



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

LA CLINICA DEL VUOTO

Relatore: Chiar.ma

Prof.ssa Giorgia

Cannizzaro

Tesi di Laurea di:

Elena Bocconi

A.A. 2018/2019

Sommario

INTRODUZIONE	3
L'approccio nosografico ai DCA.....	5
Dall'approccio nosografico a quello Esplicativo.....	20
L'approccio cognitivo comportamentale	20
L'approccio psicoanalitico	25
La cura psicoanalitica.....	35
Il DCA nelle strutture residenziali	36
L'intervento socio-educativo	39
L'intervento psicoterapeutico.....	46
Conclusioni	47
Il mondo controverso dei new media e i DCA.....	48
Bibliografia	

Introduzione

La mancanza di cui è fatta la stoffa dell'essere umano ha subito una trasformazione, o una metamorfosi – per dirla con Massimo Recalcati. La mancanza nel soggetto è il risultato di una tensione che surriscaldandosi produce l'energia in grado di alimentare la spinta verso la sua soddisfazione: il desiderio. Quest'epoca moderna, governata dalla presenza sovrabbondante degli oggetti, accorcia le distanze tra il soggetto e la soddisfazione della sua mancanza. Si verifica un consumo - più che una soddisfazione – di un desiderio. La società e i suoi cambiamenti, modellano senza dubbio la forma mentis dell'uomo moderno, e ancora di più le nuove menti dei giovani e adolescenti. Il risultato che si ottiene in questi ultimi, che assistono ad un graduale accorciamento delle distanze tra loro e gli oggetti “del desiderio” attuali, sposta totalmente lo sguardo dalle priorità reali e lo verte verso i nuovi oggetti del desiderio: il nuovo paio di scarpe, l'ultimo modello di smartphone e di scarpa uscita sul mercato. Pare che non esista più la mancanza, poiché il mondo è piano di oggetti e siamo sovraesposti a stimoli esterni, che dicono che l'unica cosa di cui abbiamo bisogno sono “le cose”, “gli oggetti”.

La clinica del vuoto è il titolo che ho scelto per parlare della condizione che caratterizza i soggetti che soffrono di disturbo del comportamento alimentare, che sono anche loro, figli di quest'epoca sociale, fatta di oggetti sovrabbondanti. Il vuoto è il risultato della metamorfosi della mancanza, generata dal desiderio di apertura. È quel vuoto che percepisce il paziente dei Disturbi del comportamento alimentare; chi soffre di abbuffate compulsive tenta di riempirlo, chi ricerca il controllo di sé come accade nell'anoressia, tenta di resistergli e vive ricercando il vuoto. In ogni caso il Vuoto è la manifestazione della mancanza del desiderio, lo stesso che è alla base della fame di rapportarsi con gli altri, che fa sentire che c'è qualcosa che manca, che alimenta ogni giorno nuove idee e obiettivi, ed è esso che si spegne. Non si ha più nemmeno bisogno delle relazioni, perché tutto ciò che basta sta nella relazione chiusa tra il paziente e il proprio corpo spento.

Nella Clinica del Vuoto ho voluto argomentare il discorso che riguarda i Disturbi del Comportamento Alimentare, per l'interesse che nutro nel voler approfondire la conoscenza di queste patologie e per affrontare un tema che è di grande attualità, e il cui incremento dei casi che ne soffrono nella popolazione è il risultato di un clima sociale favorevole all'istaurarsi di queste nuove forme di disagio. Il DCA è un disturbo, ma è anche una struttura di dipendenza patologica che è incrementata anche dall'aspetto sociale. Il quadro delle patologie si sta inoltre espandendo e declinando in nuove forme, che ancora non sono state inserite nel Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM); ho voluto approfondire anche il discorso intorno a queste patologie ancora da indagare. Oltre al modello psichiatrico e nosografico, ho osservato il fenomeno anche da punto di vista dei modelli di ispirazione Cognitivista e Psicoanalitica, approfondendo il secondo. Per fornire un quadro completo, mi sono soffermata sulla pratica della Riabilitazione dei DCA da parte degli addetti ai lavori, messa in atto dallo psicoterapeuta ma soprattutto da parte dell'Educatore.

L'educatore Professionale sociosanitario lavora all'interno di una equipe di professionisti della riabilitazione e si occupa di una parte del progetto di ampio respiro che viene realizzato dal gruppo di questi operatori. È una figura ancora carente nell'ambito dei Disturbi del Comportamento alimentare, per tanto sono andata alla ricerca di esempi concreti dove già questa figura è presente, ovvero presso la Struttura Residenziale Bolognese: il “Centro Gruber”. Qui ho potuto toccare con mano l'approccio Residenziale dei disturbi del

comportamento alimentare, potendo solo osservare e immagazzinare quante più informazioni possibili nell'arco della giornata, cadenzata di appuntamenti e impegni ben prefissati.

Tra gli obiettivi di questa tesi c'è anche quello di valutare l'efficacia dell'approccio psicoanalitico per la cura e la riabilitazione dei DCA. Nel Centro Gruber uno dei modelli utilizzati è proprio su questo stampo, di ispirazione Lacaniana. Ovviamente è lo stesso Recalcati a sottolineare nel suo libro "Alimentare il Desiderio" – scritto in collaborazione con il direttore della Residenza Gruber Michele Rugo- che non è sufficiente la cura con la sola "parola", oggetto di interesse psicoanalitico, ma che serve un approccio integrato; il principio della contaminazione dei modelli interpretativi è ben visto dagli psicoterapeuti del centro Gruber.

Alcune ricerche condotte nel 2018 offrono un esito positivo nell'arco degli anni trascorsi nel trattamento dei DCA mediante l'Approccio Residenziale.

LA CLINICA DEL VUOTO

L'APPROCCIO NOSOGRAFICO AI DCA

I disturbi del Comportamento alimentare o DCA vengono definiti nel DSM-V come: disturbi della nutrizione dell'alimentazione. Il DSM – V è uno dei principali manuali utilizzati a livello internazionale per la diagnosi categoriale e nosografica dei disturbi mentali. Il manuale riporta tale definizione per descrivere l'alterazione patologica della condotta alimentare:

“I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione oppure da comportamenti inerenti all'alimentazione che hanno come risultato un alterato consumo o assorbimento di cibo che compromettono significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale”.

(DSM- V: “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” pag.379)

I criteri per diagnosticare una tipologia di DCA vengono racchiusi in una matrice che permette di includere una patologia e scartarne un'altra. In questo modo dopo una crisi o una manifestazione è possibile inquadrare i sintomi all'interno di una categoria.

Tra gli aspetti più evidenti, tipici dei soggetti che soffrono di DCA, riscontriamo: *una modificazione dell'immagine corporea associata ad un'alimentazione non omeostatica* ovvero un'alimentazione che non permette di mantenere un corretto equilibrio psicofisico.

Infatti, i disturbi del comportamento alimentare, comprendono una categoria di peso estremamente ampia che vanno dalla emaciazione tipica dell'anoressia fino alla obesità e sovrappeso importante tipico del disturbo da alimentazione compulsiva.

Altre caratteristiche comuni sono la *tendenza al perfezionismo*, un *estremo bisogno di controllo* e una forte tendenza anche *all'impulsività*; individuabili sono la *bassa autostima* e talvolta anche *comportamenti autolesivi* diretti o indiretti.

Tuttavia, sebbene queste possono essere alcune peculiarità comuni va sottolineato che ogni persona è unica, pertanto non significa che chiunque soffra di un disturbo del comportamento alimentare debba per forza avere questi problemi.

Ciò nonostante, molti dei comportamenti e delle particolarità psicologiche, sono le medesime per quasi tutti i disturbi.

Quello che varia è il percorso individuale, come il soggetto risponde alla terapia e riabilitazione ed i suoi reali bisogni.

L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO NEL DSM-V o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”

Ogni disturbo del comportamento alimentare si manifesta per tanto all'interno delle categorie che si sovrappongono in parte l'una con l'altra; per ognuno di esse nel manuale nosografico dei Disturbi Mentali però, viene redatta una serie di punti che ne mostra i criteri diagnostici.

L'anoressia nervosa

I Criteri diagnostici per la anoressia nervosa:

1. **La restrizione dell'introito calorico** che porta al sottopeso rispetto alla necessità dettate dal contesto della persona
2. **la paura di aumentare di peso** - di aumentare di massa grassa - che è di ostacolo a l'aumento del peso durante il recupero

3. C'è un'alterazione della percezione delle forme del proprio corpo, e il peso ha un'eccessiva influenza sulla autostima oppure non si realizza la gravità del proprio sottopeso.

È importante sottolineare che dall'ultimo aggiornamento del manuale diagnostico delle patologie psichiatriche è stato tolto il criterio dell'amenorrea per poter diagnosticare una anoressia nervosa pertanto da un punto di vista clinico una persona, di sesso femminile, può essere diagnosticata anche nel caso in cui il ciclo mestruale sia presente. Inoltre, questo parametro permette di eliminare in linea teorica, un parametro di valutazione diagnostica che rendeva il disturbo quasi esclusivamente femminile, mentre invece l'alterazione della condotta alimentare è un fenomeno dilagante ma poco conosciuto anche nei ragazzi e uomini adulti.

Esistono due diverse specificazioni di anoressia nervosa:

si può avere un'anoressia *di tipo restrittivo*:

4. Durante gli ultimi 3 mesi l'individuo **non** ha presentato i **ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione**; in questo sottotipo la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la *dieta del digiuno e/o l'attività fisica eccessiva*;

oppure il sottotipo *con abbuffate e condotte compensatorie* quindi:

5. la persona che non solo restringe l'introito calorico ma si abbuffa e compensa la grande quantità di cibo ingerito, ad esempio, con l'uso di lassativi, vomito indotto o altre pratiche. Nonostante queste arriva comunque ad un grave sottopeso.

Colui o colei che viene considerato anoressico, pratica per più tempo un digiuno quasi totale e talvolta elimina quel poco che ingerisce. È facile intuire come questo comportamento, se protratto a lungo, porti ad una varietà di disturbi organici (DMS- V).

Il corpo privato per lungo tempo di nutrimento reagisce con sintomi tipici:

disturbi fisiologici, come l'amenorrea nelle donne –dovuto ad un blocco della normale produzione e dell'azione degli ormoni femminili, che altera il funzionamento dell'apparato riproduttivo femminile – e quindi la mestruazione mensile diviene irregolare o assente.

Come conseguenza fisiologica, legata all'amenorrea nel caso femminile, c'è la perdita di densità minerale ossea, meglio conosciuta come osteoporosi. Lo stesso accade anche nei pazienti maschi in fase di sviluppo puberale che soffrono di anoressia e hanno delle gravi carenze nutrizionali.

Nei casi gravi si presentano sintomi depressivi, come umore depresso, ritiro sociale, irritabilità, insonnia e diminuito interesse sessuale.

Molte caratteristiche sono riscontrate anche in individui senza anoressia nervosa, perché sono significativamente denutriti, perciò molti aspetti depressivi potrebbero rivelarsi secondari alle conseguenze fisiologiche del semi digiuno. (ibidem)

La paura di aumentare il proprio peso li induce a utilizzare degli *stratagemmi*, che vanno dalla *restrizione* alla *espulsione* di ciò che hanno ingerito; perciò sono comuni comportamenti come vomito autoindotto, e uso improprio di lassativi e diuretici ed enteroclistmi.

Alcuni mostrano anche livelli eccessivi di attività fisica, che durante la fase di riabilitazione può anche diventare un ostacolo per un sano recupero del peso. (ibidem)

Gli individui con Anoressia Nervosa hanno una forte polarizzazione ideativa sul cibo –e spesso, amano cucinare, mangiare ed essere creativi in cucina- e tendono ad ammassare cibarie. Tuttavia, quando all'accumulo di cibarie si aggiungono ossessioni e compulsioni non correlate al cibo, alla forma o al peso del corpo, può essere giustificata una diagnosi di DOC (disturbo ossessivo compulsivo). (ibidem)

La situazione conviviale in compagnia di amici o parenti non viene vissuta serenamente, perché l'attenzione del paziente è tutta rivolta verso il cibo. Infatti, il più delle volte è facile che fugga dalla situazione, rifiutando l'invito; ma l'evasione non gli è sempre possibile: in questo caso sorgono preoccupazione di mangiare in pubblico, senso di inadeguatezza, ed un forte desiderio di tenere sotto controllo l'ambiente circostante. Prevalgono la rigidità mentale – e come conseguenza - la ridotta spontaneità sociale; anche le espressioni emotive sono eccessivamente represses.

