osservazione costante, anche nelle pluritrattate, ed è che persino le pazienti più oppo-sitive sono molto attente ad alcune formulazioni dei clinici e vi ci si affeziona. Ad esempio, il solo nominare il perfezionismo in qualche modo può con alcune pazienti *involontariamente* “prescriverlo”, quasi si trattasse di una qualità ambita, che comunque rende chi la pratica un po' speciale, e quindi da coltivare con dedizione. Si tratta proprio dell'uso di un termine che contiene purtroppo in se stesso una qualità per alcune pazienti molto affascinante e suggestiva, per cui lo fanno proprio e descrivono un po' compiaciute la propria esistenza come di chi è condannato a una ingrata ma eroica missione speciale. Mi accorgo che mi può accadere di arricciare il naso qualche volta quando una paziente lo nomina e di spostare subito l'attenzione sul ripudio

di Sé che esso comporta, mentre può essere molto importante occuparsene e se possibile tentare di ricostruire quanto possa, di fatto, essere un tentativo di accontentare le vere o presunte attese della famiglia ma soprattutto una iperattivazione imperante da sempre nel sistema famiglia. Quando ci riesco, è più efficace, perché è possibile per questa via entrare nel rituale del lavoro del Sé per mondarsi dalle imperfezioni incombenti, che vanno inesorabilmente eliminate. La missione della perfezione può perdere quindi la sua aura eroica se si riesce a mettere a fuoco invece l'obbedienza a una iperstimolazione familiare che dell'essere sempre scontenti di sé ha sempre fatto un modo di vivere. Ho accennato più sopra al rituale della critica e delle esortazioni: è uno dei comuni riti dell'esistenza e dell'educazione quello di essere sempre scontenti per migliorare se stessi. Ciò perché si combatte e si esorcizza continuamente il rischio di accontentarsi e diventare inetti, trasformarsi in esseri abietti.

Lo stesso vale per l'altrettanto attraente "ideale ascetico": anch'esso incontra molto successo presso i clinici e presso le pazienti, ma si riduce più facilmente se viene considerato una parte del rito di pulizia dalle immonde presenze della fame e del corpo piuttosto che, per troppa affezione a questo aspetto teorico, lasciare che la suggestione della bellezza intrinseca nella sua formulazione lo faccia rinforzare nella mente della paziente.

"Daniela, ma che vuol dire ascetico?" "vuol dire superiore" "superiore a che?" " Mmm... Vuol dire non aver bisogno di niente." "Mi incuriosisce, ma è ancora vago. Di niente cosa? Nella sua vita, di cosa vorrebbe liberarsi?" "Di tutto". "?" "Ho pensato che vorrei essere uno spiritello" "Senza corpo, quindi." "Libera dal corpo". "Beh, è faticoso aver a che fare con il proprio corpo tutti i giorni. Ha un sacco di pretese e molte difficoltà, e non va mai bene. Talvolta si può immaginare di fare a meno di occuparsene. Magari diventando come un bebè. Lo spiritello è un bebè nella famiglia del cielo, una famiglia che pensa e provvede a tutto, così lei sta bene di suo. Sarebbe bello, quando si è malinconici spesso si sogna di ritornare piccoli, quando si sta bene senza dover far nulla di particolare e senza i soliti tormenti."

Tutto il rituale familiare è di solito eliminatorio e trasformativo, si combatte ogni giorno per diventare sempre migliori ma soprattutto per cancellare dalla mente il rischio, sempre presente, di trasformarsi in reietti. Il rituale familiare si appoggia in modo clinicamente efficace sulle paure di trasformazione dell'adolescenza. E però non ci sono solo le paure: la trasformazione può essere anche il modo in cui l'adolescente tenta di affrontare le difficoltà del mondo circostante e sovrastante.

"Daniela, se io pensassi di voler essere uno spiritello vorrei essere uno spiritello benvenuto, tranquillo e lasciato in pace. Sarebbe perché è troppo faticoso stare dove sto e con il corpo che ho. È così?"

In alcuni casi le pazienti si possono lamentare del particolare clima familiare per cui tutto ciò che esse fanno, "non va mai bene" e si arrovellano ad esempio sulle proprie prestazioni scolastiche. È, a livello della mente, l'equivalente del sentire che il corpo e la fame sono perennemente sbagliati. Ed è frequente che le pazienti passino dal corpo alla mente e viceversa.

Daniela, tormentosissima, dopo la questione dello spiritello, passando repentinamente dal paradiso alle questioni della sua vita di tutti i giorni, finalmente ne parlò. A un commento: "oltre che fantasticare di essere uno spiritello può aver la sensazione di dover proprio essere un'altra persona" rimase molto colpita. "è proprio ciò che penso, molte volte".

La conseguenza fu che qualche giorno dopo tacitò i propri genitori nel mezzo del solito rituale familiare di critiche ed esortazioni dicendo: "è vero, dovrei essere un'altra persona, ma quella non sono io. E adesso basta, perché quello che faccio a scuola è ciò che posso fare io".

“Dovrei essere un'altra”, l'estremo eliminatorio del cosiddetto perfezionismo, è micidiale per i suoi effetti nella mente, spaccando in due il suo funzionamento, fino alla suicidarietà strutturale, cioè alla necessità di eliminare una parte di Sé e sperare di essere un puro spirito. È parte del rito familiare di cui sopra, una sorta di credo, anche educativo, in molte famiglie in cui il convincimento è che si può tutto con la forza della mente espellendo ed eliminando le proprie debolezze ma soprattutto con la credenza di mutare in questo modo se stessi in persone di alto valore.

Aver presente questo aspetto, che può diventare fortemente patogeno, è determinante, come ha mostrato Daniela e come vedremo più avanti, nell'organizzare la strategia di cura.

Paura di trasformazione e non 'solo' fobia del grasso: è importante averlo sempre in mente ed “esagerarla”, anche se la paziente minimizza, perché è per questo che tutti gli sforzi sono vani. In questo modo, infatti, si può dichiarare perché nella meticolosa cura di sé nulla davvero funziona⁶. “C'è una paura diversa, più forte di quella di ingrassare, che può far capire molto meglio quanto gli altri non capiscono vedendo il tuo comportamento alimentare.” “il rito è destinato a tenere sotto controllo la fobia, ma può essere perfezionato guardandola invece in faccia per vedere come è fatta”.

È una delle vie possibili per aprire al fatto che abbiamo a che fare con sentimenti disturbati e disturbanti del Sé. “Mi vedo brutta e grassa” va trasformata in “mi vedo mostruosa o a rischio di diventarla”, liberandosi e liberando la paziente dalla pseudo questione estetica. “Non è solamente una questione estetica, altrimenti la tratterebbe in altro modo” può essere una asserzione determinante. Può essere importante enfatizzare la paura per far sì che si sposti decisamente l'attenzione su di essa, eventualmente ricostruendo come non passi mai, nemmeno con la riduzione del peso, e a prescindere appunto dall'aspetto estetico, ed è il motivo per cui il rituale diventa un tormento senza fine.

“Lo spiritello è anche un modo per pensare di star meglio e liberarsi dalla paura del mostro. Potrebbe essere una buona idea. Liberarsi del mostro, intendo”. Daniela apparve divertita e sollevata che l'idea “folle” potesse trasformarsi a sua volta in un'esigenza di sentirsi libera. Era questa via che intendevo a proposito dell'organizzare la strategia di cura: l'emozione liberatoria contenuta nell'immaginare di essere uno spiritello è uno spontaneo tentativo di cura del Sé che per la paziente può divenire uno scopo condiviso con il clinico, una comprensione profonda e una fonte di alleanza, anziché una idea folle.

La comprensione della fobia, e che si tratta di una fobia, è molto più efficacemente ottenibile se rappresentata nell'immediato: “mangi il grissino e ti trasformi immediatamente in un mostro più sfatto della zia Wanda, il grissino diventa un errore mortale”.

“mangi il grissino e si scatena la disgustosa abbuffina”. Tirando fuori una enorme lasagna dal forno magicamente comparso sotto la scrivania: “quanto ne mangerebbe? Secondo me la paura è di mangiarla tutta, proprio tutta”

Insisto sulla paura della trasformazione e del suo utilizzo perché, oltre che vera e attivarsi solitamente al momento dell'insorgenza adolescenziale della sintomatologia, fa parte di un fenomeno più diffuso e profondo nella psicopatologia in genere. La tempesta trasformativa adolescenziale può contenere paure e immaginazioni, comunemente denominate fantasie, o spesso sogni ad occhi aperti, su come si potrà diventare, che fanno parte di un intenso, magari allarma-

⁶ Qui c'è la differenza con i casi derivanti dalla patofobia: in questi casi infatti l'accento va posto sulla necessità preventiva e di padroneggiare il corpo che ha preso la mano, immedesimandosi in quello che potrebbe provare e fare l'amica Clara.

to e caotico, spesso anche creativo, lavoro particolare del Sé, che dovremmo addirittura considerare “riemergente”⁷, di questa fase della vita, dinanzi all’incognita del futuro che inizia davvero.