Gli individui con alta impulsività, che è più coerente col profilo della persona che soffre di abbuffate e condotte di eliminazione, tende anche ad abusare di alcool e ad altre sostanze stupefacenti. (ibidem)

IL FENOMENO IN ITALIA

La situazione italiana ora mostra che anche la popolazione maschile è interessata da disturbi del comportamento alimentare; l'anoressia è prevalente nelle donne ma al contrario di quello che si crede non colpisce solo il genere femminile.

“Secondo i dati comunicati dal Ministero italiano della Salute, l'incidenza della Anoressia è stimata in almeno 8 nuovi casi per 100.000 persone all'anno tra le donne, e 0,02-1,4 nuovi casi per 100.000 persone all'anno tra gli uomini; la prevalenza nel corso della vita nei maschi è stata trovata essere 0,3%. “

(Manzato, Emilia & Gualandi, Malvina & Tarabbia, Cristina & Romano, Deborah & Di Pascoli, Lorenza & Scanelli, Giovanni. 2017)

I FATTORI DI RISCHIO

Il manuale diagnostico per i disturbi mentali individua alcuni fattori predittivi dell'insorgenza di un disordine alimentare

Bambini che fin dall'infanzia accusano disturbi d'ansia o tratti ossessivi, dovrebbero destare più attenzione di altri per evitare che questo temperamento sfoci verso un DCA. Inoltre, si possono chiamare in causa anche altri tre importanti responsabili -come quello più comunemente additato - cioè l'ambiente familiare e culturale, ma anche l'eredità genetica, e le anomalie cerebrali.

Un'ipotesi attuale spiega che gli individui geneticamente predisposti ai disturbi alimentari **sono più vulnerabili alle pressioni sociali e agli insulti ambientali**. I disturbi alimentari sono "tratti complessi", il che significa che **più fattori genetici e ambientali**, ciascuno con effetto lieve o moderato, **agiscono insieme per aumentare il rischio**. I fattori genetici e ambientali possono sia agire modo additivo, sia co-agire in altri modi. [...] In primo luogo, nella maggior parte delle famiglie, i genitori e i parenti forniscono sia geni che ambiente

condiviso, il che significa che questi due fattori sono confusi. In secondo luogo, gli individui con una maggiore suscettibilità genetica per i disturbi alimentari potrebbero essere più sensibili ai fattori ambientali (dieta, bullismo, prese in giro o eccessiva alimentazione). Mentre molti adolescenti potrebbero provare a stare a dieta, anche per poco e ciò potrebbe fungere da innesco ambientale per una predisposizione genetica sottostante. In terzo luogo, un individuo geneticamente predisposto ai tratti associati ai disturbi alimentari (ad esempio, perfezionismo, persistenza, molto tempo dedicato all'attività fisica) può cercare ambienti che possono ricoprire il ruolo di causa scatenante (ad esempio, sport che hanno un tipo di corpo magro ideale, certi contenuti dei social media) (Carrotte, Vella, & Lim, 2015; Giel et al., 2016; Rousselet et al., 2017 (**tratto da**) Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, 2017)

Dai manuali alle autobiografie

Quando anziché leggere le indicazioni dei manuali diagnostici orientiamo lo sguardo verso il racconto personale dei pazienti, le parole cambiano e si capisce meglio cosa vuol dire veramente convivere con la malattia. Il disturbo del comportamento alimentare è una malattia che prende le redini della mente, e che pian piano ingloba la persona, le prende in ostaggio tutta l'identità. Quando si guarisce è perché oltre a quella caratteristica così totalizzante quale è la malattia, la persona è riuscita a lavorare su sé stessa e a darsi una nuova identità, non più malata e distruttiva. Nella mente di chi è anoressico ricorre un pensiero fisso quasi in ogni momento della giornata. Ogni volta che la persona è circondata da familiari e amici, al primo posto c'è la paura che possano porle del cibo, che sarà sempre di più di ciò che la mente ha già scelto e calcolato di mangiare, o meglio, di non mangiare. Per questo non contano più i visi delle persone, le risate tra gli amici, i racconti di vita, perché tutte le energie sono canalizzate in una sola cosa: avere il controllo di ciò che si sta mangiando; il controllo di ciò entra ed esce dal corpo della paziente. Che sia cibo, o che siano le emozioni provate, la persona prova a metterle a tacere poiché sono l'unica cosa che può essere tenuta a bada nel caos che regna nella sua quotidianità. Trasformare la pietanza in piccole unità dà alla persona un eccitante parvenza di controllo. Anche di fronte al piatto una fettina di carne larga un palmo di una mano, può essere ridotto in bocconi così piccoli da non sentirne nemmeno il gusto che provoca.

Si potrebbe quindi illusoriamente pensare che l'anoressico non ami il cibo invece al contrario capita che lo ami, e che sia una fonte di desiderio; ma la persona che ammira questo cibo e lo stesso che non può fare a meno di calcolare tutte le sue calorie e averne il terrore. Chi si ammala di anoressia può anche sentire il bisogno di riempire le proprie giornate di impegni costringendosi all'attività frenetica. La denutrizione e la mancanza di energie per il cervello non è sempre un limite perché alcune di loro sono eccellenti studentesse, e ottengono ottimi voti a scuola. Colui che invece non riesce a aderire agli standard elevatissimi che la mente malata impone, può provare un forte senso di fallimento e di senso di colpa;

Chi vive nell'anoressia si identifica talmente tanto nella malattia che finisce per annullarsi. Chi vive ed è anoressico concentra le sue energie per perseguire uno scopo solo e perverso che è quello dell'annullamento di sé. I segni fisici iniziano a vedersi, i capelli cadono, la pelle perde il tono roseo e l'aspetto è emaciato. La stanchezza è una costante, ma è da questi segni che la persona malata sente di essere davvero riuscita nell'intento anoressico.

Non si dimagrisce per inseguire un ideale di bellezza iconica come la magrezza che viene tanto esaltata in questo periodo storico, ma è una magrezza che non ha fini estetici ed è secondaria a un problema più intimo e profondo.

Quando si pensa che la magrezza anoressica sia il vero scopo di chi anoressica è lo è per davvero, si fa un grosso sbaglio perché quando si chiede alla persona perché vuole essere magra, lei non sa rispondere o almeno non consciamente. Ad una persona anoressica infatti non fa piacere ricevere commenti sul proprio corpo né tantomeno sentirsi dire che è migliorata perché vuol dire che sta facendo il contrario di scomparire.

La Bulimia Nervosa

I criteri diagnostici della Bulimia nervosa sottolineano:

1. *la presenza di **abbuffate compulsive*** almeno una volta alla settimana per un periodo di almeno 3 mesi
2. inoltre, la bulimia nervosa è caratterizzata dalle **condotte eliminatorie o compensatorie**: ovvero il paziente affetto da bulimia nervosa compenserà queste abbuffate compulsive tramite condotte eliminatorie come il vomito indotto, l'abuso di lassativi e di diuretici. Potrebbe poi utilizzare condotte compensatorie come ad esempio il digiuno o l'esercizio fisico.
3. Normalmente le pazienti con bulimia nervosa hanno un peso nella norma o un peso leggermente superiore alla norma.

L'abbuffata può essere vista come una situazione dove l'individuo esagera con il cibo, e questo senza tenere conto di criteri più specifici. Per distinguere una situazione patologica da una conviviale, dove può capitare di essere più desiderosi di mangiare, bisogna osservare alcune caratteristiche del contesto in cui si verifica l'abbuffata;

durante un episodio:

- Il lasso di tempo impiegato per mangiare una certa mole di cibo è inferiore a quello necessario ad una persona normale per ingerire le stesse quantità; si considerano all'incirca due ore.
- La percezione della situazione è alterata e si perde il controllo;

Alcune pazienti riferiscono di non tenere conto dei sapori e delle qualità dell'alimento tanto da alternare in maniera compulsiva cibo dolce e salato: è una di perdita di controllo; altri ancora descrivono il momento della crisi come una parentesi temporale all'interno della quale la coscienza sembra spenta, e ciò che avviene è molto diverso da ciò che la persona avrebbe voluto: il paziente che mangia in realtà non riesce a sottrarsi. Il contesto dell'episodio è spesso durante la notte lontano da occhi indiscreti, in quanto per chi ha una crisi è vergognoso farsi scoprire.

L'inizio di una abbuffata di solito è preceduto da una emozione negativa, oppure condizioni interpersonali fonte di stress o un periodo di restrizione calorica. Altri fattori possono essere sensazioni legate alla cattiva valutazione che la persona ha del proprio corpo, legate al peso e alla forma.

Dopo il pasto prevalgono le sensazioni negative, come lo stato di eccessiva pienezza che arriva fino al dolore. Alcuni riferiscono di non riuscire più a respirare per quanto sono pieni. Per questo spesso la persona ricorre a condotte atte a compensare l'accaduto ed evitare di porre fine alla paura di prendere peso. Il più delle volte la principale soluzione è il vomito; talvolta per il bulimico il vomito si oggettiva come il fine stesso dell'abbuffata, anche quando non si sente sgradevolmente pieno; per chi fa uso di questo rituale sa indursi facilmente il

vomito oppure sa quali sono gli strumenti che posso favorirlo. Altri stratagemmi di eliminazione comprendono lassativi, diuretici, enteroclistmi. Sono contemplati anche il digiuno e molta attività fisica; il volume di lavoro nell'attività fisica diventa eccessivo solo quando interferisce col normale svolgimento delle altre attività quotidiane o si verifica in orari e contesti fuori dall'ordinario.

Le paure provate dalla persona Bulimica sono le medesime di chi soffre di anoressia, e sono esse che veicolano il livello di autostima quotidiano; la valutazione di questi individui cambia in base a parametri esterni come la forma del corpo ed il peso. (DSM-V) Per questo motivo il soggetto sarà sempre in allerta e proverà la paura costante di ingrassare, divenendo però così schiavo di qualcosa che è naturale e fisiologico ovvero i cambiamenti del proprio corpo in relazione al proprio stile di vita.

La natura riserva all'interno del genoma femminile, tutte le informazioni che le servono per poter divenire, qual' ora lei lo volesse, una madre. Il corpo della donna – tranne nei casi di patologie che interferiscono - è predisposto a procreare ed è soggetto a variazioni quotidiane della propria forma e composizione. Più che per il corpo maschile, tende ad essere soggetto a degli inestetismi che alcune di noi fanno fatica ad accettare. Si parla comunemente della ritenzione, della cellulite, delle smagliature e dell'adipe. Per questi motivi la persona che cerca di controllare qualcosa di complesso come il corpo e la sua forma finisce per diventare schiava della sua stessa ossessione, anche per colei che non soffre di un DCA, perché il corpo è influenzato da tantissime variabili.

Lo sviluppo del disturbo

Il disturbo di solito ha luogo durante l'adolescenza o durante i primi anni della vita adulta, tra la pubertà e prima dei 40 anni. L'esordio di solito è preceduto da restrizioni caloriche protratte o da eventi molto stressanti per il soggetto; la tempestività con cui si agisce dopo il fiorire dei sintomi è molto importante per la remissione della manifestazione. Infatti, il DCA può durare anni in maniera costante oppure ricomparire di volta in volta. Il trattamento del problema però richiede tempo e gradualità, tant'è che in molti casi sembrano necessari dodici mesi per consolidare gli effetti della terapia. (DSM-V)

I fattori correlati con lo sviluppo della patologia sono simili a quelli dello sviluppo dell'anoressia, infatti è comune che alle fondamenta della storia clinica del paziente ci siano racconti di preoccupazioni legate al peso, depressione e ansia in situazioni di socialità anche da bambino; in questo caso quindi ci sono cause temperamentali. Anche l'ambiente può giocare un ruolo co-scatenante, quando il soggetto interna un'ideale di corpo magro; ancora di più è probabile l'insorgenza di disturbi quando il paziente ha subito forti traumi da bambino, come abusi sessuali o fisici. Il paziente che da bambino ha sofferto di obesità oppure è maturato prima dei suoi coetanei porta con sé un maggior rischio fisiologico di bulimia nervosa; anche la genetica può influenzare l'insorgenza del disturbo. (DSM-V)

La terza categoria dei disturbi del comportamento alimentare, che con il nuovo aggiornamento del manuale delle patologie è stata inserita come vera e propria categoria di disturbi del comportamento alimentare, è il Binge eating disorder (BED) ovvero il disturbo da alimentazione incontrollata.

Nel BED, come per la bulimia, abbiamo dei criteri diagnostici:

1. *la presenza di **abbuffate compulsive*** almeno una volta a settimana per un periodo di almeno 3 mesi ma **senza** alcuna **condotta** di eliminazione o di compensazione;

infatti, spesso questi pazienti sono persone che soffrono di sovrappeso o anche di obesità.

2. Gli episodi di abbuffata sono associati a 3 o più dei seguenti aspetti:
 - a) mangiare molto più rapidamente del normale;
 - b) mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni;
 - c) mangiare grandi quantitativi di cibo anche se non ci si sente affamati;
 - d) mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando;
 - e) sentirsi disgustati verso sé stessi depressi o molto in colpa dopo l'episodio inoltre è presente un marcato disagio riguardo le abbuffate

Il binge-eating disorder è un disturbo che altera il comportamento alimentare ed è caratterizzato dalla presenza di abbuffate compulsive, senza ricorrere a comportamenti di compensazione come avviene per la bulimia nervosa. L'episodio dell'abbuffata può verificarsi in seguito ad un evento stressante, non per forza associato ad emozioni negative ma anche molto positive (ad esempio dopo aver passato un esame, dopo aver raggiunto un traguardo importante etc). Chi soffre di questo disturbo spesso è tendenzialmente rigido con sé stesso, con una grande forza di volontà nel perseguire uno scopo e degli obiettivi. Capita che queste persone abbiano un grande senso del dovere. In alcuni casi infatti, gli episodi di abbuffata si innescano quando la persona perde di vista questa sua immagine ideale ed interiore di sé, e quindi provi un forte senso di fallimento: a questo punto scatterebbe l'abbuffata. Talvolta chi soffre di queste abbuffate ha come obiettivo di porre fine ad esse ma al contempo, cedere alla spinta compulsiva funge da palliativo e da momentaneo piacere, che permette di donare al paziente un senso di leggerezza apparente. In seguito all'episodio le emozioni provate sono tutt'altro che positive.

Gli Individui interessati dal disturbo da Binge-eating sono solitamente normopeso, sovrappeso o obesi. L'obesità è una patologia che non è correlabile con il disturbo in questione. Infatti, chi accusa abbuffate compulsive mostra una maggiore compromissione nella qualità della vita vissuta e una maggiore comorbidità psichiatrica rispetto a chi può dirsi unicamente obeso. Le abbuffate compulsive possono sorgere nell'individuo fin da bambino ma verificarsi anche durante l'adolescenza e in età adulta. Le abbuffate infatti possono accadere sia durante l'infanzia sia in età più mature tuttavia ciò che segue all'episodio spesso è sintomatico dell'insorgenza del disturbo. Coloro che ne soffrono possono correre ai ripari mettendosi a dieta, al contrario di chi soffre di bulimia dove uno dei fattori scatenanti è proprio la restrizione calorica in seguito ad un piano dietetico.

Come per gli altri disturbi anche il Binge eating è comune in quelle persone che soffrono di una comorbidità psichiatrica, come disturbi bipolari, disturbi depressivi, disturbi d'ansia e in misura minore disturbi da uso di sostanze. La gravità di ogni caso è a sé stante e non è misurabile attraverso il grado dell'obesità ma si può osservare dalla importanza degli episodi di abbuffata. (DSM-V)

La quarta categoria dei disturbi del comportamento alimentare

Da un punto di vista clinico diagnostico hanno poi creato una quarta categoria che sono i disturbi del comportamento alimentare *con altre specificazioni*, ovvero i disturbi che abbiamo

visto in precedenza ma che non soddisfano tutti i criteri diagnostici. La vecchia categoria NAS dei disturbi non altrimenti specificabili del DSM-V è stata scissa nella recente edizione, in *disturbi dell'alimentazione con altra specificazione e senza specificazione*. Quindi una persona che potrebbe essere inserita nella categoria "bulimia" ma ha una frequenza inferiore delle abbuffate a persone con disturbi misti, viene inserita in questa categoria. Questo avviene per rendere più pratica la comunicazione clinica tra i medici e i professionisti, per riferirsi a quelle persone che non rispettano esattamente tutti i criteri diagnostici per le altre tre: anoressia, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata.

È utile citare anche le manifestazioni inserite all'interno della categoria di disturbi con altra specificazione:

- anoressia nervosa atipica
- bulimia nervosa a bassa frequenza
- disturbo da Binge eating a bassa frequenza e/o di durata limitata
- disturbo da condotte di eliminazione
- sindrome da alimentazione notturna (night eating syndrome)

La Pica

L'attuale manuale diagnostico dei disturbi mentali, il DSM-V, descrive la Pica come una:

Persistente ingestione di sostanze senza contenuto alimentare, e non commestibili:

- per un periodo di almeno 1 mese;
- inappropriate rispetto allo stadio di sviluppo dell'individuo;
- che non fanno parte di una pratica culturalmente sancita o socialmente normata;
- che si manifesta nel contesto di un altro disturbo mentale o di un'altra condizione medica;

Il termine pica indica l'ingestione di sostanze non commestibili e deriva dal latino (gazza), un uccello che si caratterizza per la sua tendenza a rubare oggetti non commestibili e a mangiarli. (Tewari S, Krishnan VHR, Valsalan VC, Roy.; 1995)

La pica fu descritta per la prima volta in un libro di medicina nel 1563, dove la geofagia (altro termine per descrivere questo disturbo) si riscontrava nelle donne incinte e i bambini. (Xiang, H., Han, J., Ridley, W. E. and Ridley, L. J. - 2018)

Le sostanze ingerite tendono a variare con l'età dell'individuo, e della loro disponibilità. Possono essere carta, sapone, stoffa, capelli, lana, terra, gesso, talco in polvere, vernice, gomma, metalli, ciottoli, carbone, cenere, creta, amido o ghiaccio. Sono alimenti non commestibili, ma che vengono ingeriti senza che sia alla base una avversione verso il cibo in generale¹ (DSM-V, 2014) come può avvenire in altri disturbi.

Questo disturbo si sviluppa in qualsiasi età, ma più comunemente l'esordio avviene in età infantile; nei bambini infatti è facile ritrovare dei comportamenti di suzione e di esperienza degli oggetti attraverso l'organo della bocca. Il mondo viene scoperto attraverso questa parte del corpo. Per tanto nei bambini è una fase dello sviluppo normale. Nell'adulto invece si manifesta in compresenza di altri disturbi mentali, o con disabilità intellettiva. Anche nella donna incinta talvolta, si manifestano episodi di picacismo. Quando una donna dice di aver voglia di mangiare qualcosa di particolare può anche rivelarsi inusuale come per esempio gesso o ghiaccio. In tutti i casi descritti, si arriva alla diagnosi di Pica vera e propria solo

dopo che il paziente accusa altre problematiche a livello di digestione e malessere. Fino ad allora inoltre non si può parlare di picacismo, perché l'ingestione di ciò che non è commestibile, non basta da solo per far coincidere i sintomi del paziente con il disturbo vero e proprio. (DSM-V).

Il panorama attuale delle terapie offre varie alternative per affrontare questo disturbo. Per i bambini problematiche di sviluppo intellettivo, si è rivelata efficace la terapia comportamentale (Call, N.A., Simmons, C.A., Mevers, J.E.L. et al. J Autism Dev Disord - 2015).

Altre fonti suggeriscono che la causa principale che conduce la persona ad ingerire sostanze insolite, sia dovuto a carenze di Ferro. In molti casi di bambini con questo deficit ematico hanno avuto una regressione dei sintomi dopo una iniezione di ferro. (Caterina Borgna-Pignatti & Sara Zanella - 2016)

Tuttavia, la pica può anche divenire un sintomo di qualcosa di più profondo e radicato nel vissuto della persona, che utilizza il mezzo della ingestione orale come modalità per affrontare una realtà che la mette in difficoltà. Anche questo aspetto della persona infatti, aldilà della diagnosi nosografica e dei dati relativi alle carenze nutrizionali, necessita del suo spazio.

Un caso insolito di una signora affetta da Doc, riportato da G. Iorio, N. Iorio, V. Prisco, indica come a seguito di un vissuto travagliato, e la presenza di una grave psicopatologia si possibile sviluppare picacismo. Gli autori sottolineano che Doc e pica non sono sovrapponibili in uno unico spettro ma aspetti diversi all'interno del quadro del disturbo complessivo.

La signora in seguito ad un ricovero mostrava di aver ingerito l'intonaco di casa sua; questo cadeva a terra a seguito dell'eccessivo sfregamento meccanico dovuto al rituale ossessivo della donna (DOC). Dalla sua storia si scopre che in seguito alle complicanze di salute, la paziente smise di mangiare i pezzi di vernice; fino a quel momento, per lei, quel gesto non era motivo di preoccupazione ma un modo per affrontare la sua vita da cui era tanto tormentata. Tutto questo, dopo aver iniziato anche una terapia farmacologica. Il doc legato alla pulizia della sua abitazione rimase persistente. (IORIO, Gennaro; PRISCO, Vincenzo; IORIO, Nicola. -2014)

Disturbo da Ruminazione

La sindrome da ruminazione è caratterizzata da rigurgito alimentare ripetuto e senza sforzo durante o subito dopo aver mangiato, seguito da riavvolgimento riapparizione oppure espulsione del rigurgito. (DMS-V).

Questa sindrome appare sia nei manuali medici dei disturbi gastrici funzionali, sia nel quinto manuale diagnostico dei disturbi mentali, come "disturbo della ruminazione", all'interno della sezione dei disturbi dell'alimentazione.

La sindrome di ruminazione in un adulto è stata descritta per la prima volta nel 1618 da un anatomista italiano, ma solo più tardi questa condizione destò abbastanza interesse da essere considerata patologica. (Fabricius A Tractatus de gula, ventriculo et intestinis Padova, Italia, 1618.)

Per poter parlare di disturbo da ruminazione come descritta all' interno del DSM quinto, questa manifestazione deve protrarsi con episodi più o meno frequenti per almeno un mese – criterio A- e senza che la causa di questi sintomi sia attribuibile ad una condizione gastro intestinale associata o ad una condizione medica – criterio B. Allo stesso modo il paziente con questi sintomi non manifesta anche altri disturbi alimentari (come anoressia nervosa bulimia nervosa e disturbo da Binge- eating o disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo).

Se questi sintomi si manifestano nel contesto di un altro disturbo mentale non si può parlare di ruminazione come condizione isolata – criterio C- Infatti nel caso di un disturbo dello sviluppo Intellettivo questi sintomi devono essere così gravi da giustificare ulteriore attenzione clinica. Nei soggetti con DCA invece questo comportamento è una pratica che va osservata attraverso altri criteri di valutazione.

Questo disturbo si manifesta negli individui con fascia di età che va dal periodo neonatale a soggetto adulto. Mentre nell'età infantile questa condizione è fisiologica ed è dovuta al normale sviluppo del bambino. Tale disturbo se si protrae può portare a complicazioni che vanno prevenute o curate.

Sia nei bambini che negli adulti con disabilità intellettiva o disturbi del neuro sviluppo il rigurgito e il comportamento di ruminazione sembrano avere una funzione auto calmante o di auto stimolazione simili a comportamenti ripetitivi.

Tra le conseguenze più significative di questa sindrome ci sono le complicazioni mediche, come danni ai denti, perdita di peso e disturbi elettrolitici. Negli adulti inoltre ci sono disturbi psico-sociali come ad esempio l'evitamento del lavoro o l'alimentazione sociale. (Murray, Helen B et al - 2019).

Il trattamento più efficace di questa condizione non è ancora chiaro. La rassicurazione, la spiegazione e la terapia comportamentale sono suggerite per tutti gli adolescenti e gli adulti con un'intelligenza normale. L'intervento comportamentale si basa sull' inversione dell'abitudine mediante l'uso di tecniche di respirazione diaframmatica che competono con l'impulso di rigurgitare. (Papadopoulos V, Mimidis K. – 2007)

Il disturbo evitante/restrittivo del cibo

È un disturbo della nutrizione o dell'alimentazione che si manifesta attraverso la persistente incapacità di soddisfare le appropriate necessità nutrizionali e/o energetiche.