Questo periodo precede e si interseca con il graduale strutturarsi di una nuova attività previsionale che nel trascorrere dell’adolescenza solitamente diviene più progettuale mentre le paure e le immaginazioni esauriscono la loro maggiore carica con lo stabilizzarsi dei sentimenti del Sé nelle forme che vengono considerate più mature. Ma una parte di questa attività trasformativa così intensa e un po’ magica può persistere a lungo, in alcuni casi restare attiva, o restare attiva almeno in parte, per tutta l’esistenza, rendendo conto di numerosi fenomeni psicopatologici, comprese alcune patologie “borderline”, oltre che, al contrario, di alcune innegabili caratteristiche creative che vanno tenute in conto come risorse vitali.

Una annotazione “sociologica”, nel senso che riguarda l’esistenza e il modo di essere nel mondo, è necessaria, con il gran parlare che si fa dell’assenza dei padri e dei riti di passaggio. Ritengo che si debba essere molto curiosi, e per curiosi intendo senza pregiudizio, di quanto accade nel mondo e dei riti che hanno effetto sull’esistenza delle persone. Così come comprendere come si modifica sotto i nostri occhi la psicopatologia. I riti di passaggio sono sempre esistiti, nel mondo occidentale buon ultimo il servizio militare, il matrimonio. Quelli tribali insegnano: devi dar prova di essere diventato uomo o di essere diventata donna. Non sei più un bambino né un adolescente. Certamente i riti, le scadenze dell’età, le risposte e le aspettative del mondo circostante, comprese la diversa responsabilità legale e gli eventuali riti religiosi, hanno la funzione di chiudere, in qualche modo, proprio l’attività trasformativa della adolescenza. Quello che sei, adesso sei. Caccia l’antilope o il leone, prepara il cibo. La maturità biologica ma soprattutto quella psichica corrisponde all’attesa da parte del gruppo di comportamenti e modi di sentire congrui e maturi per quel gruppo sociale. Un succedaneo può esserlo stato il servizio militare. Lo stesso vale per il rituale del padre e l’affermazione del principio di autorità.

Fatto sta che da un punto di vista psicopatologico questo lamentare l’assenza del Padre e dei rituali maturativi come causa e spiegazione di molte delle situazioni psicopatologiche attuali, pur avendo a mio avviso le sue ragioni, rischia di non tenere conto di alcuni elementi.

Innanzitutto, è un tipo di osservazione che c’è sempre stata, anche in passato, perché intrinseca alle vicende evolutive famigliari.

È di comune osservazione, poi, vedere famiglie con padre molto presente che presentano, malgrado ciò, notevoli difficoltà evolutive dei figli.

Sono attribuite all’assenza del padre difficoltà dell’allevamento che è quasi sempre in mano alle madri e semmai è a loro e alle loro difficoltà che si rischia di dedicare minore attenzione.

Non ci sono ancora chiari gli effetti dei cambiamenti sociali non nell’immediato ma nella necessaria latenza per cui osserviamo sempre i prodotti di ciò che è avvenuto 20 – 30 anni prima.

Abbiamo curato per decenni l’effetto “castrante” del così sei e così devi essere nel contesto di varie generazioni, permettendo ai pazienti di riutilizzare in modo adeguato il sentimento trasformativo per evolvere.

⁷ Mi riferisco alla bella definizione di Sé emergente

Il clinico può rischiare di cercare prevalentemente cosa manca anziché valutare le risorse attuali, perché non sappiamo come evolverà il modo di vivere delle generazioni che arriveranno sulla scena ora e che non sono solo quelle dell'informatica ma anche di cambiamenti dei modi di vivere famigliari di cui è ancora difficile valutare entità e qualità.

È evidente che mangiare mezzo grissino, o addirittura mezzo fagiolo, nulla ha davvero a che vedere con la dieta: è invece un potente gesto trasformativo per cui da persona posseduta dalla fame "divento", nel rituale, in quel momento e per quel momento, una persona completamente diversa, in grado di librarmi in aria come una ballerina incorporea ma soprattutto ho eliminato, solo momentaneamente, il mostro che considero ineliminabile.

La più sbrigativa delle bulimiche svolge la sua pratica, invece, liberandosi della materialità schifosa del cibo che ha dovuto ingerire, e dal disturbo della sazietà, per via del suo mostro, con il gesto del vomito che non è più solo finalizzato al mantenimento del peso ma diventa l'atto liberatorio per cui si trasforma da riprovevole sporca e ingorda, immediatamente gonfia e sformata, già destinata a diventare zia Wanda, in "ripulita" e liberata dal male. La fobia della trasformazione ha a che vedere anche con elementari sentimenti fisici, come il semplice senso di pienezza dello stomaco.

Il "**disturbo della sazietà**" è, infatti, una percezione allarmata del senso di pienezza anche parziale che può di per sé spaventare come non fosse transitoria ma una vera e propria deformazione immediata e definitiva. Fa parte spesso del tormento giornaliero e facilitare l'induzione sia alla restrizione sia al vomito.

L'insieme di tutto ciò farà sì che la paziente finirà per non poter fare a meno del vomito o di altre pratiche proprio perché le servono per questa complessa attività trasformativa del Sé più ancora che per mantenere il proprio peso, diventando quindi una parte fondante del rito giornaliero di salvataggio del Sé.

In questo senso il rituale attinge al lavoro del Sé che funziona nel suo insieme continuamente secondo la modalità trasformativa, sia nel terrore che nel rimedio.

L'addentrarsi nel come funziona il rituale, può aiutare a comprenderlo e ad affrontare più efficacemente una paura sotterranea dei clinici, quella della gravità e dell'immodificabilità di una idea "delirante", paura quasi sempre presente in modo più o meno esplicito nell'estraniato contatto con una persona emaciata che si vede grassa.

È importante poter pensare che al contrario la psicopatologia può insegnare che semmai in molti convincimenti e in quasi tutte le patologie, tra cui quindi solo buon ultima anche una idea "delirante", possono nascere da una paura e da un sentimento di Sé che è sempre stato **vero**, non perché lo è diventato per un difetto di processamento cognitivo ma per come e quando è insorto.

E che se lo scheletrino che abbiamo davanti mangia solo mezza carota e si vede grassa è perché è attanagliata dal terrore e vede solo ciò che teme, non solo, sta compiendo un rito che è intenzionato a farla sentire libera dal male e modificare l'umore, cioè il sentimento di base del Sé.

In molte situazioni psicopatologiche, e quindi ben oltre al solo delirio, il punto centrale è che i sentimenti del Sé sono percepiti come una incontrovertibile verità, una qualità "perceptiva", come succede a chi "vede nero" o a chi si sente incapace verso mansioni che è senz'altro in grado di svolgere, o quando in un attacco di panico si percepisce come improvvisamente impossibilitato a muovere un passo. Oppure che considera minaccioso e pericoloso qualsiasi pennuto si aggiri nei dintorni. Semmai la questione è proprio che, anziché aver presente questa caratte-

ristica dei sentimenti del Sé, ci possiamo far distogliere dal fatto che questo modo di sentire ci ricorda immediatamente il delirio, il che a sua volta ha un suo preciso richiamo alla psicosi, con il suo corredo di gravità e di temuta incurabilità.

La raccomandazione in proposito riguarda, per il clinico, il riconoscimento del profondo convincimento di incurabilità e di follia che il terrore "irrazionale" può suscitare se non ci si riesce ad entrare. Esso può determinare varie conseguenze nei trattamenti, incluso un sentimento di incomprendimento e di incredulità strisciante che si intromette nel contatto con le pazienti, oltre alla sensazione di scoraggiamento e di inutilità. Il tutto può tradursi in interventi poco convinti e poco convincenti da parte del clinico.

Solitamente il trasformare la fobia del grasso nella fobia del Sé e quindi innanzitutto nell'incubo, ad esempio, di potersi trasformare immediatamente in zia Wanda, aiuta il clinico ad entrare direttamente nel mondo della fobia e nella sua magia e quindi ad accedere a un modo di affrontarla più rispondente al vero e senza la sottile barriera, molto frequente, del "questa signorina è proprio matta, vede una cosa per un'altra, compreso il vedersi grassa quando è uno scheletro, oppure quando è normale e carina".

In presenza di una preesistente traccia di fobia del Sé, anche in altre situazioni cliniche, è di comune osservazione che il Sé mantiene attiva l'ideazione trasformativa a lungo o addirittura per tutta l'esistenza, ed è quanto gli psicologi, nel lavoro psicodiagnostico, spesso definiscono come situazione del tutto - nulla.