Alcuni aspetti possono far prevedere l'insorgenza di questo disturbo. I fattori di rischio principali sono infatti di natura ambientale, genetica e fisiologica o legate al temperamento dell'individuo.

I soggetti che crescono nutrendosi in un contesto familiare che permea d'ansia nel momento conviviale (vedi i figli di madri con disturbi dell'alimentazione), possono sviluppare un disturbo evitante restrittivo nell'assunzione del cibo; coloro che hanno una storia clinica costellata di episodi di vomito o problemi gastrointestinali legati alla genetica o alla fisiologia personale, possono sviluppare un'avversione per il cibo in quanto associano ciò che ingeriscono con quello che potrebbe avvenire subito dopo. Alcuni individui - che soffrono di disturbi d'ansia, disturbi dello spettro autistico, disturbo ossessivo compulsivo e disturbo da deficit di attenzione e iperattività- hanno maggior rischio di sviluppare un comportamento evitante o restrittivo della nutrizione come conseguenza del disturbo primario.

L'avversità verso il cibo in questo disturbo si manifesta sotto forma di: assunzione insufficiente, mancanza di interesse per l'alimentazione, o evitamento e restrizione.

Quando un bambino si rifiuta di mangiare alcuni alimenti il comportamento passa inosservato perché è un comportamento comune, ma il problema può insorgere se questa situazione persiste nel tempo.

In ogni caso il disturbo evitante restrittivo dell'assunzione di cibo si manifesta più comunemente nei bambini che negli adulti e può esservi un lungo ritardo tra l'insorgenza e la manifestazione clinica.

Le differenze di genere rispetto a questo disturbo non sono rilevanti. Infatti, maschi e femmine durante l'età infantile hanno le stesse possibilità di imbattersi in esso, ma c'è una maggiore predominanza del disturbo nei bambini maschi con autismo.

Tra le principali conseguenze riscontrate nei pazienti ci sono limitazioni evolutive e funzionali come uno sviluppo fisico rallentato e difficoltà sociali.

Per analizzare meglio il fenomeno, riporto qui di seguito due studi: uno concentrato sull'analisi del disturbo in una popolazione di riferimento adulta; l'altro invece su un gruppo di bambini e adolescenti.

L'ARFID, sigla inglese che sta per Avoidant Restrictive Food Intake Disorder, è in crescente sviluppo anche negli adulti, a causa degli alti tassi di incidenza di allergie alimentari e intolleranze nelle popolazioni di cliniche immunologiche. Tra i rimedi più frequenti c'è la dieta di eliminazione che prevede di eliminare intere categorie di cibo, col pericolo di mettere questi soggetti a rischio di sviluppare comportamenti alimentari patologici. Dall'analisi dei dati raccolti in sei mesi, attraverso un questionario somministrato ad una popolazione adulta di una clinica immunologica, è emerso che il comportamento di evitamento o restrizione alimentare era presente nel 79% degli intervistati. La parte restante del gruppo invece riportava "un impatto sulla vita secondario rispetto all'eliminazione e alle restrizioni alimentari". Tra le cause principali riportate dai pazienti, che accusavano i sintomi di ARFID, vengono riferiti in ordine di importanza di riscontro: "Intolleranza", "Allergia", "Mi fa sentire male", "Male"; "Non mi piace"; "Per il gusto"; "Per altri motivi"; "Per l'odore"; "Per brutte esperienze passate"; "Per la consistenza"; "Per ragioni culturali/ religiose"; "Per ostruzione in gola"; "Per il colore"; "Per come si presenta". (Fitzgerald M, Frankum B. - 2017)

Il secondo studio descrive gli attributi fisici e psicologici di bambini e adolescenti con disturbo del consumo di cibo evitante/restrittivo, e li confronta con pazienti con anoressia nervosa a soglia piena o atipica (AN). Questo è il più grande studio (n = 106) che descrive i pazienti con diagnosi di ARFID utilizzando criteri formali del DSM-5. Confrontando i pazienti di questo studio, sono emersi vari punti:

- la separazione della diagnosi [di ARFID] da altri disturbi alimentari;
- i pazienti con ARFID rispetto a quelli con diagnosi di AN/AN atipico, erano (1) significativamente più giovani (2) avevano maggiori probabilità di ricevere una diagnosi di almeno una comorbidità descritta nel DSM, (3) sviluppavano con meno probabilità: di sintomi di bradicardia e di amenorrea, (4) di essere ricoverati in ospedale e (5) di ricevere una diagnosi di depressione;
- i pazienti con ARFID avevano meno probabilità di sperimentare una perdita di peso acuta invece che cronica rispetto alle controparti AN e AN atipiche.

(Keery, H., LeMay-Russell, S., Barnes, T.L. - 2019)

Come già è specificato in entrambi gli studi, tutto ciò che viene descritto vuole essere un monito a proseguire gli studi su questi disturbi, per poter prevedere e, nel caso certo, saper distinguere tra una diagnosi e l'altra. Ogni risultato infatti può essere implementato e migliorato.

Un'altra manifestazione clinica non ancora riconosciuta come vero e proprio disturbo legato al comportamento alimentare è la vigoressia.

“[...]in un articolo dal titolo "Anorexia nervosa and "reverse anorexia". Il termine reverse anorexia fu proposto in considerazione del fatto che, con modalità uguali e contrarie all'anoressia, chi soffre di questo disturbo continua a vedersi gracile e smilzo nonostante abbia una muscolatura fuori dal comune. Il disordine fu denominato più tardi dagli stessi autori dismorfia muscolare, e come tale potreste trovarlo citato. [...] La catalogazione diagnostica è incerta: fra la dismorfofobia, i disturbi alimentari non altrimenti specificati (NAS) e il disturbo ossessivo-compulsivo” (dott R.C.).”

(Alessandro Salvini – 2012)

La vigoressia viene definita all'interno dell'articolo di A. Salvini come “un'ossessiva attenzione per la propria forma fisica e lo sviluppo muscolare, che colpisce soprattutto i maschi tra i 25 e i 35 anni, seguiti da quelli tra i 18 e i 24 anni, dediti ad una intensa attività fisica.” Nonostante una buona quantità di massa magra e l'attività sportiva siano sinonimi di benessere psicofisico, egli conviene al fatto che “(...) come in ogni cosa, se viene praticata in eccesso, può convertirsi in un'ossessione e pregiudicare la salute.”

Nell'articolo vengono documentati anche una serie punti di riferimento per veicolare l'analisi dell'individuo che si ipotizza abbia questa patologia:

“[...] Le caratteristiche principali dei soggetti affetti sono:

- 1) trascorrere ore e ore in palestra, sottoponendosi ad esercizi di potenziamento muscolare;
- 2) scrutarsi continuamente allo specchio per valutare lo sviluppo dei singoli muscoli;
- 3) sottoporsi a diete iperproteiche, pesarsi in continuazione e utilizzare integratori e, nei casi più gravi, farmaci anabolizzanti.”

Alla base di questo disturbo, c'è già una condizione fragile; infatti si parla di “[...] problemi di tipo psicologico, quali bassa autostima, isolamento sociale, stato depressivo”. Tra le varie conseguenze di questo malessere ci può essere la vigoressia. Se questa manifestazione si aggrava e si protrae per lungo tempo, continua “si aggiungono problemi fisici derivanti da un'alimentazione sbilanciata, troppo ricca di proteine, che può (...), portare ad alterazioni della funzione renale, problemi ossei ed articolari derivati dagli eccessivi sforzi muscolari e da un'alimentazione povera di calcio per la quasi totale abolizione di latticini, problemi di impotenza derivanti dall'uso di anabolizzanti.”

Ancora oggi c'è un forte dibattito per decidere i criteri che permettano di valutare quando la persona si trova all'interno di questa categoria diagnostica.

Il profilo patologico tracciato dai criteri sopracitati è infatti vago e quasi sovrapponibile a quello di coloro che praticano discipline sportive, soprattutto a livello agonistico. In alcuni sport infatti, il livello dell'estetica può sortire la parte più importante di tutto il lavoro dell'atleta e per tanto riveste la maggiore attenzione. Questo può portare la persona a voler impiegare

tutti i mezzi a sua disposizione per poter raggiungere il massimo livello di performance o di armonia corporea possibile per poter competere ai livelli di élite.

Se volessimo invece parlare del fenomeno con un termine diagnostico diverso ma affine alla vigoressia per i sintomi ad essi correlati, potremmo parlare di Dismorfia muscolare. Questa sarebbe riconosciuta come vero e proprio disturbo all'interno dell'ICD-9-CM con successive modifiche nell'ICD-10.

La Dismorfia muscolare è stata oggetto di studio in una recente sintesi di ricerca che prova “una correlazione positiva tra la Dismorfia muscolare e i disturbi alimentari”.⁴

Gli autori della sintesi sottolineano come “diverse caratteristiche dello studio possono moderare l'associazione tra le due variabili [ma che] la qualità metodologica degli studi ha mostrato un'associazione statisticamente significativa [nella forza del legame tra] MD-ED [muscle dysmorphia – eating disorder]”.⁴

Le principali conclusioni di questo studio, indicano che:

- 1) “Le persone con sintomatologia di Dismorfia Muscolare possono anche avere un disturbo alimentare, cosa che sembra essere associata a una maggiore psicopatologia”
- 2) “la sintomatologia della Dismorfia muscolare e i disturbi alimentari e la coesistenza di questi sintomi possono verificarsi più spesso tra gli atleti”.

Perché non venga confuso il senso di tali affermazioni, all'interno dell'analisi viene spiegato che lo scopo dello studio non è passare il messaggio che “la partecipazione agli sport sia intrinsecamente patologica, ma è probabile che alcuni individui intraprendano attività sportive per ragioni (che possono essere patologiche) che si correlano con la sintomatologia”. (J Behav Addict.- 2019)

Per questi motivi all'atto pratico, nella clinica è necessario che i professionisti della salute siano in prima linea informati dei rischi corsi da chi soffre di questi disturbi e che pertanto possano prevenire ogni emergenza preoccupandosi di indurre la persona in un percorso terapeutico.

Nello studio viene sottolineata la necessità di migliorare la qualità dei risultati in quanto all'interno della sintesi mancano delle variabili e dei moderatori che possono rafforzare o diminuire la correlazione fra le due variabili indagate. Inoltre, nello studio non vengono inclusi soggetti femminili, ma solo gruppi maschili e quindi è ancora da definire se il fenomeno sia attribuibile, e quanto nel caso lo sia, anche al genere femminile.

Al di là della mera definizione scientifica, nella vita quotidiana delle realtà terapeutiche serve sviluppare una certa sensibilità anche nei confronti di questa problematica affinché non si trasformi in un vero e proprio disturbo per l'individuo.

L'ORTORESSIA

Un altro disturbo che non è stato ancora inquadrato come disturbo del comportamento alimentare, è l'Ortoressia.

1. “L'ortoressia nervosa descrive un'ossessione patologica per una corretta alimentazione che è caratterizzata da una dieta restrittiva, da schemi ritualizzati di cibo e dal rigido evitamento di cibi ritenuti non sani o impuri. Sebbene spinto dal desiderio di raggiungere una salute ottimale, l'ortoressia può portare a carenze nutrizionali, complicazioni mediche e scarsa qualità della vita.”³

(Nancy S Koven and Alexandra W Abry, - 2015)

2. Sembra che tra il disturbo ortoressico ed altre patologie ci sia una certa correlazione positiva; si parla di sovrapposizione tra “anoressia nervosa, disturbo ossessivo-compulsivo (OCD), disturbo ossessivo-compulsivo della personalità (OCPD), disturbo sintomatico somatico, disturbo d'ansia da malattia e disturbi dello spettro psicotico. [...]”

Alcuni dei risvolti positivi riscontrati nella terapia “suggeriscono che l'ortoressia può essere trattata con successo con una combinazione di terapia cognitivo-comportamentale e psicoeducazionale”

I criteri di diagnosi sono elencati all'interno della ricerca, riportati a loro volta da un altro studio:

Criterio A: preoccupazione ossessiva nel mangiare "cibi sani", concentrandosi sulle preoccupazioni relative alla qualità e alla composizione dei pasti. (Due o più delle seguenti).