Il lavoro estenuante di alcuni giocatori d'azzardo nel tentare di capovolgere sia la propria sorte sia come si sentono, nulla o poco ha a che vedere con il denaro ma con l'essere destinato a rimanere in disgrazia e sperare di essere, si dice così, "baciato" dalla sorte in un sovvertimento miracoloso. Persino alcuni comportamenti sessuali possono essere dettati da ciò.

Il terrore di essere potenzialmente pericoloso in vicinanza di oggetti acuminati e di trasformarsi in un assassino, in una persona che certamente non lo sarà mai, può rendere ancor più l'idea di questa paura di trasformazione del Sé.

Questo funzionamento trasformativo conferisce particolari qualità anche a molti comportamenti frequenti in casi di DCA: un esempio è il frequente utilizzo a questo scopo del cosiddetto acquisto compulsivo di oggetti che però non saranno mai usati.

L'acquisto, mi approprio di qualcosa che ho visto tra le mani di un'altra, mi fa modificare i sentimenti derivanti dalla previsione orribile e sperare di diventare, per un momento, bella e ricca, e cambiare la sensazione di essere misera, reietta, non voluta, malinconicamente estranea al mondo.

Se acquisto quella determinata borsa, in questo caso, però, la possibilità appropriativa non comporta, come fanno le coetanee, il fatto che anch'io ho la borsa come la mia amica e posso quindi anch'io usarla e verificare che posso avere le stesse cose. Ho, invece, solo la sensazione momentanea di aver compiuto un gesto per rientrare nel mondo da cui invece mi sento e prevedo di essere esclusa e acquistare così la speranza, per poi ritrovarmi con l'inutilità del mio acquisto. E per questo diventa necessario l'acquisto successivo. "I miei non capiscono quanto mi sento disperata e malridotta se non posso comprare, mi ucciderei...".

Il comportamento sessuale della paziente bulimica descritto più sopra, che per diventare la più precoce sessualmente delle compagne di scuola si era concessa ad uno sconosciuto, era insorto in un periodo in cui, appena sviluppata, si era sentita un essere schifoso, estraniato dal mondo, indegno di esservi.

Tutto era avvenuto in una situazione di grave degrado, personale e ambientale, con uno stato di

coscienza profondamente alterato. Durante la penetrazione la ragazzina pensava: “Faccio schifo e lui fa schifo ma ce l’ho fatta”. Il rito del grissino, quello dell’acquisto o quello della promiscuità sessuale sono molto diversi, certamente, ma il lavoro “magico”, cioè emotivo, del Sé è in tutti i casi davvero drammatico ed è importante comprenderne il senso, anziché liquidarlo come un corollario della bulimia. È frequente, infatti, che venga asserito che “la paziente fa gli acquisti perché è bulimica e vuole tutto” oppure “la promiscuità sessuale è bulimia del sesso”. Sarà, ma ciò serve solo a fornirci una rassicurante spiegazione anziché entrare nel vero significato del rituale.

Ritornando ai casi in cui l’intervento congiunto con le madri ha ottenuto un rilevante effetto di riduzione, oltre che dei sentimenti fatalistici di ineluttabilità, della dismorfofobia e del disturbo della fame, essi ci insegnano alcuni elementi di psicopatologia di cui tener conto nel pensare ai trattamenti.

La madre sofferente, che ha paura e che ha la sensazione di subire la figlia, la madre con un grave disagio, che può per la sua ostilità far paura, e la madre con comportamenti più alternanti, sicuramente introducono determinanti emotivi diversi nella maternità conflittuale⁸ e la diversa situazione sarà significativa nel comprendere quali sentimenti mantengono in vita il disturbo del Sé.

Dal ritiro dal cibo e dal contatto, quasi da depressione anaclitica, fino alla fame da ultimo pasto, qualità emotive di gradazioni molto diverse, e magari in fasi differenti nella stessa persona, costruiscono insieme al Sé corporeo ripudiato le due sindromi principali, anoressia e bulimia. La pratica clinica mostra poi che, di fatto, ci sono frequenti situazioni miste con transizioni successive, situazioni che potremmo definire di **anoressia – bulimia**, proprio perché il quadro della maternità conflittuale può avere a sua volta la prevalenza di stati d’animo diversi nella difficile situazione precoce madre - figlia.

Senza entrare in merito a queste specifiche differenze, vi sono alcuni dati in comune da tener presenti.

È innanzitutto evidente che i casi in cui è stato possibile e utile l’intervento congiunto sono tutti casi in cui la relazione complessa madre e figlia era presente e completamente attiva, con tutti i crucci incrociati nel tragico equivoco.

La figlia ha il cruccio di non essere la figlia che la madre avrebbe voluto perché portatrice di un grave difetto ma anche di essere incompresa nei suoi sforzi per fronteggiare il suo difetto e per questo è in polemica. La madre ha il cruccio di non aver mai amato la figlia e di non essere stata una buona madre ma contemporaneamente quello di non essere riconosciuta per i suoi sforzi per esserlo a tutti i costi, da una figlia che la accusa continuamente con i suoi comportamenti. Quando la madre riesce a raccontare la propria difficoltà alla figlia succedono alcuni cambiamenti importanti.

- La madre mette innanzi a tutto il benessere della figlia e se ne occupa,
- Cambiando così ciò che fino ad allora sembrava un destino ineluttabile e una situazione immodificabile, compresa la polemica presente in modo palese o occulto, che si riduce drasticamente.
- Le dice che i suoi convincimenti di mostruosità del corpo e della fame sono il prodotto di sentimenti dovuti alle difficoltà da lei incontrate nell’accoglierla al mondo e nell’accudirla.
- Insieme alla riduzione della polemica si riduce anche la **soggezione** profonda, poiché la

⁸ vedi

figlia viene finalmente trattata come la giovane donna a cui può descrivere e a cui può far comprendere le proprie difficoltà, finora ineluttabili e incomprensibili. La polemica, la controaccusa continua, come d'altronde sempre, era solo un tentativo malriuscito di ridurre la soggezione, mentre permaneva, invece, la condivisione profonda delle paure e dei criteri eliminatori della madre e non portando quindi davvero a nessuna modificazione del sentimento del Sé.

- Tutto ciò comporta, nell'esperienza, già un disinvestimento almeno parziale del rituale del cibo.

Il fastidio per il corpo, memoria del sentimento di sgradevolezza del contatto sperimentato nella situazione precoce più difficile e poi rientrato, si riduce anch'esso, assieme alla percezione e rappresentazione di sé schifosa e, come abbiamo visto, parzialmente anche al convincimento di essere condannata dal destino. Ciò avviene perché alla ragazza è improvvisamente possibile collegarlo a ciò che ha sempre sentito presente tra lei e la madre e che ha sempre attribuito al proprio Sé e alle proprie caratteristiche. Questa nuova situazione permette anche una forte attenuazione della polemica per l'incomprensione e il suo ripudio conflittuale verso la madre.

A questo punto è necessario ripensare alla psicopatologia della fobia e della fobia del Sé, che è in comune con numerose altre patologie e modalità di crisi e che illustro altrove in modo più esteso.

La fobia, in genere, è comunemente il semplice prodotto di un processo educativo iniziale, una modalità di apprendimento a dover ricordare, e soprattutto prevedere, il possibile pericolo che compare all'improvviso, ricorrendo ad una **necessaria previsione della paura** di un oggetto o di una situazione: "non puoi dimenticare questo pericolo". Ed inoltre la tentazione della situazione rischiosa va eliminata a tutti i costi, con una specifica intolleranza "protettiva".

Ma la "necessaria paura" può non limitarsi solo alla situazione temuta ma essere estesa e riferita al Sé: "Sei un bambino incosciente e pericoloso e non devi più dimenticare il rischio che corri e l'errore mortale che tu puoi commettere. Va eliminata dalla tua mente l'idea di poterlo fare. E non devi suscitare in me quella paura."

Impariamo tutti ad aver paura di mettere le dita nella presa della corrente o a non sporgerci dai balconi e possiamo averlo fatto acquistando un sentimento di prudenza oppure acquistando una più o meno piccola fobia al riguardo oppure, come accade, costruendo anche una fobia del Sé.

L'apprendimento di questo tipo generalmente avviene perché si modifica l'attività previsionale, che diviene automatica e istantanea: mi aspetto una urlata, lo scapaccione, una umiliazione, una catastrofe imminente.

In quest'ultimo caso, quello della fobia del Sé, soprattutto di *essere pericoloso* in quanto a rischio continuo di commettere l'errore mortale. Il tutto non più pensato, perché l'immediatezza è eliminare subito il rischio. Ciò può indurre, nel costruirsi della fobia del Sé, una previsione allarmata pressoché continua, come di essere normalmente seduto su una bomba e quindi in un generale allarme di ciò che potrà accadere.

L'attività previsionale ricorre al ricordo, se c'è, di qualcosa di accaduto che potrebbe ripetersi oppure alla brutta sensazione provata prendendo la scossa o al veloce ripasso nella mente dell'intenzione di sporgersi dalla finestra verificando ripetutamente se c'è la presenza di un pericoloso impulso.

Nel nostro caso l'attività previsionale precoce, rudimentale ma già attiva, è già stata sin dall'inizio drammaticamente allarmata riguardo l'ora del pasto e le situazioni sgradevoli del con-

tatto per cui la previsione automatica “diventerò un mostro peggio della zia Wanda” oppure “mi verrà una fame mostruosa” è continuamente presente.

La differenza tra la posizione in cui si è sviluppato un funzionamento prudente e quello fobico è importante per comprendere cosa accade: nel primo caso ho paura e so di temere il pericolo cui posso guardare con attenzione e tenerne conto.

Nel secondo c'è uno specifico allarme che si riattiva immediatamente evocando - immaginando - prevedendo il pericolo.

Nel caso della fobia del Sé esiste quindi un altro allarme sovrastante: ad esempio, qualunque cosa si faccia o si pensi c'è il rischio di essere una persona in procinto di commettere un errore mortale. C'è già quindi, prima, un allarme che non riguarda direttamente il pericolo, ma coinvolge immediatamente innanzitutto tutto il mondo circostante e sovrastante che assiste al possibile errore mortale e c'è il sé percepito come “potenzialmente” pericoloso, sbadato, distratto, incosciente o addirittura malvagio che sta per procurare una catastrofe.

Può essere, invece, che la minaccia risieda di più nel mondo circostante che è lui ad essere pericolosissimo e ad esporre a rischi continui ma anche in questo caso il rischio di un errore mortale è il non pensarci e non prevedere a sufficienza. I due processi sono per certi versi molto diversi, ma entrambi sono uniti però dalla paura finale di trasformarsi in un essere pericoloso e incosciente. L'entità dell'allarme può essere più o meno diffuso o attivarsi solo vicino a situazioni a rischio.

I flash back post traumatici si originano così: se una persona non ha potuto e non può ripensare all'accaduto e affrontarlo anche solo mentalmente, anche perché ha la tendenza invece a dover scacciare continuamente il ricordo, che dovrebbe sparire, questo gli ritornerà in mente ripetutamente. È come un terrorizzante promemoria, proveniente dall'attività previsionale automatica, di ciò che è successo, di ciò che sarebbe potuto ulteriormente succedere e di ciò che potrebbe ancora accadere. Così avviene comunemente con tutto ciò cui non si pensa abbastanza, e il termine “pensare” vuol dire che non si prevede abbastanza se ci si distrae e si dimentica, magari solo alla ricerca di un po' di benessere. Ed è così che si crea il modo intrusivo comunemente descritto nella sintomatologia di questi eventi.

A molti genitori succede di pensare che al proprio figlio possa accadere di tutto e il rischio è il non averci pensato e aver scacciato l'idea cattiva invece di porvi rimedio. Quest'ultima ritorna ripetutamente, accompagnata da una paura di essere un genitore incosciente, inadeguato ad affrontare il male che può accadere ai figli.

Il contagio tra genitori e figli consiste in questa paura, di essere incosciente per difetto di previsione. Soprattutto di dover prevedere tutto. Tutta la storia secolare del “te lo avevo detto, io” non è di per sé un'esigenza molesta, anche se finisce per diventarlo: come ben si capisce, vuol solo dire “ho provato a metterti in guardia prevedendo il peggio”. Lo sventurato menagramo avrà sempre, alla fine, ragione nelle sue profezie e si sentirà sicuro per le sue capacità previsionali. Quante persone vedete in giro che la sanno lunga e sono soddisfatte di poter fare le previsioni peggiori?

Il Sé lavora quindi a pieno ritmo con la sua attività previsionale, che funziona evocando la paura e la situazione paurosa e poi potendola momentaneamente accantonare. Cerca così un suo modo di essere sicuro, usando la forza della mente e del corpo, finché per qualche motivo non si creerà una situazione di crisi, anche parziale.

Da quel momento tutto funzionerà in un modo diverso: dovrà cioè lottare per affrontare la vita con sempre il rischio della propria inadeguatezza perché pericoloso. Dinanzi ad un balcone

l'attività previsionale gli farà esplorare immediatamente se compare il segnale della sua pericolosità, l'impulso a buttarsi o a lasciarsi cadere, e si bloccherà magari davanti al baratro in preda al panico ormai convinto del rischio di impazzire. Infatti, l'attività previsionale farà anche immaginare, e immaginare di esperire nella mente, l'impulso pericoloso, cercandolo e tentando di provarlo, e ciò può convincere il paziente ancor più della sua esistenza.

Lo stesso accade con l'impulso della fame, immaginandolo esso si riattiva e ridiventa vera la temuta fame mostruosa.

Nell'attacco di panico l'improvvisa sensazione - pensiero di essere un incosciente che non ha mai pensato al pericolo fa crollare improvvisamente la precedente certezza da indomito, da incosciente, da ingenuo. Ciò vuol dire che quella persona ha vissuto prima sempre impegnata a usare la forza della mente, solitamente già iperattivata per essere coraggiosa e non aver paura, sviluppando così la tendenza al panico nel momento in cui la paura compare. Panico perché oltre alla paura della paura c'è la fobia del Sé pericoloso. Nel caso dell'acrofobia ci sarà la paura di essere in preda a impulsi folli, nel caso dell'attacco di panico potrà esserci anche quella del crollo, del doversi sedere per terra e diventare incapace di far alcunché senza il soccorso di qualcuno.

Tutto ciò per dire che molte fobie, anche molto diverse da quelle tormentose dei DCA, sono organizzate, ad esempio, sin dal loro inizio, non solo sul singolo pericolo ma sul Sé pericoloso, sgradevole, magari addirittura indegno e cattivo, o inetto e in questo senso acquistano una caratteristica di fobia del Sé, con tutta l'attività previsionale organizzata in tal senso, per sempre.

Alla nostra paziente può essere successo che un commento del papà o della sorella o di una amica "sei ingrassata ultimamente" oppure "ti vedo particolarmente bene, scoppi di salute" è esplosa come un "hai sbagliato tutto nella tua vita, sei e stai per diventare un mostro e non te ne sei accorta". Così come può essere insorto un improvviso allarme dopo un controllo del peso o dopo aver indossato un capo che risulta ormai troppo piccolo.

Questo allarme - fobia del Sé è importante da tenere presente perché è rilevante per quanto concerne la qualità del contatto con le pazienti. La sola posizione appena un po' sospettosa, o troppo "da psicoanalista che pensa all'inconscio" può tradursi subito in un disturbo del genere "sguardo malevolo" ma, soprattutto, alimentare l'inquietudine di una presenza misteriosa, mostruosa e pericolosa all'interno del Sé. La chiarezza nel contatto clinico è una qualità importante: giocare il più possibile a carte scoperte è fondamentale con queste pazienti.

La **crisi** ha diverse modalità di inizio, può essere improvvisa, quasi come per una crisi di panico, ma molto più frequentemente avviene in modo più strisciante. Le descrizioni sono in molti casi davvero penose, come può esserlo il ricostruire il malessere provato agli inizi, con il sentimento della paziente di essere travolta da sensazioni orribili e di trovarsi estraniata e con la percezione di essere "malvista", guardata male, da tutti. È un momento o un periodo davvero drammatico per quanto riguarda i sentimenti, sia quelli di base, relativi al Sé, che quelli che riguardano le relazioni con il sistema familiare, il mondo circostante compreso quello dei coetanei, e il mondo sovrastante.

Può esserci, più o meno violento, e in qualche modo in parte sempre c'è, un sentimento di rottura con tutto e tutti, nello smarrimento della trasformazione, e da quel momento nulla sarà più come prima. La rottura riguarda anche la relazione con la famiglia, che sia o no motivata da eventi attuali, certamente il Sé riemergente è in una situazione in cui non può più far conto davvero su nessuno, ancor di più se i sentimenti di prima della crisi erano già in parte conflittuali.

Questo passaggio nell'esplosione dei sentimenti, talvolta può permettere di accedere, attraver-

so la paura di oggi, quella attuale, anche alla frequente “malinconia del Sé”: “L’unica soluzione sarebbe tornare - essere più piccola quando, pensandoci oggi, ti sembra che non ci fosse il rischio e ci si sentiva più amati”. Meglio restare piccoli, quando il rischio non c’era, prima dell’adolescenza e della paura di trasformarsi, sperando di ritrasformarsi appunto in più piccola. O meglio essere uno spiritello.

Con il sentimento di non poter mai più essere aiutata da nessuno, con la madre percepita come più estranea e lontana, come il resto della famiglia e spesso i coetanei, con il sentirsi condannata e alle prese con il rischio pauroso, il proseguimento della crisi comporta il doversi riprendere, riacquistare in assoluta solitudine le proprie forze e organizzarsi a combattere.