1. Consumare una dieta nutrizionalmente sbilanciata a causa di convinzioni preoccupanti sulla "purezza" degli alimenti.
2. Preoccupazioni e paure all'idea di consumare cibi impuri o malsani e dell'effetto della qualità e della composizione degli alimenti sulla salute fisica o emotiva o su entrambi.
3. Evitare rigorosamente gli alimenti che il paziente ritiene "malsani", che possono includere alimenti contenenti grassi, conservanti, additivi alimentari, prodotti di origine animale o altri ingredienti considerati non salutari dal soggetto.
4. Per gli individui che non sono professionisti del settore alimentare, quantità eccessive di tempo (ad es., 3 o più ore al giorno) trascorse a leggere, acquisire e preparare tipi specifici di alimenti in base alla qualità e alla composizione percepite.
5. Senso di colpa e paura dopo aver trasgredito le regole, quando vengono mangiati alimenti "malsani" o "impuri".
6. Intolleranza verso le credenze alimentari altrui.
7. Spendere quantità eccessive di denaro in relazione al reddito dell'individuo per gli alimenti a causa della loro qualità e composizione percepite.

Criterio B: la preoccupazione ossessiva diventa compromettente in uno dei seguenti modi:

1. Compromissione della salute fisica a causa di squilibri nutrizionali (ad es., sviluppo di malnutrizione a causa di una dieta squilibrata).
2. Grave sofferenza o compromissione del funzionamento sociale, scolastico o professionale a causa di pensieri e comportamenti ossessivi incentrati sulle convinzioni del paziente in merito ad un'alimentazione "sana".

Criterio C: Il disturbo non è semplicemente un'esacerbazione dei sintomi di un altro disturbo come il disturbo ossessivo-compulsivo o della schizofrenia o di un altro disturbo psicotico.

Criterio D: Il comportamento non è giustificato in egual misura dalla sola osservanza delle regole riguardo gli alimenti religiosi ortodossi o quando i problemi di esigenze alimentari specifiche sono in relazione ad allergie alimentari diagnosticate professionalmente o condizioni mediche che richiedono una dieta speciale. (Dunn TM, Craig Holland J, Yager J, Weintraub P.- 2015)

DALL'APPROCCIO NOSOGRAFICO A QUELLO ESPLICATIVO

Il professionista si avvale di strumenti nosografici per fare una prima valutazione, pervenendo così ad una prima parte nella cognizione del problema del paziente; sulla base dei sintomi descritti nella storia individuale, è possibile raccogliere e incasellare le informazioni all'interno di una categoria diagnostica nota, giungendo ad una diagnosi che dà una identità al problema. Questa prima parte del percorso terapeutico rimane quindi fondamentale per la comprensione degli aspetti osservabili di una persona con un disturbo; ciò che invece è invisibile è la reale comprensione delle cause del disagio psicologico di un determinato individuo.

L'approccio psicoterapeutico al sintomo permette di risalire alle cause che scatenano il disagio psicologico, e pertanto permettono una diagnosi di tipo interpretativo o esplicativo. Il terapeuta trae il significato dei sintomi, osservando altre variabili della vita del paziente.

La proposta psicoterapica è declinabile in diversi modelli ed ogni clinico si ispira nel suo lavoro ad una di queste scuole di pensiero. I modelli a loro volta hanno come riferimento gli assunti sul funzionamento della psiche, e sulle cause che alterano il suo equilibrio.

I principali orientamenti teorici che questa tesi si propone di indagare sono:

- Il Cognitivo comportamentale
- Lo Psicoanalitico

In particolare, andremo ad approfondire con maggiore enfasi il secondo approccio.

L'APPROCCIO COGNITIVO COMPORTAMENTALE AL DISTURBO DEL DCA

Il modello cognitivo comportamentale è: "una forma di psicoterapia che unisce le strategie dei tradizionali trattamenti comportamentali con varie strategie cognitive. È diverso da altre forme di psicoterapia (...) in quanto l'attenzione del trattamento è sul cambiamento dei modelli di pensiero disadattivi, sui sentimenti e sui comportamenti che si ritiene mantengano un problema, piuttosto che sull'aiutare un cliente a guadagnare comprensione dei primi fattori di sviluppo che potrebbero aver preparato il terreno per il problema." (M. Antony.- 2015)

Questa teoria pone attenzione alle reazioni dell'individuo in determinate situazioni, seguendo lo schema classico "Stimolo-Risposta" - ovvero che ad un determinato stimolo esterno corrisponde una certa risposta interna, che si traduce in un comportamento. Questo schema è alla base della teoria del comportamentismo classico. La logica che risiede alla base di questa relazione lineare tra situazione e risposta è semplice da comprendere, soprattutto se applicata in un contesto concreto. Partendo da un esempio, potremmo immaginare di essere degli studenti universitari in procinto di un esame; il professore alla domanda orale potrebbe interrompere la nostra esposizione e fare una critica, che mette in discussione il contenuto o il modo in cui si stanno esprimendo i concetti. In questo caso il giudizio esterno dell'esaminante funge da perturbazione o stimolo esterno per lo studente, il quale ora si trova a doverne subire le conseguenze. La reazione dello studente allo stimolo si realizza sotto forma di emozioni, pensieri, e comportamenti le cui basi biologiche sono radicate nel soggetto e che l'individuo sceglie più o meno consapevolmente di attivare. Lo studente potrebbe essere offeso, bloccarsi e decidere di rifiutare il voto dato e tornare nell'appello successivo; oppure potrebbe arrabbiarsi e reagire con sdegno. In un altro caso potremmo osservare una reazione altrettanto diversa. Per tanto la relazione lineare tra lo stimolo esterno e la risposta non è univoca e sempre uguale.

Infatti, quello che varia è il comportamento espresso dal soggetto, che è in parte dovuto al carattere, biologicamente dato, ma che è creato anche attraverso l'esperienza.

La reazione alla situazione è il risultato dell'attivazione di circuiti cerebrali, collegati a pattern comportamentali sempre simili, che scatenano una risposta ogni qual volta si ripropongono le medesime variabili contestuali.

Per questo motivo la terapia cognitivo comportamentale ha come scopo quello di rendere il paziente consapevole dei suoi pensieri e delle sue convinzioni, che proprio perché disfunzionali portano a comportamenti non adattativi; inoltre vengono proposte delle alternative di comportamento più funzionali. Un altro punto importante della terapia è concentrato sulla gestione delle emozioni.

Laddove il contesto esterno dell'utente non è modificabile, come spesso accade, la terapia cognitivo comportamentale fornisce alla persona degli strumenti concreti da poter impiegare, ovvero:

- un bagaglio di pensieri e credenze adattive
- la gestione delle emozioni

che nel quadro globale permettono un equilibrio completo della persona con sé e col mondo esterno.

La letteratura comportamentista

Nella storia della letteratura psicologica, una delle più note descrizioni sulle anomalie del comportamento alimentare è offerta dall'opera di Hilde Bruch, psichiatra statunitense che nel suo lungo lavoro affianco alle pazienti, all'ora dette con "Anoressia Mentale", raccolse varie testimonianze personali e storie cliniche di ragazzi e ragazze rilevando pensieri e comportamenti comuni.

La studiosa si accorse presto che il fenomeno che affliggeva la sua epoca era soprattutto presente tra le giovani e i giovani di famiglie benestanti ai quali la vita sembrava non avesse riservato alcuna preoccupazione; l'era del benessere in cui queste generazioni si trovavano dava loro nuove possibilità e grandi libertà di cui i genitori, prima di loro, non avevano beneficiato. Eppure, questa serenità economica non arrestava il numero crescente di casi colpiti da Anoressia Mentale; al contrario – come accenna Hilde – era sempre più frequente vedere corpi trasformarsi in quella magrezza delle riviste e dei film, come a dire che "solo chi è sottile può essere amato e rispettato".

La causa risiederebbe su basi Sociopsicologiche. La nuova mentalità che la società aveva adottato permetteva alla donna di esporsi maggiormente, di mostrare la sua personalità, le sue qualità personali e anche la propria fisicità. La nuova vastità delle scelte di vita di quell'epoca per le pazienti della psichiatra, era un motivo di ansia; questo perché la loro mentalità le portava a pensare che una volta fatta una scelta avrebbero dovuto coltivarla fino alla fine raggiungendo l'eccellenza. Questa credenza radicata nella mente dell'anoressica procura una pressione ingestibile. Anche il tema della sessualità è scottante, ancor di più ora che pare un'esperienza da vivere ad età precocissime rispetto al passato.

L'indizio più noto dell'anoressia, e cioè la ricerca della magrezza estrema, è un sintomo nosografico ed è utile alla diagnosi ma che non rivela cosa c'è sotto la sua superficie. Infatti, il paziente è interessato al cibo, l'appetito è persistente e il pensiero ossessivo all'interno della mente anoressica è proprio quello dell'alimento. Tuttavia, controllare e negare la sua esistenza li rende invincibili. Vincere con la volontà ferrea e da comandante i propri bisogni fisiologici dà loro uno scopo. Hilde afferma che le ragazze vanno "alla ricerca di un senso di

identità e di autonomia” - e ancora- “le giovani anoressiche non accettano nulla di quanto i genitori o il mondo che le circonda possono offrire; preferirebbero morir di fame piuttosto che continuare una vita di accomodamenti.”

Le caratteristiche principali del pensiero disfunzionale dell'anoressico sono individuabili nella dismorfofobia o meglio nel modo alterato in cui si vedono.

Gli stimoli provenienti dall'interno e dall'esterno sono alterati, infatti hanno una percezione delle dinamiche dell'ambiente circostante distorte e anche il senso interno della fame non è un alleato ma è anch'esso mutato.

L'aspetto disfunzionale che sta alla base del disturbo sarebbe il senso di inefficienza che provano, ovvero il pensiero di non essere in grado di portare avanti nessun progetto nella propria esistenza. Questo senso di impotenza stride con l'aspetto che caratterizza queste piccole donne, che di primo acchito sembrano forti.

Una sensazione che le accompagna sempre è il senso di fame, che è il primo sintomo che avverte chi digiuna a lungo. Ma il modo di interpretare questa percezione fisiologica, che spinge alla soddisfazione del bisogno, perde il suo senso letterale: chi riesce a sopportarla è più tenace. I più resistenti fanno della loro resistenza uno standard del loro successo; eppure la verità è che la sensazione che provano è confusa. La voracità che non viene soddisfatta accresce il senso di onnipotenza. Al tempo stesso il gusto come qualità sensoriale si indebolisce fino ad acuire gli altri sensi, come tatto e udito.

Il senso della fame è quindi anch'esso scompensato, e i segnali fisiologici vengono alterati.

La pratica nella terapia cognitivo comportamentale

Nella terapia cognitivo comportamentale si interviene sul paziente andando a lavorare sui tratti disfunzionali che caratterizzano il disturbo alimentare.

Gli obiettivi della terapia partono tutti dall'assunto di base per cui la persona ha il diritto e il dovere di vivere la propria vita.

Di conseguenza **lo scopo principale del terapeuta** è aiutare il paziente a rendersi conto di quello che vuole veramente fare nella sua esistenza. Questo aiuto si concretizza fin dal primo incontro, in cui le pazienti manifestano le prime difficoltà che dipendono dai tratti caratteristici della personalità e da tutto il loro sviluppo individuale: infatti rimangono aggrappati all'idea di dover mantenere un controllo del loro peso, ed è la loro soluzione ai problemi di vita.

Durante tutto il percorso col terapeuta infatti ci si aspetta che il paziente ricada più volte nel sintomo anoressico, perdendo i chili riconquistati ed i progressi fatti. Questo sali-scendi riflette lo svolgimento del percorso. L'unico modo che il paziente ha acquisito per affrontare la sua realtà è proprio quello di esercitare il controllo sul cibo, e sarà il primo schema che metterà in atto quando proverà ansia o dovrà far fronte a problemi.

Durante il percorso terapeutico uno dei dubbi principali riguarda il tema dei cambiamenti di peso e l'atteggiamento che il terapeuta dovrà adottare per prendere in mano questo argomento così difficile da affrontare. Spesso infatti i pazienti non vogliono parlare del loro peso.