È così che avviene l’inizio del rituale e la presa di potere “faccio a modo mio”, malgrado una gentile ed educata compiacenza verso il resto della famiglia.

Il cuneo del Sé, cioè il persistente allarme per la previsione del momento del pasto e il rischio che il corpo corre in quella situazione in cui comparirà una fame pericolosa, è stato sempre presente e presente spesso anche nell’ambito familiare, ma in modo finora molto più attenuato. Una volta che il rischio è esploso, sul palcoscenico della vita trasformato in un incubo, mostruoso e grasso sono diventati la stessa cosa, indifferenziata. L’incubo – attrazione per l’ora del pasto diventa prevalente e solo la prima idea di una dieta dà la sensazione - speranza di cambiare la propria sorte e di poter curare il male “incurabile”.

Qui avvengono vicende diverse. Il digiuno, in genere, non è praticabile, se non brevemente, da molte persone. Se c’è già e c’è già stata l’esperienza del ritiro (anaclitico) dal cibo questo sentimento di ritiro sarà molto più accessibile o accessibile parzialmente. La dieta perderà le caratteristiche iniziali e diventerà rapidamente un quasi digiuno e sarà possibile sperimentare davvero l’anoressia.

Altrimenti sarà una dura lotta, tra il tentativo di far sparire la fame, proibita e da proibire, e la fame che al contrario sembra aumentare in modo mostruoso.

Nel primo caso la meta sarà sempre quella, perché la sensazione di riuscire a non mangiare per intero il famoso grissino o biscotto darà un sentimento particolare di esaltazione e padronanza che sconfinerà con una sorta di particolare benessere.

Spesso ciò viene chiamato “negazione” ma purtroppo il termine non rende affatto quanto sta davvero accadendo. Infatti, si sommano due fenomeni, quello fisico, che può inizialmente contribuire a un certo grado di euforia, e quello emotivo, l’inizio del rituale che si organizza. La prima componente emotiva, quella che sostiene l’aspetto che viene denominato negazione, è in sostanza la particolare esaltazione implicita nell’affrontare e sfidare la paura di rompere lo schema abituale del cibo, di per sé e agli occhi di tutti. La seconda è invece questo particolare lavoro del Sé.

Questo lavoro del Sé, che comunemente chiameremmo invece “speranza”, magari aggiungendovi “illusoria”, è anche una vera magia dell’umore. Infatti, la possibilità di compiere il gesto di mangiare mezzo fagiolo fa sentire la ragazza molto diversa, perché fa mutare la sua previsione nefasta trasformandola, anche solo momentaneamente, in una persona che si sente in grado di liberarsi del mostro della fame. Anche qui, potremmo tradurre anche questo aspetto “ascetico” nelle emozioni che lo governano.

Nel secondo caso, e in tutti quelli intermedi tra questi due, la stessa esaltazione di riuscire a fare a meno del cibo durerà poco e, anzi, la fame aumenterà a dismisura e apparirà irrefrenabile. Ciò può avvenire anche perché magari nel frattempo attorno c’è una madre che cerca di nutrire la figlia e agli occhi della nostra paziente si configura come una pericolosa ma irresistibile spac-

ciatrice di cibo oppure il cibo stesso è divenuto in proprio una tentazione dotata di vita propria, da combattere in ogni modo ma comunque irresistibile. Ad esempio è l'irrinunciabile premio per qualunque proprio sforzo, compreso quello di aver resistito a mangiare. La lasagna che compare da sotto la scrivania è un vero e proprio incubo: "La mangerei tutta, se poi lei me la racconta così ...".

Ma soprattutto avviene quanto descritto sopra per l'impulso pericoloso: l'andarlo a esplorare comporta l'evocarlo continuamente e esperirlo.

Inoltre qui non si tratta di un impulso solo mentale perché, mentre avviene tutto ciò, il corpo fa sentire le sue ragioni anche con la vera fame. Se, eliminarlo dalla mente e dal corpo, non è quindi in alcun modo possibile, esso diviene ancora più pauroso, proprio nel senso del morire di fame, perché la fame è davvero ineliminabile, tranne che nelle situazioni in cui c'è l'accesso al sentimento di ritiro. E ogni tentativo di eliminarlo lo trasforma in più forte e più pauroso, per cui l'unico modo di liberarsene può essere una abbuffata o ciò che può apparire tale alla paziente, secondo i suoi criteri.

Il rituale del "faccio a modo mio" in questo caso è il rimedio del vomito e delle altre eventuali pratiche "purificatorie", il solo modo di liberarsi dal male perché, appunto, la via dell'anoressia è invece impraticabile.

La **ricostruzione dell'inizio del rituale**, che può essere utilissima e significativa, non è sempre necessaria nei trattamenti. La mia descrizione è un esempio di quella più drammatizzata fornita spontaneamente da alcune pazienti. Serve per rendere la drammaticità dei sentimenti in atto e soprattutto la sottile e rischiosa rottura, la desolazione e l'estraniamento verso il resto del mondo con la difficoltà di vero contatto che spesso comporta. Ma serve anche a mettere a fuoco alcuni dei convincimenti che comunemente vengono espressi, congrui con la fobia del Sé, dopo l'insorgenza della crisi: "Se non ci penso non me ne occupo, sarei una incosciente. Comincio a pensarci subito, appena sveglia, al mattino, e faccio tutti i piani di come affrontare il problema".

Il rituale è, quindi, **un compito di cura**: un rito a volte più sacerdotale, oppure più "medico", con il ricorso a conteggi particolari delle calorie. Il rimedio è continuare a pensarci, il che vuol dire dedicarvi la propria attenzione, e organizzare i propri pensieri e programmare la vita di conseguenza. La forza della mente tenta di dominare il male, con l'inesorabile e irrinunciabile previsione del peggio.

Il cuneo nel Sé, il cruccio allarmato per l'ora del pasto, attesa spasmodicamente prevista, immaginata e temuta, può quindi così divenire un momento della giornata in cui viene praticato un vero e proprio rito. Il rito, iniziato al risveglio con il proposito mattutino, oggi mangerò solo questo e quell'altro, preparato così e cucinato in quel modo, dà la momentanea sensazione di ottemperare al compito di affrontare l'incubo che si è prospettato con la previsione del momento di insorgenza della fame. Il rito è quindi anche, come ho detto sopra, una vera e propria presa di potere all'interno del sistema familiare: "Adesso faccio a modo mio, non ho altra strada". In molti casi questa assunzione di iniziativa in proprio può essere molto aperta e teatrale, con l'instaurazione e l'imposizione a tutti di un nuovo regime di vita, l'occupazione di cucina e dispensa con cibi selezionati e con propri tempi e metodi di cottura, con caratteristiche che possono in alcune situazioni essere proprio tiranniche, in altre alla ricerca comunque di uno spazio proprio, meno conflittuale con il sistema. In altri casi è attuata, almeno inizialmente, addirittura di nascosto, soprattutto nel caso del vomito.

Ma come in tutte le fobie, la situazione della paura non dovrebbe esserci: la fobia è sempre tolleranza zero e tentativo di eliminazione verso l'oggetto della previsione paurosa e anche verso il

Sé pauroso, che non dovrebbero esserci. Il rituale, che trasforma il Sé conferendogli una nuova padronanza, è da difendere a spada tratta. La nuova padronanza comprende, ovviamente, il fatto che la figlia detta le regole della propria alimentazione, rompendo con quello precedente organizzato dalla madre e dalla famiglia.

In ciò la ragazza si sente incompresa, perché la famiglia la critica per ciò che fa col cibo e “in questo è la polemica con loro, criticandomi mi fanno solo stare peggio, perché anche se ci provo non riesco proprio a farne a meno, anzi. E però è ciò che avviene ogni giorno e in ogni momento, che mi guardano e mi criticano o tentano di farmi fare altre cose, io ascolto ma tutto mi disturba, perché io, invece, devo ricordarmi ogni mattina come affrontare la questione del cibo”. “Devo ricordarlo” è proprio la ferita aperta che non si sana mai perché deve essere mantenuta aperta.

Questa è la **prigione del Sé**: il tentativo di accantonare il cruccio del corpo e quello della fame fallisce e non è possibile altro che ricominciare da capo e tormentarsi sempre al riguardo, con nuovi propositi e varianti, occupandosi così, nell’unico modo noto dell’ineliminabile disturbo della fame, della necessità di mangiare e quindi del cibo, ed è proprio questo cruccio - rituale continuo che lo mantiene attivo sempre più, sempre più oggetto di attenzione e di previsione.

La prigione vede completare le sue sbarre nell’attesa che la madre o la famiglia capisca gli sforzi in atto. Si instaura un ulteriore sentimento di essere in ostaggio, da una parte e dall’altra. È qui che il Sé ha una possibilità, perché il ricordo e il mantenerlo vivo è ormai una sua attività, esattamente come è sua l’immaginazione al servizio dell’attività previsionale.

“È necessario prevedere il peggio, l’errore fatale, perché non si avveri e tu hai imparato a farlo molto presto ed è diventato ormai automatico farlo, pensandole proprio tutte, accuratamente”.

Il passaggio decisivo è quello dell’accesso successivo, dalla paura all’attività previsionale: da temo di diventare zia Wanda a prevedo di diventare zia Wanda e quindi evoco anche la paura del disastro che avverrà.

Questa via dà la possibilità, quando la paziente può accorgersene, di riappropriarsi dell’attività immaginativa al servizio della previsione, che invece è sempre stata automatica e incontrollabile. Innanzitutto è importante, nel percorso, avere una considerazione attenta degli effetti emotivi ricercati attraverso il rituale, come per l’immaginare lo spiritello: si possono tradurre in un obiettivo della cura di Sé, anche se “irrealistici”, proprio perché rappresentano la componente trasformativa della speranza, del cambiamento di previsione.

Malgrado l’intenzione di soccorso che può esservi sottesa, non sono mai opportuni i suggerimenti che si possa dimenticare o si possa smettere di prevedere il peggio, se non per ottenere l’effetto opposto. Infatti, essi andrebbero proprio nella direzione già praticata spontaneamente negli inani tentativi di eliminazione e non va mai istigata nemmeno indirettamente: dimenticarsi dei ricordi o dimenticare di prevedere accadrà solo quando il ricordo o la previsione saranno diventati proprietà del Sé e sarà già possibile immaginarli apertamente, anziché obbedire immediatamente ad un processo automatico a cui non è possibile opporsi e su cui abitualmente non ci si sofferma e non ci si deve mai soffermare.

L’apprendimento fobico si basa proprio sull’obbedire immediatamente e ciecamente alla paura e non opporvisi e l’antidoto non è tentare di non pensarci ma esattamente l’opposto, osare immaginarne tutte le possibilità. È importante, quindi, facilitare, non impedire la esplorazione della fobia, che è fatta proprio di queste componenti: la previsione e l’eliminazione, prima della paura, oltre che del ricordo.

La differenza tra paura e fobia è che la fobia è la previsione automatica della paura, e la fobia

del Sé, in aggiunta, ha la previsione della pericolosità del Sé stesso.

Ciò vuol dire che è necessario soffermarsi con la paziente proprio sul suo continuo prevedere automaticamente il peggio, il mostro, per prevenirne l'insorgenza o per contrastarne l'esistenza e semmai aiutarla invece a immaginare apertamente come potrebbe essere questo peggio. Se ciò non accade in seduta già il fatto di avere aperto questo canale, come ho peraltro detto sopra per il Destino, autorizza comunque a pensare l'inimmaginabile, cioè ciò cui non si deve nemmeno pensare: infatti, la fobia è sempre di qualcosa di terribile su cui non ci si dovrebbe nemmeno soffermare ma da cui è necessario rifuggire subito o a cui obbedire immediatamente. La paura diventa efficace proprio perché inimmaginabile oltre che terribile.

Può anche capitare, e accade, a questo punto che, aiutata invece a immaginare, una paziente rida improvvisamente nel rappresentarsi come la famosa zia cicciona e sfatta, perché la mostruosità temuta è padroneggiata dal poterla vedere, senza che la mente immediatamente si ritragga.

È quindi importante che progressivamente alla paziente diventi sempre più chiaro che trattarsi come un mostro, così come fantasticare lo spiritello, è il suo tentativo di migliorarsi, tentativo che è purtroppo maltrattante perché basato su un sentimento estraniante ed eliminatorio: dovrebbe essere sempre un'altra persona, per il rischio di essere quel qualcosa di terribile e, potremmo aggiungere, che ha visto e temuto di vedere sua madre.

“Il rotolo di grasso purtroppo non sparisce, guardandoti male ogni giorno, o vedendoti come immagini ti guardino gli altri, perché esso è nulla rispetto alla possibilità che quel rotolo sia l'inizio del diventare un mostro schifoso”.

“È certo che provando quello schifo e avendo paura di poter diventare un essere tale da far schifo ai tuoi e a tutti senti di non meritare di mangiare e di essere indegna di essere al mondo”. Proprio a tal proposito ritengo che un importante e decisivo fattore sia innanzitutto il riuscire a spostare l'attenzione dal temuto mostro al fatto che è la paziente che si guarda come un mostro potenziale, usando e condividendo lo stesso sentimento della madre, dovrei ripudiare me stessa, in sostanza “dovrei essere un'altra, non dovrei avere il corpo che ho”.

Lo spostamento dell'attenzione è importante che possa passare progressivamente alla pesante influenza, sul suo modo di sentirsi e vedersi, della fobia di se stessa, del Sé, corpo, fame e cibo compresi, il cuneo nel Sé, e dalla paura - certezza di essere sgradevole per tutti, a cominciare dalla madre.

C'è da aver presente, lungo il percorso di un trattamento, una **sequenza precisa**, anche se i tempi e i modi possono essere quelli dettati dalla possibilità ed opportunità clinica, come in tutti i trattamenti.

Inizialmente è importante dar spazio alla paura, in seguito invece all'attività previsionale che attiva ed evoca la paura e poi al fatto che questa attività rientra in un modo della paziente, materno e quasi sempre anche familiare, di affrontare tutte le questioni dell'“esistere”.

Solitamente, se non è stato possibile il lavoro congiunto con la madre, è possibile supplire cercando quelle che ritengo siano le piste importanti e che di per sé non aumentano lo stato di conflitto caratteriale: le condivisioni con il modo di sentire e pensare della madre e se necessario anche del padre o di altri membri significativi della famiglia.

Una domanda molto semplice ed efficace, alle volte può essere: “È possibile che anche i tuoi siano sempre scontenti di come sono, come se fosse un modo di affrontare la vita e si dovesse essere sempre stimolati a essere un'altra persona, senza i difetti temuti?”

Può servire ad aprire al funzionamento familiare eliminatorio ma soprattutto ad aprire al dubbio

che la fobia del Sé sia una fobia condivisa e appresa e che il ripudio conflittuale sia un modo di sentire e pensare anch'esso appreso, seppur precocemente. E soprattutto che può essere un modo di affrontare non solo le questioni del corpo e della fame ma l'esistenza in genere, condiviso con la famiglia.

Quando si è riusciti ad aprire questa pista, senza in alcun modo insistere su qualunque contenuto possa rischiare di tradursi in accuse, se la paziente ne coglie la portata, procede per suo conto. Altrimenti diventa opportuno ritornarvi con precise constatazioni "accomunanti": anche per loro o anche per te non va mai bene ciò che sei e bisogna sempre essere diversi, sempre con il principio di spostare lo sguardo dalla luna, cioè il mostro, al dito che la indica.

La traccia utile da perseguire è, quindi, solitamente, proprio il poter **osare immaginare**, o comunque rendere esplicita la paura e il disturbo che la procura e che procura, per ridurre e addirittura rompere la soggezione profonda.

L'altra constatazione importante da mettere sul tavolo è che l'essere occupati a compiere quel tipo di previsione e immaginare l'eliminazione del mostro, impedisce inevitabilmente di provare sentimenti diversi, compreso il benessere, che diventa appunto una incoscienza assolutamente pericolosa e da evitare con tutte le forze.

Altrettanto solitamente ciò può riportare anche al sistema sovrastante del Sé, al Destino, in quanto il benessere è percepito come un pericoloso non essere attenti a quanto di brutto può accadere e quindi a esporsi al castigo, come accade quando l'attività previsionale è diventata un sistema di autoregolazione automatico verso il rischio.

"Non rischierò sbadatamente di commettere l'errore fatale e starò attenta" è il modo per affrontare il destino se l'unica via è stata sempre la sfida al destino stesso e il timore della successiva punizione. Il sistema del Sé ha le sue regole e bisogna conoscerle. Connesso a quanto detto, è il fenomeno del colpo di coda.

Il **colpo di coda** cui mi riferisco è quasi una regola matematica: dopo un periodo di relativo benessere, dopo diversi passaggi significativi, o addirittura sul finire di un trattamento, l'improvviso "attacco" fa percepire tutto come ritornato all'inizio, magari senza più disturbo alimentare. Un'improvvisa crisi, che può avere le caratteristiche di una crisi depressiva, e il sentimento che tutto è rotolato rovinosamente in fondo al burrone, che tutto il lavoro fatto è stato inutile, che la condanna è lì, immutata. La psicopatologia di questo tipo di crisi è abbastanza semplice, pur nella sua drammaticità: da un lato anche il benessere è una condizione cui la paziente non è mai stata assuefatta, e inevitabilmente il lavoro terapeutico fa compiere al Sé uno sforzo di cambiamento non irrilevante. Soprattutto, la prima sensazione di fatica o di difficoltà fa esplodere improvvisamente e paurosamente il segnale che tutto è stato un inutile osare contro il destino e l'errore fatale è stato il crederci, nella possibilità di vivere in altro modo.