La terapia cognitivo comportamentale utilizza queste **variazioni di peso come risorsa** per poter esplorare i problemi alla base del sintomo anoressico, che altrimenti rimarrebbero insondabili. Per tanto nel contesto della terapia cognitiva il comportamento disfunzionale del paziente va cercato, fino a quando la paziente non avrà raggiunto un atteggiamento di

armonia verso il proprio corpo e non si confronterà col mondo come la persona che è anziché come un organismo sotto rigoroso controllo.

Il patto terapeutico tra paziente e il professionista avrà come obiettivi:

- “la ricerca di autonomia e di un'identità autodiretta, evocando la consapevolezza di impulsi, sentimenti ed esigenze interiori”
- “correggere i difetti concettuali e le distorsioni, il profondo senso di insoddisfazione e di isolamento, nonché la convinzione di non essere buone a nulla”

La terapia dev'essere focalizzata sull'insuccesso della paziente nell'espressione del suo io, sugli strumenti e sui concetti inadatti per organizzare ed esprimere i suoi bisogni, e sul senso di smarrimento nell'affrontare gli altri.

Per far sì che questa “consapevolezza” del sé venga raggiunta, serve che il terapeuta faccia attenzione:

- alle discrepanze presenti nei racconti del passato
- alla logica distorta con cui il paziente interpreta la realtà dei fatti e degli avvenimenti attuali
- all'onestà con cui corregge o conferma quello che il paziente comunica, per scoprire i problemi nascosti dietro la facciata del comportamento alimentare

Il lavoro terapeutico pertanto si basa su una prima fase di ascolto, una di interpretazione e una di azione o correzione affinché il paziente prenda consapevolezza di sé e dei propri schemi di comportamento disfunzionali.

Il soggetto della cura

Nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare le difficoltà principali partono dalle fondamenta del rapporto medico paziente, ovvero:

- dal saper instaurare un rapporto di fiducia e di comunicazione onesta.

I pazienti con questo tipo di disturbi infatti tendono ad essere manipolatori, e all'apparenza sempre consenzienti anche quando non sono d'accordo con quello che viene detto dal terapeuta.

E molto importante che il terapeuta riconosca le manovre ingannevoli del paziente, per non perdere tempo prezioso per il corretto recupero dalla malattia.

Manifestazioni come l'estrema docilità e l'aderenza al programma proposto dall'equipe sono spesso una facciata che nasconde il vero pensiero celato all'interno della mente del paziente. Pertanto, serve a girare queste situazioni e verificare sempre che quanto viene fatto sia veramente ciò che il paziente vuole.

Nella terapia cognitiva comportamentale, gli atteggiamenti e le azioni delle pazienti cambiano come riflesso della svolta che è accaduta nella mente della paziente.

Le prove del suo essere “mai abbastanza” o “mai all'altezza”, vengono scardinate e col tempo si crea

- Una crepa nel convincimento disfunzionale personale

Tutte le persuasioni che avevano dominato il concetto di sé, vengono corrette.

- Il paziente inizia ad accettare i propri sentimenti ed emozioni,

anziché essere costretto a mantenere un controllo rigido su di essi, senza esternarli.

Maturando il concetto di sé, maturando il modo di pensare, i soggetti:

- matura anche il modo in cui ricordano l'ambiente in cui sono cresciute e sviluppate.
- Passano dal sentirsi vittime delle circostanze avverse ad attivi costruttori della loro condizione.

Le pazienti passano dall'essere inibite e isolate, a persone piene di calore umano e spontaneità; diventano individui che partecipano alla vita di comunità e che coltivano nuovi interessi.

Durante il percorso terapeutico il terapeuta a sua volta dovrà affiancare il paziente. Il percorso è costellato di molte difficoltà.

- Il paziente da parte sua si sente incapace e immeritevole nel ricevere aiuto. Per tanto indosserà sempre la maschera della superiorità, in particolare quando si trova di fronte a delle difficoltà o alle situazioni nuove. Infatti, temono il cambiamento.
- Il terapeuta da parte sua invece dovrà far notare i meccanismi errati nel comportamento del paziente, facendo attenzione a non scalfire l'ego della paziente e spronando a far emergere la parte positiva di sé.

L'incontro tra il paziente e il terapeuta arriva quando il primo abbandona le proprie paure e inizia ad avere fiducia nell'interesse spassionato del secondo

I benefici alla fine del percorso sono notevoli. La psichiatra Hilde Bruch nel suo libro "la gabbia D'oro" fa riferimento alle sue pazienti quando parla del cambiamento delle giovani che era dedite a seguire; sostiene che " Durante la malattia hanno l'aspetto e si comportano come se fossero

costruite dalla stessa cassetta di costruzioni e ripetono le stesse frasi stereotipe dello stesso

rotto." Continua dicendo che: "è veramente entusiasmante vedere emergere personalità assolutamente individuali dopo tutti quegli anni di sterile ripiegamento su sé stesse."

Quando la psichiatra chiede alle ragazze quale fosse stato il ruolo della terapia rispetto alla loro remissione, loro dicono che la cosa più importante è stata "comprendere meglio se stesse e gli altri, nell'aver acquisito un'opinione diversa sui propri genitori e un diverso rapporto con loro. In particolare, capiscono meglio altri giovani e questo lo considerano un beneficio per tutta la vita".

[Hilde Bruch - LA GABBIA D'ORO L'enigma dell'anoressia mentale]

L'APPROCCIO PSICOANALITICO AL DISTURBO DEL DCA

I DCA vengono spesso associati nel pensiero comune a patologie dell'adolescenza. Sebbene questo periodo sia cruciale per l'innescare di queste malattie, esse rimangono un male socialmente trasversale e cioè che può colpire tutte le fasce d'età e strati sociali.

Dal punto di vista della psicopatologia, non serve distinguere i comportamenti alterati rispetto al cibo. Ma serve guardare all'anoressia, e con essa agli altri comportamenti, non tanto come malattie dell'appetito, o di maleducazione alimentare: difatti una rieducazione non aiuterebbe ad alleviare la patologia, ma solo a mitigare il fenomeno o sintomo di superficie. Per questo la loro cura non consiste nella riabilitazione delle modalità di alimentazione.

I DCA sono considerate malattie della Relazione o, nell'approccio psicoanalitico, malattie dell'Amore.

La Diagnosi

Nella diagnosi del caso clinico grave del disturbo del comportamento alimentare, Recalcati sottolinea l'importanza nel tener presente due piani di singolarità del paziente. ("Alimentare il desiderio" - 2019, pag. 69).

Il primo piano di singolarità riguarda l'esistenza del paziente, inteso come soggetto in quanto tale. Questo piano comprende le storie personali, le sue anamnesi, le sue vicissitudini per questo viene chiamato *piano esistenziale*. Quest'ultimo deborda da ogni quadro nosografico ed etichetta diagnostica.

Il secondo piano di singolarità – continua Recalcati- viene chiamato *piano Strutturale* e riguarda il rapporto che intercorre tra il carattere del soggetto e la sua struttura di personalità: è quel piano dove si incontrano un determinato tipo di Anoressia, o di Bulimia, o di un altro disturbo del comportamento alimentare *in rapporto* alla Struttura di Personalità del paziente.

I due piani sono distinti, ma sono fondamentali per impostare uno strumento chiamato PEI, o Progetto Terapeutico Individuale. Nel primo caso il piano della singolarità offre il fondamento etico generale della pratica della Cura; il piano Strutturale invece determina l'orientamento *dell'azione di Cura*, in quanto tiene conto della Personalità soggettiva. L'azione deve essere ogni volta calibrata tenendo conto dell'effettiva struttura di personalità per orientare il lavoro psicoterapeutico, e l'intervento sul sintomo alimentare.

Infatti, in una paziente psicotica, il trattamento al calo preoccupante di peso non sarà lo stesso che si terrà con una paziente anoressica ma con tratti nevrotici. Per il soggetto psicotico infatti, l'intento di mantenere la sua magrezza è utile per nascondere il problema psicotico più grave. Nel secondo caso invece non sussiste il rischio di slatentizzare o allentare la struttura di base e quindi il clinico può forzare di più il paziente nel recupero del peso.

La diagnosi quindi è fondamentale per il lavoro clinico, ma per poterla redigere servono solide basi etiche la consapevolezza che serve definire in itinere la direzione della cura.

La fenomenologia del Caso Grave e dell'Anoressia- Bulimia

Prima di giungere alla sede centrale del discorso che riguarda la diagnosi Strutturale serve fare una premessa per descrivere al meglio i tratti caratteristici del Soggetto della Anoressia-Bulimia o Caso Grave. Serve delineare le caratteristiche tipiche del soggetto preso in esame, per poter entrare al meglio nel discorso della Diagnosi differenziale o Strutturale.

Il soggetto della Anoressia-Bulimia

È doveroso rendere noto il pensiero psicoanalitico per cui l'anoressia è considerata una malattia al femminile anche se in questo periodo si sta discutendo intorno al fatto che essa possa essere considerata come una patologia di genere. Uno dei sintomi primari dell'Anoressia è proprio l'amenorrea, ovvero un'alterazione del ciclo mestruale, che è un segnale intimamente femminile. Lo psichiatra Recalcati sottolinea come il discorso possa essere esteso anche alle tossicomanie, ma in senso maschile. La logica che risiede alla base dei DCA ha più a che fare con il discorso femminile, e viceversa la dipendenza patologica rivolta verso l'Oggetto-Sostanza ha una logica più maschile. Questo perché la donna è intimamente legata al desiderio di ricevere la parola d'Amore ed è disposta a morire pur di riceverla; il discorso amoroso non ha nessun equivalente nell'Uomo. Per tanto, esistono dei ragazzi che soffrono di Anoressia così come ci sono ragazze che sono tossicodipendenti, ma nella maggioranza dei casi il gruppo abbonda sempre di ragazze nel primo caso e di ragazzi nel secondo.

Recalcati nel suo paragrafo del Libro "Alimentare il desiderio" (2019) riporta il testo L'anorexie hystérique di Charles Lasègue per introdurre il caso grave dell'Anoressia. Dal pensiero dello psichiatra francese egli mutua sei importanti concetti che aiutano a definire bene le caratteristiche salienti del caso grave.

1. L'anoressia come perversione intellettuale;
2. "L'insistenza genera resistenza": l'enunciato che introduce al Rifiuto Anoressico;
3. "Saper tacere ed ascoltare" e "farci insegnare dal paziente": un postulato che indica la postura del clinico nei confronti del paziente.
4. "La potenza dell'inerzia": la formula che parla del corpo anoressico che ricatta l'altro pur essendo, il soggetto della malattia, passivo;

Recalcati riporta anche altri due concetti salienti del pensiero di Lasègue che riguardano il processo della Cura del paziente:

5. "la disperazione dei genitori": il nucleo familiare del paziente va preso in cura come il paziente stesso;
6. la necessità dell'Allontanamento del soggetto dall'ambiente patogeno familiare;

1-L'anoressia, spiega Lasègue è come una perversione intellettuale perché si produce in una dimensione "*egosintonica*", ovvero tende a istituire l'identità del soggetto e non ciò che la incrina. La sua continuità d'essere piuttosto che un suo perturbamento: per tanto la malattia crea una distorsione nel pensiero del paziente, che vede la soluzione dei suoi problemi nella malattia stessa. Il fatto che l'anoressia non gli consenta di vivere come un sintomo la sua malattia, fa sì che ci sia un radicale attaccamento ad essa, e che venga vissuta come una forma di auto-terapia più che come un male che deve trovar rimedio.

Questa perversione che trasforma L'anoressia in un auto-trattamento, serve per contrastare un *dolore senza nome* che in tutte le forme di malattia prende il nome de *Il Terrificante*, al fondamento della vita del soggetto stesso.

Questo dolore senza nome, è una incrinatura, è una ferita. Recalcati, nell'opera pubblicata nel 1997 la definì "Malattia dell'amore". Tuttavia, questa spiegazione ha senso in tutti quei casi di Anoressia nevrotica dove al primo piano troviamo la domanda dell'Amore del Soggetto e la sua frustrazione. Esistono infatti altre forme dove non c'è un dolore, o una ferita, o il Terrificante che precedono la domanda di Amore. In questi casi non c'è Dialettica del desiderio.