Che si usi o no una tecnica che utilizza la capacità immaginativa, è importante poi esplorare la fame, anch'essa mostruosa: pensi continuamente al fatto che la fame non dovrebbe esserci, ma proprio per questo ti sembra sempre più impensabile e dotata d'impulsività tremenda. Solitamente così la fame, guardata a vista, aumenta a dismisura. Anche la convinzione di non meritare di mangiare può funzionare al momento ma poi può far triplicare la fame, perché il corpo può attivare la paura di non mangiare mai più e di morire di fame.

L'aspetto animistico del cibo, su cui si sono trasferiti i sentimenti famigliari, è molto presente in tante persone, a maggior ragione nei DCA.

"Il cibo mi guarda e mi dice mangiami, la lasagna potrebbe farsi divorare tutta".

"Quel cibo tenta di imporsi e mi fa schifo, sembra il minestrone della nonna"

“finisce che mi tocca mangiare per non buttarlo” “come fosse la pattumiera?” “No, il cibo ci rimane molto male a essere lasciato da parte, ed è un peccato mortale buttarlo”.

Dare vita ai sentimenti elementari del Sé è molto importante, piuttosto che tentare di ridurli ed è spesso accolto con divertimento e sollievo, perché sono sentimenti – sensazioni onnipresenti, ogni momento di ogni giorno e comportano quasi sempre anche la percezione di sé come posseduta dal cibo.

L’obiettivo più generale, quindi, in modo congruo con quanto accade nel confronto con la madre, è inquadrare e permettere al paziente l’individuazione di tutto il suo problema come il trattamento di una estesa **fobia del Sé**.

Ritengo che si possa pensare, in molti casi, a chiudere il cerchio considerando anche la situazione della maternità conflittuale come un equivalente di una **situazione fobica materna** proprio riguardo i propri sentimenti di madre e a partire da essi. In tal modo è possibile ricostruire una visione d’insieme di tutto l’apparato emotivo: ho insistito su tutta la descrizione della crisi e dello strutturarsi del rituale allo scopo di rendere l’idea della **prigione del Sé**, che potremmo addirittura tradurre in un modo congruo al sistema relazionale familiare nel corso dell’accudimento.

Potremmo cioè ricostruire tutta la strutturazione del rituale e dei sentimenti del Sé e del sistema del Sé come una riproduzione, da parte della figlia, dell’organizzato sforzo della propria madre, in cui in parte si immedesima. La paziente cioè sente e si comporta come chi ha a che fare con una figlia verso cui prova fastidio, o paura, o repulsione e di cui si deve occupare, che deve comunque nutrire, appunto in modo fobico.

Ho provato a descrivere a una ragazza come trattava tutta la sua situazione fisica e alimentare come un compito orribile, in cui tutto è difficile, comprese le normali necessità o i sentimenti, le paure o le difficoltà. Mi guardava attentamente mentre sgranavo i diversi passaggi soffermandosi soprattutto sulla tormentosità. Ha improvvisamente voltato lo sguardo di lato e poi ha detto: “Ma quella è la mia mamma, fa sempre fatica a fare tutto”.

È una traccia aperta, da esplorare più a fondo, la traccia della profonda condivisione, compreso il modello di comportamento e di uso eliminatorio della forza della mente.

Questo modo di vedere, comunque, mette insieme sia gli aspetti fisici sia gli aspetti “mentali”, nel senso delle capacità e degli affetti.

Spesso può essere importante, quando già si sono almeno in parte modificati i sentimenti del Sé, spostarsi sulla relazione con il mondo circostante: “la paura di essere detestata da tutti, mamma, sorella, coetanei e destino compresi, ti costringe a non poter osare di provare altro e di continuare a dover fare a modo tuo i salti mortali, con la forza della mente”.

Questa formulazione ha la sua rilevanza nell’altro paradigma da tener presente e che fa parte delle raccomandazioni che ritengo determinanti. È importantissimo cercare ogni via per ridurre la polemica sterile, soprattutto con la madre, avendo la cura di non istigare ribellioni in nome della cosiddetta emancipazione, perché è la via caratteriale che in molti casi è già in atto ancor più dopo la rottura adolescenziale e la presa di potere, e comunque ha come esito il mantenimento del disturbo relazionale e di quello del Sé anziché la sua modificazione.

È invece importante che si aiuti la paziente a ridurre la soggezione profonda alla madre e a tutto il clima familiare, che per esperienza con la ribellione in questi casi non si modifica mai. Per seguire questa strada è utile avere in mente la strategia “**salva Sé**”, quello che ho denominato **intervento separatore**.

L’intervento separatore, che fa parte del comune bagaglio psicoterapeutico più efficace, nel no-

stro caso, si basa sul presupposto, clinicamente rilevabile, che il potenziale evolutivo del Sé possa essere imprigionato da alcune modalità relazionali, a cui viene conferita una importanza cruciale e su cui si sposta l'attenzione. In genere, ad esempio con una autorità, l'adolescente ritiene di sottrarsi alla sottomissione contestando l'autorità stessa. Ciò fa parte delle vicende evolutive, in cui il lavoro del Sé consiste in prove che riguardano, ad esempio, la forza della propria mente nel lavoro di trasformazione da piccolo a più grande, che osa dire e fare ciò che prima era inosabile. Vi sono molti casi in cui, così facendo, può restare imprigionato proprio dal tentare di agire su quella relazione, anziché considerare la propria esigenza di sentirsi meno in soggezione e quindi di lavorare sul proprio Sé e sul proprio sentimento di Sé.

L'intervento separatore, che serve a far recuperare al Sé il suo vero scopo, è uno dei fattori terapeutici anche comuni più efficaci, quando è utilizzato, in tutte le tecniche. In alcuni casi, invece, proprio un assetto pregiudizialmente "relazionale" può impedire questo passaggio e mantenere inutilmente attiva la prigionia del Sé.

Nei casi di DCA, consiste nel non considerare il criterio della ribellione adolescenziale come utile e "emancipativo", ma separarne le due componenti, da un lato l'esigenza importantissima di modificare la propria soggezione alla madre, dall'altra la polemica con lei.

In questi casi proprio la polemica è invece la trappola emotiva che innanzitutto mantiene la persistenza del sentimento reciproco madre – figlia di essere in ostaggio l'una dell'altra. Infatti, poiché si basa solo sul tentativo di rintuzzare il potere dell'altra ed affermare il proprio sul terreno di chi la sa più lunga sui difetti dell'altra, mantiene il tiro proprio sull'attacco al Sé. Di fatto, le armi della polemica sono spuntate perché nel contesto immodificato di chi ha torto o ragione ciò che non cambia è proprio il sentirsi comunque fatta male e sbagliata, della figlia, certamente, ma anche della madre.

Ciò perché mentre avviene la ribellione tutta l'attività immaginativa e quella previsionale correlata restano immutate, così come tutto l'impianto fobico: ed è invece di questo che ci si deve occupare, soprattutto tenendo presente che in gran parte si tratta di modi di sentire che si sono organizzati nelle vicissitudini comunque condivise con la madre.

La separazione tra il livello relazionale e quello del lavoro del Sé può liberare quest'ultimo dal vincolo relazionale e indicargli una propria finalità. In molte situazioni cliniche diverse è una chiave importante, potrei dire determinante.

Mi riferisco evidentemente a una linea guida psicopatologica che può organizzare tutto il trattamento, compreso il clima. La vera "emancipazione", infatti, consiste nel poter osare sentire e pensare al di là rispetto alla prigionia del Sé e quindi in modo diverso dal continuo cruccio materno e quello proprio verso la madre.

Non solo, l'altro aspetto notevole, oltre al destino e alla soggezione ai credo della madre, è proprio la frequente condivisione con la madre della sudditanza ai comandamenti del **sistema – famiglia**, comandamenti che riguardano quasi sempre il come si deve essere, che la figlia può comprendere in quanto percepiti e vissuti sulla propria pelle e che ha visto agire sulla propria madre.

Credo che possiamo asserire che quando la madre disvela la propria situazione compie davvero un intervento separatore, tra gli effetti sul Sé, la relazione con la figlia e la relazione di entrambe con il sistema familiare e il proprio sentimento di destino.

Una giovane diceva: "Sa che mi accorgo adesso che penso con le paure di mamma? E che lei ha quelle che vengono dalla nonna e soprattutto dal nonno? Prima pensavo fossero mie! E mi preoccupavo sempre per le sue paure."

L'alleanza profonda con la paziente da parte del clinico può essere solo questa: "tu sei purtroppo dalla parte del ripudio conflittuale, che condividi, per cui ti tratti come fossi potenzialmente un essere indesiderato e fastidioso".