2- "L'insistenza genera resistenza" è la formula più pura dell'Anoressia – continua Recalcati - riportando una frase di Lasègue: essa sta ad indicare che più la richiesta esterna della madre, o della famiglia, si fa insistente, più essa genera resistenza nella paziente. È questo il Rifiuto dei Disturbi del comportamento alimentare, che viene rafforzato dall'insistenza della domanda esterna. Il primo oggetto rigettato dall'anoressica è proprio l'Oggetto-Cibo, soprattutto se viene sopravvalutato. Lo stesso accade nel caso del soggetto Bulimico che avrà invece, un bisogno ossessivo di ottenere l'oggetto- cibo con sé.

Il principio clinico della domanda persecutoria è importante perché fa comprendere come agire nella cura delle patologie alimentari gravi: in senso diametralmente opposto a quello che farebbe l'Altro della famiglia. La prima operazione che serve fare è disattivare l'insistenza della domanda che ha portato il paziente a instaurare una barriera nei confronti delle richieste del mondo; questo è uno dei temi più importanti di tutta l'azione istituzionale per il trattamento efficace del DCA.

La guarigione del paziente di trova tra il voler ripristinare il peso del paziente e il rischio del clinico di cadere nella posizione che è stata quella dei genitori, incarnando così la stessa figura di chi insiste per la domanda.

3- Consapevoli che l'insistenza del clinico può rovinare il lavoro, Lasègue dà un'indicazione che può ritornare utile, ma non è da sola sufficiente per affrontare il rapporto terapeutico col paziente: bisogna "tacere ed ascoltare". Il primo passo verso la cura secondo lo studioso infatti è quello disidentificazione dall'Altro della domanda insistente, e questo è possibile quando viene data importanza alla dimensione dell'Ascolto e cioè alla parola del soggetto. Questa postura nei confronti del paziente, apre a nuove possibilità del clinico verso nuove conoscenze, e dà la possibilità al paziente di essere visto con le sue risorse; anche nei casi più devastati, si può compiere quell' operazione che Lasègue indica con la frase "non insegnare al paziente, ma farci insegnare dal paziente ". La rilettura moderna di questo principio ora prende le forme del "piano di singolarità del paziente" che ho già introdotto in precedenza.

4- Il quarto concetto è quello della potenza dell'inerzia. Il corpo del paziente grave rappresenta un corpo passivo di un soggetto ridotto ad un oggetto che è inerte e ridotto a pelle ossa. Tuttavia, Lasègue ha intuito che questa passività ha una forza, o potenza, che si rivela ricattatoria. Esiste infatti un gioco di forze tra il corpo del soggetto che rischia di morire- ed è ostaggio- ed il soggetto malato, il quale esercita una manovra ricattatoria gettando ogni volta il curante nella posizione del ricattato. Lo schema che si crea, quindi, è quello tra il corpo ostaggio e l'altro della cura, vittima dell'operazione ricattatoria: in questo

modo il clinico che tenta la cura viene continuamente bucato, reso mancante ed impotente di fronte a ricatto del paziente.

5- Lasègue introduce nella sua opera anche dei suggerimenti di cura dei pazienti. Egli è consapevole dell'importanza della famiglia nel lavoro con le pazienti e insiste sull' affrontare come prima cosa la disperazione dei genitori. Lo psichiatra è convinto infatti che l'angoscia e la disperazione dei genitori non sono effetti collaterali della malattia ma che ne costituiscono una parte essenziale, pertanto non può avvenire alcun trattamento sul paziente, senza che prima non venga accolta anche l'angoscia dei genitori.

6- L'ultimo concetto riguarda la conseguenza clinica della compromissione del corpo legata alla esposizione del soggetto a un ambiente familiare disturbato: l'allontanamento del soggetto da un ambiente divenuto patogeno. Nei casi gravi infatti serve un contesto di cura diverso dalle condizioni dell'ambiente familiare. È frequente trovare nei nuclei familiari dei casi gravi situazioni di forte conflitto interno che lo rendono invivibile e pericoloso per la vita del soggetto e dei suoi cari.

IL RIFIUTO DELL'ALTRO E LA DIALETTICA DEL DESIDERIO

La colonna portante della patologia Anoressica risiede nel Rifiuto dell'Altro, dove per Altro si intende un soggetto che è diverso dal soggetto stesso della malattia ma che è oggetto di interesse per il paziente:

Il rifiuto ha origine come manifestazione fisiologica di un bisogno di evoluzione dell'individuo, che compare quando egli passa dalla fase più infantile, dove è docile e desidera la presenza del genitore, alla fase adolescenziale dove scaturisce il bisogno di cercare una nuova identità. In questo momento della vita uno dei primi segnali di questa crescita è proprio il distacco dalla figura parentale che si manifesta, appunto, col Rifiuto. L'adolescente inizia a percepire la presenza genitoriale come angosciante; se durante l'infanzia l'assenza dalla figura parentale era fonte di malessere, ora invece il bisogno di differenziazione ribalta la sensazione.

L'adolescente non è più quel bambino che si sente angosciato se il genitore è assente. Al contrario l'angoscia che prova è dovuta alla presenza ingombrante della figura parentale.

Il rifiuto nel caso dei disturbi del comportamento gravi però sorge come:

- Modalità di Appello all'altro
- Argine e difesa estrema nei confronti di un Altro traumatico

Nel primo caso il rifiuto si rivela sempre come una modalità di appello. Il rifiuto viene descritto da Recalcati come un modo per farsi mancare dal altro, per renderlo mancante. È un'operazione che il soggetto eserciterebbe sul proprio Altro per introdursi attraverso una porta stretta nella dialettica del desiderio.

Nella Dialettica del Desiderio esistono per tanto due soggetti; uno è quello Anoressico, che attiva un rifiuto nei confronti dell'Altro che è fonte di Angoscia per il soggetto stesso. Il secondo Soggetto è l'Altro rispetto al paziente, ovvero un familiare o il caregiver da cui il paziente si difende attivamente.

Il desiderio è la componente fondamentale del rapporto che intercorre tra queste due parti del Discorso metaforizzato. Il paziente non riesce ad esprimere il bisogno di vicinanza

dell'Altro, e pur di non esternare queste necessità viscerale, si priva del bisogno, e lo contro investe facendolo diventare un totale rifiuto. Questa modalità controversa che nasconde il desiderio di vicinanza, con la sua controparte – il rifiuto- genera essa stessa desiderio, ma nel caregiver che si vede privato della presenza del Soggetto. L'anoressico quindi attiva un meccanismo che funge da barriera, ma che è intrinsecamente pregno della volontà di vicinanza dell'Altro: è così che si inserisce all'interno della dialettica del Desiderio.

Il punto focale che viene sottolineato da Lacan – e riportato da Recalcati nel libro *Alimentare il Desiderio* (2019) - è che il soggetto Anoressico Nevrotico, attraverso il rifiuto punta a preservare la dialettica del desiderio, sia esso sottoforma di Appello, Separazione, o di Mancanza, ma come trascendente da quella del mero bisogno. Questo perché il rifiuto serve a disgiungere, a differenziare lo statuto del bisogno da quello del desiderio (Lacan, 1958).

Lo statuto del bisogno è unilaterale con l'oggetto del bisogno; ovvero che per soddisfare un bisogno come la fame, la sete o il sonno basta risolvere la tensione meccanica innestata dal bisogno.

Il desiderio invece non si consuma nel momento in cui il soggetto entra in contatto con l'oggetto, ovvero il desiderio non ha una relazione unilaterale tra l'oggetto ed il soggetto. Il desiderio infatti non si consuma nel soddisfacimento dell'oggetto del bisogno ma attraverso il desiderio dell'Altro. Ne deriva una eterogeneità strutturale tra i due piani, che però è come se l'altro del soggetto anoressico-bulimico non avesse mai registrato simbolicamente. Il rischio è di: creare confusione tra il piano del bisogno e il piano del desiderio.

Se il genitore o il caregiver si occupa solo di soddisfare i bisogni primari, finisce per trattare la propria figlia come se fosse un tubo digerente e non come un soggetto; la sua preoccupazione si è focalizzata a senso unico sul soddisfacimento dei bisogni, dimenticando che la domanda del desiderio è innanzitutto una domanda d'amore. Ne consegue che per poter essere considerato come il soggetto desiderio è necessario che il soggetto stesso interrompa il soddisfacimento dei suoi bisogni.

La fenomenologia del soggetto Anoressico-Bulimico dentro il Rifiuto dell'Altro.

Il Rifiuto del soggetto è la cornice dell'atteggiamento patologico del paziente. Il quadro dei comportamenti manifestati dal paziente grave, comprende altre inclinazioni fondamentali; tra questi vi è l'**inclinazione autistica** del soggetto.

L'autismo dei soggetti con disturbo alimentare non è riferito alle psicosi infantili, ma è una postura del paziente: viene utilizzata come strategia di barricamento in sé stessi, di regressione libidica, che comporta lo scioglimento del rapporto con la realtà. Questa introversione, la ritroviamo sia:

- nel caso della restrizione anoressica, dove lo scopo è quello di restringere le abitudini alimentari, ma anche più fondamentalmente, del rapporto con l'altro; ritroviamo quindi il Rifiuto dell'Altro.
- nel caso dell'oscillazione bulimica, lo scopo è quello di divorazione dell'oggetto-cibo, per tanto il carattere dell'atteggiamento sarà quello di chiusura per mantenere la prossimità e la dipendenza dal cibo.

Il caso grave della clinica dei DCA ha la tendenza a chiudersi autisticamente per escludere l'Altro dal suo campo vitale. Egli tende all'Uno, a barricarsi nel proprio sintomo. Per questo,

se il soggetto tende all'Uno-chiuso la comunità lavora in senso opposto: prova a reintrodurre l'Altro nell'Uno.

Il più delle volte, il soggetto Anoressico-Bulimico che isola sé stesso dall'Altro e che rifiuta il cibo o divora l'Oggetto del suo godimento, deve questi sintomi ad una forte inclinazione impulsiva.

La dimensione compulsiva implica il fenomeno della **sregolazione pulsionale**, o di surriscaldamento pulsionale del soggetto. Spesso i pazienti ricoverati vivono la loro giornata dominata da una presenza costante di comportamenti ripetuti, che scatenano in loro un godimento cattivo. La compulsione implica la ripetizione di un godimento malefico che è il godimento dell'abbuffata, del vomito e dell'iperattività e cioè godimenti che lasciano fuori qualunque rapporto a due.

La radice di questi atteggiamenti compulsivi, è la **Spinta alla Morte**.

Il tratto più negativo da trattare e che fa da contorno a tutte le strutture di personalità, è proprio la spinta mortifera.

La spinta alla morte viene spesso fuori attraverso delle frasi dette dalle pazienti, che fanno pensare all'atto suicidario, o che esista in loro la volontà di togliersi la vita. In realtà non esiste sempre il passaggio all'atto vero e proprio - anche se rimane uno dei motivi di preoccupazione- ma piuttosto la postura suicidaria trova la sua manifestazione in tutti i modi in cui viene rifiutata la Vita. Chi rifiuta di vivere la propria esistenza a causa di un DCA, allontana il cibo e tutti i legami significativi.

Dal punto di vista della psicoanalisi, potremmo analizzare questo aspetto riportando i concetti di Thanatos ed Eros, che indicano rispettivamente 'la pulsione di Morte' e la 'pulsione alla Vita'. Nei casi gravi thanatos prevale su Eros, e abita il paziente con la sua spinta distruttiva: la divorazione bulimica, o il digiuno estremo.

Dal punto di vista Clinico, questo primato di Thanatos su Eros è dovuto alla base depressiva che accompagna sempre i casi gravi dei disturbi alimentari. È la base depressiva che alimenta questo atteggiamento di rifiuto della vita. È quella ferita chiamata in precedenza "dolore senza nome" o Il terrificante.

Il compito dell'istituzione qui sarà quello di frenare, di sbarrare quella spinta e di introdurre un freno al godimento. Come suggerisce lo stesso Recalcati (ibidem). La psicoterapia individuale o la psicoanalisi individuale generano più danni che benefici. La cura della parola non è in questo caso sufficiente per l'obiettivo finale della terapia. Se si vuole destabilizzare il primato di thanatos su Eros, la forza dell'istituzione deve insistere per reintrodurre la forza generatrice di Eros contro thanatos. Parlando con il linguaggio psicoanalitico diremmo che serve che la pulsione di vita **castri** la pulsione di morte: ovvero che serve deviare la spinta alla morte dalla sua meta distruttiva, costruendo una diga simbolica.