L'elemento che ho lasciato per ultimo, il **ricordo fisico**, ha un notevole peso nel mantenere il disturbante sentimento del Sé. Se non è stato trattato con la madre ma anche in questo caso, riemerge sempre per vie indirette e non è evocabile, a mio avviso, in nessun modo forzoso. Nel caso vi sia stato il lavoro congiunto, è molto facile poter dire: "Questa sensazione sgradevole è il ricordo del disagio di cui ci ha raccontato la tua mamma".

Negli altri casi, in cui non si può utilizzare la testimonianza materna, la considerazione da fare è che l'esperienza fatta con quei casi mi ha aiutato proprio ad acquisire una maggior sicurezza nell'individuare le "sensazioni - ricordo" e non per via "interpretativa" ma appunto esperienziale, così come a trattare i "sentimenti del Sé" potendo dire che sembrano proprio veri per la loro fisicità. È più facile così essere convinti quando, dinanzi alla descrizione di certe sensazioni, si può asserire: "Di solito queste sensazioni sono un ricordo di un sentimento di disagio" anziché esserne preoccupati o non sapere che farci. Il trattare così fa spesso emergere qualche ricordo, ovviamente sempre relativo a epoche più recenti, ma ciò non importa.

Infatti, non è la ricostruzione del ricordo che conta ma quello del processo emotivo. Ad esempio una paziente raccontò come poco dopo lo sviluppo le desse molto fastidio il reggiseno, "troppo pieno", e come questa sensazione le aveva suscitato una paura di deformarsi orribilmente. Da questo ricordo le venne in mente un abito troppo stretto che le aveva arrecato un grave senso di fastidio per tutta la giornata, a circa sette anni. "Era il vestito di mia cugina, è capitato spesso che mi sentissi come un essere di ripiego, che non poteva essere felice dell'abito che aveva. È strano, la sensazione, allora, era proprio che fosse sgradevole tutto il mio corpo".

Il processo vuol dire che la paziente può comprendere che è possibile passare da un sentimento di sgradevolezza "ontologico", dato sempre per vero, cioè è il corpo che è sgradevole, a una situazione, ho un abito stretto e che non gradisco.

Per concludere, possiamo dire che non c'è una efficacia terapeutica se non sono stati affrontati e risolti questi vari aspetti, **direttamente o indirettamente**.

È verosimile che un trattamento ben condotto, nel clima giusto, e che abbia aiutato la paziente a modificare profondamente i propri modi di sentire le abbia anche permesso comunque di aver a che fare con i sentimenti profondi cui mi riferisco. E quindi che molte psicoterapie riescano a far raggiungere e modificare l'atroce cuneo del Sé e quanto ad esso correlato. Le psicoterapie, è necessario e importante dirlo, possono funzionare per vie diverse e con teorizzazioni diverse.

È evidente ad esempio che un sentimento del Sé profondamente disturbato, come il disprezzo e lo schifo per il proprio corpo, nulla ha a che fare con l'autostima di cui spesso si parla. È anche vero che indirettamente, anche attraverso parole che si riferiscono a questo livello diverso, la paziente può apprendere a ridurre lo schifo e l'orrore se inizia ad accettare, e soprattutto condividere, un clima non critico e la prospettiva che è possibile, comunque, **modificare il modo di sentire e di percepire se stessa**.

Sovente capita che nelle discussioni sui casi sia detto da qualche collega: "Ma io avrei fatto invece così". Ciò spesso corrisponde, ad esempio, a una via di accesso, magari indiretta, magari basata su altri criteri, ma comunque efficace ad agire sugli stessi fattori capaci di mantenere la patologia.

L'apporto della psicopatologia clinica, in questi casi, può essere di esplorare per quale via quel determinato intervento può comunque essere efficace.

Se entriamo in merito alla conduzione del trattamento, comunque sia strutturato, tutto quanto detto finora va inserito nella situazione clinica senza togliere nulla alla naturalezza.

È evidente che un trattamento segue spesso pieghe che non conviene modificare in modo troppo forzoso e che può essere meglio attendere che si presenti l'occasione per mettere a fuoco elementi di base, soprattutto con un'adolescente che ha necessità di esprimersi e in cui la libertà di spaziare nei contenuti di sua scelta è fondamentale. Lo si può tranquillamente fare, sapendo che ben presto si toccherà comunque un sentimento di base. Dalla attenzione con cui lo si tratterà deriverà anche una attenzione anche della paziente.

L'attenzione alla psicopatologia può essere utile perché può meglio far tener presenti gli elementi presenti e persistenti nei casi in cui i trattamenti non funzionano o non hanno funzionato e al contempo può offrire strumenti più efficaci da inserire nella propria tecnica.

Tutti i fattori terapeutici cui mi sono riferito sopra consistono sostanzialmente nel trattare gli elementi emotivi che sostengono la psicopatologia, ne determinano la persistenza e la rendono più difficilmente trattabile in quanto seguono un processo di cura molto particolare, quello della prigione del Sé. E sono anche quelli di cui sarà bene occuparsi e aver comunque in mente.

I parametri, gli elementi irrinunciabili da trattare

- I sentimenti di ineluttabilità e di inutilità, nelle loro diverse componenti. Vi sono quelli derivanti dai rimedi tentati, dai fallimenti dei trattamenti precedenti e dai diversi sforzi finiti nel nulla, diete comprese.
- E vi sono invece i sentimenti di fondo, derivanti dalla ripetitività e immodificabilità degli schemi famigliari, dal sentimento di condanna del destino e da quelli ontologici, del corpo detestabile e della fame mostruosa.
- Fobia del Sé, che comporta il passaggio dalla paura del corpo e della fame all'attivo e condiviso ripudio per il corpo e la fame, un insieme che viene mantenuto continuamente in vita proprio dalla attività previsionale
- La riappropriazione dell'attività previsionale, come fonte attiva della fobia.
- La sovrapposizione – condivisione con quanto la madre ha provato per il Sé della figlia e per il proprio.
- La esigenza di cura di Sé, che va recuperata sin dall'inizio, con il criterio che è piegata sin dall'inizio dal ripudio conflittuale, come unico modo noto di cura e accudimento.
- La relazione ancora attiva: "Credo alla mamma, di cui condivido le sensazioni di paura, fastidio e ripudio anche se polemizzo con lei".
- "Così come credo, come lei, al destino malevolo che ha segnato la mia nascita".
- La necessità di separazione tra disturbo relazionale e sentimento di soggezione. L'inutile polemica tu non sei una buona madre non modifica, se non solo parzialmente, la soggezione e, invece, la vera strada da seguire, il fatto che penso e sento secondo le sue paure.
- Quanto sopra va differenziato dal ricordo, sensazione di fastidio e sgradevolezza.
- La traduzione dei sentimenti del Sé, che sono sempre veri e fisici per il come e il quando sono insorti, da "sono così" a "mi sento così, ho imparato da sempre a sentirmi così".
- E dalla previsione che la relazione malevola si ripeta anche altrove, con tutti.
- Nella relazione con il mondo circostante sempre separazione tra confronto adolescenzia-

le normale “lei è più bella di me” e invece “io quando penso a questo confronto finisco per sentirmi un mostro”

In fase diagnostica vanno individuati i sentimenti materni, che stabiliscono i presupposti per la qualità della relazione madre figlia, qualità solitamente osservabile anche attualmente. Alcuni esempi erano stati citati in maternità conflittuale. A ognuno va aggiunta la lotta contro l'inaccettabilità del sentimento per essere comunque una buona madre.

- Una figlia che non avrebbe dovuto esserci, non avrei voluto che ci fosse. Mi sento avvilita e abbattuta, dovendo subire la situazione, con il continuo desiderio del ritiro anche dalla vita familiare, spesso con la malinconia e il rimpianto per la vita diversa che avrei potuto avere.
- La stessa situazione, ma sono continuamente arrabbiata e infastidita per ciò che mi tocca, costretta dal sistema familiare.
- Una figlia che non avrebbe dovuto essere così, con caratteristiche anche genetiche (sommiglianze, appartenenze familiari) che mi hanno suscitato fastidio e avversione per me insopportabili e intollerabili, un grave torto da parte del destino.
- Questa figlia mi ha fatto davvero un effetto mostruoso, per le sue caratteristiche fisiche e il carattere innato. Non avrebbe dovuto essere così perché mi fa paura e mi fa sentire sempre in difficoltà con lei.
- La figlia ha un aspetto e un carattere che mi ha fatto da sempre sentire in difficoltà e in soggezione, non somiglia per niente a me e non potrò mai essere all'altezza delle sue necessità.
- Io non avrei mai dovuto fare una figlia così malriuscita e che mi fa sentire fallimentare agli occhi di tutta la famiglia allargata.
- Io non dovrei comunque essere una madre così, con questi sentimenti che mi fanno sentire indegna.
- Ho fatto di tutto per questa figlia che è solo una parte del mio calvario e il cui malessere non ha nulla a che fare con quanto ho fatto e faccio io.