Tuttavia, a causa dell'impotenza dei processi di simbolizzazione del paziente questa diga non appartiene al soggetto: ma è l'istituzione che deve consentire alle acque di thanatos di trovare un limite o un argine in modo tale che grazie a questa prima castrazione possa divenire possibile il lavoro simbolico di lavorazione vera e propria da parte del soggetto. Se l'effetto che si ottiene è quello di tenere separati il soggetto e l'oggetto dal godimento l'istituzione va a supplire le vesti della funzione simbolica del padre; e questa la condizione

simbolica prima grazie alla quale questi processi vengono utilizzati in maniera autonoma dal paziente: porre un freno al godimento.

Nella pratica quotidiana questo sarà possibile introducendo il soggetto all'interno di un contesto istituzionale che permette di ricostruire il legame tra il soggetto gli altri pazienti e tra il suo godimento e il luogo dell'altro poiché la vita in una residenza costringe ognuno a leggi e regole che non dipendono da lui, ma che sono condizionati dall'Altro dell'istituzione e dalle attività quotidiane.

Tutto questo discorso viene racchiuso all'interno di un altro tratto caratterizzante che è quello del **rifiuto dell'Altro** già largamente spiegato;

il paziente di fronte al rischio della perdita dell'oggetto e dell'eccesso pulsionale che può travolgerlo, preferisce reinvestire questa energia rifiutando l'Altro. A maggior ragione ritroviamo questo aspetto nelle storie cliniche di quei pazienti ricche di esperienze di tradimento e di abbandono, di traumi: pertanto anziché essere colpito di nuovo dal rifiuto dell'altro egli risponde a questo primo trauma allontanando l'altro.

Il rifiuto si esprime anche come rigetto del legame sessuale con il proprio corpo e con il corpo di un'altra persona. È il rifiuto del corpo sessuale; quest'ultimo è presente soprattutto nei casi in età evolutiva. il nucleo centrale di questa caratteristica rimane la difficoltà di integrare il corpo sessuale in un discorso simbolico e al posto di questa integrazione si verifica un'espulsione del corpo, un rigetto della sessualità.

Il compito delle istituzioni in questo caso sarà favorire un incontro positivo con un altro che accoglie e non respinge. La comunità incarna le vesti di un Altro che accoglie e non esclude. Il compito dell'equipe curante sarà quello di dar prova di accoglienza e di inclusione di tutte quelle pazienti chi avranno bisogno del sostegno. Nel lavoro di equipe serve smarcarsi dall'essere identificati dal soggetto come un altro traumatico e incarnare un altro che mostra la possibilità di fare un buon incontro, e di creare una relazione significativa. Questa è la dimensione più materna della comunità chiamata holding o funzione-contenitore.

La Declinazione del Rifiuto Anoressico Nevrotico:

- Il rifiuto come bisogno di differenziazione

Alla base del rifiuto anoressico c'è un bisogno di Differenziazione, ovvero come esigenza di essere un soggetto non l'oggetto manipolato dai suoi genitori, ma un soggetto che ha delle proprie esigenze e un desiderio proprio.

Lasengue (medico francese; 1816-1883) pensando al rapporto tra genitore e figli, conia una frase che racchiude tutta l'essenza della Anoressia, ovvero che "l'insistenza, genera resistenza": questo è un punto chiave in quanto in tutti questi casi c'è una domanda insistente che genera una resistenza da parte del soggetto. Ecco che per svincolarsi dalla domanda dell'altro, il rifiuto nasce come manifestazione di un desiderio di separazione.

- Il rifiuto come appello

Il rifiuto però può anche nascere come Appello, ma stiamo sempre parlando di una azione che può nascere anche nei soggetti in età evolutiva.

Winnicott (pediatra e psicoanalista britannico; 1896-1971) dice che quando siamo di fronte ad un bambino nell'età evolutiva con disturbi del comportamento alimentare dobbiamo

pensare che egli “abbia un dubbio sull’amore dei genitori”. Questa affermazione spiega che il soggetto non ha un problema con il cibo, ma che ha un dubbio sull’amore dell’Altro, o meglio, del genitore; a causa di questa incertezza tende a rifiutare l’oggetto. L’anoressico di fronte al dubbio rifiuta l’oggetto per ricevere l’Amore.

Un punto importante da sottolineare è che le famiglie di questi individui sono luoghi di cura, dove abbondano nutrimento, beni e cose. Nelle famiglie dove un bambino soffre di queste patologie regna l’abbondanza in tutto; ma proprio perché esiste l’oggetto viene meno il segno dell’Amore.

I bambini che si fanno Anoressici, diventano tali per poter verificare che venga egli stesso considerato oggetto di amore per il caregiver, e che non sia solo un oggetto, come un tubo digerente da riempire con il cibo. La domanda che si trattiene in questa scelta radicale è: “tu mi puoi perdere?”. È così che il bambino rifiuta l’oggetto-cibo e si spinge addirittura verso la morte pur di verificare che l’Altro lo desidera e non può fare a meno di lui.

Il rifiuto del cibo in questo caso assume la forma dialettica di un appello all’Amore del genitore.

- Appello come rifiuto del Corpo

Il rifiuto può assumere anche il rifiuto del Corpo. Il soggetto non accetta il proprio corpo, o più precisamente non accetta che il proprio corpo acquisti caratteri sessuali. L’esperienza della pubertà per queste ragazze è l’esperienza di un corpo che non può esser controllato e che è percepito come proprio, ma non come quello che si vorrebbe. Quindi anche il rapporto con lo specchio è difficoltoso. L’esperienza che vive la ragazza è l’esperienza dell’odio del proprio corpo, che è proprio ma che si trasforma nonostante la propria volontà, e quindi l’Anoressia è un tentativo di governare il suo corpo, e il rifiuto del Corpo è una risposta di asservirlo alla volontà del soggetto.

La clinica dei casi gravi – il soggetto Borderline e Psicotico

Non tutti i casi di anoressia però hanno la stessa declinazione del rifiuto. Quando la modalità del rifiuto non è una metafora della dialettica del desiderio, ci introduciamo nel campo della dialettica non attiva.

Alcuni casi infatti non possono essere fatti rientrare nella cornice della disgiunzione tra desiderio domanda. Contemporaneamente però non si può nemmeno parlare di psicosi perché non esistono episodi di allucinazioni, deliri o passaggio all’atto. Ci troviamo di fronte alla:

- diagnosi *borderline* della clinica dei casi gravi.

I sintomi più evidenti sono:

- la spinta all’agire senza pensiero
- la confusione identitaria di fondo

che ricreano nel soggetto quel vuoto diffuso che affligge il paziente con disturbo alimentare.

- Il rifiuto del corpo come Difesa è un’altra forma di rifiuto del corpo Anoressico nelle forme *psicotiche*;

Nelle storie cliniche di queste ragazze c'è sempre un Altro invadente, a causa di queste esperienze passate vissute come traumatiche. Non solo perché troviamo questo ma anche perché la percezione del mondo del soggetto è che è una minaccia e per questo serve difendersi da esso: nella obesità la carne viene in abbondanza per schermare il mondo; nella Anoressia, ella rifiuta tutto il mondo esterno per non essere lesa.

Non a caso nelle storie di abusi, i soggetti Anoressici cercano di farsi malate per poter scomparire e rendersi asessuate di fronte agli occhi dell'aggressore.

- L'ultima forma di rifiuto, che è la più difficile da trattare è quello delle *Anoressie Melanconiche*.

Il rifiuto prende la forma di Volontà di Morte, ovvero della manifestazione della vita che si è spenta, e di un corpo che è senza vita. Questo fenomeno del corpo spento è quello dei casi più gravi, dove regna una profonda depressione nel soggetto. In questi casi spesso si arriva al passaggio all'atto, ovvero al suicidio, ma non nella maniera classica. Il suicidio anoressico è un suicidio differito. È possibile accedere al sentimento della vita di queste ragazze, accedendo alle storie personali. Si trovano sempre vissuti travagliati, dove la parola dello psicoanalista non è sufficiente. Per questo serve un regime diverso: il regime comunitario ovvero delle istituzioni che possano arginare la spinta alla morte. Il principio che si trova sempre è sempre il rifiuto della vita, e solo un luogo comune può salvare questi soggetti.

In sintesi, quindi, la necessità di difendersi dall'angoscia è sempre in primo piano nei disturbi del comportamento Alimentare. Tuttavia, se nella dimensione nevrotica il rifiuto appare come una provocazione rivolta all'altro - finalizzata a strutturare una relazione, per quanto conflittuale- nella psicosi il rifiuto perde la sua plasticità e vediamo solo la sua parte anti-dialettica e vediamo solo il suo arroccamento granitico. Il rifiuto non interroga più l'Altro, non è più relazionale ma è un controinvestimento estremo dell'Angoscia che la relazione con l'altro genera. (Recalcati, 2019 – Alimentare il desiderio – pag.106).

La fenomenologia dell'anoressia-bulimia

Nell'ambito della clinica psicoanalitica, i pazienti vengono diagnosticati dal punto di vista fenomenico-descrittivo come pazienti Anoressici-Bulimici: questo perché alternano fasi di restrizione alimentare a momenti dove prevalgono episodi di abbuffate o vomito.

Questa oscillazione ricorrente vede l'alternarsi di due fasi: L'ideale del Corpo Magro (I) e la Pulsione (P). la loro manifestazione nel soggetto pare assumere un andamento *circolare alternativo*, ovvero che nel momento in cui una fase domina, l'altra non scompare ma rimane latente. L'ideale e la pulsione convivono l'una con l'alterità dell'altra, senza scomparire ma alternandosi, appunto, circolarmente.

Le esordio della patologia è densamente dominato dalla restrizione anoressica. In questo momento il primato aspetta all' ideale del corpo magro, le abitudini alimentari tendono a restringersi EA ridursi drasticamente e il corpo inizia a dimagrire. Al centro di questa manifestazione c'è il bisogno di esercitare un controllo sulla dimensione pulsionale del corpo, e non di perseguire un ideale estetico. il godimento specifico dell'anoressia restrittiva consiste nell'auto dominazione che procura nel paziente illusione di neutralizzare sé stesso il proprio corpo che diviene di sessualizzato. un corpo privato della sua parte sessuale e un corpo che non viene desiderato e che difeso da ogni minaccia esterna. Esso inoltre è perfetto e quindi privo di mancanze.

In questo primo tempo il paziente non chiede aiuto e non formula alcuna domanda di cura perché la propria cura è già in atto. Prima che questa richiesta venga formulata è necessario che il soggetto perda la padronanza del proprio corpo e chi la pulsione prende il sopravvento. Prima di questo momento egli vive con l'alterità della pulsione dominandola. lo scopo ultimo di questo comportamento è l'annullamento di sé. sempre in questa prima fase la domanda di cura quando c'è viene formulata dall' Altro familiare il quale prova angoscia o disperazione. Questo è il paradosso della domanda di aiuto: Nella clinica dell'anoressia si verifica una scissione tra la domanda e il sintomo poiché chi domanda di solito non ha il sintomo ma solo angoscia e chi invece è il sintomo non domanda nulla né sembra provare angoscia. abbiamo dunque il paradosso ovvero una domanda senza sintomo e un sintomo scorporato dalla domanda. (Alimentare il desiderio; 2019 – pag. 94-95)

nel secondo tempo che solitamente viene dopò al primo si scatena la parte più funzionale del soggetto, chi anche per ragioni strettamente fisiologiche necessita di recuperare il peso perso. in questo secondo momento avviene la scompenza zione bulimica dell'anoressia; esso si manifesta con abbuffate bulimiche i comportamenti compensatori come li per attività l'abuso di lassativi il vomito e altre pratiche che mirano a preservare il corpo magro. il corpo ora ha vissuto come impuro sporco e corrotto dalla pulsione, facendo sentire il soggetto in un caos. nella prima fase l'umore del soggetto era più euforico mentre ora è depressivo a causa della caduta del l'io ideale. In questo quadro clinico critico può però emergere un lato positivo ovvero la domanda soggettiva di cura: infatti nella compensazione bulimica dell'anoressia il soggetto si divide si frattura e può finalmente domandare aiuto. poiché è venuto meno il controinvestimento difensivo dell'anoressia sarà l'istituzione a dover introdurre una nuova forma di arginamento pulsionale.

in ogni soggetto che si trova all'interno di questa oscillazione tra l'ideale dell'io anoressico e la pulsione vive continuamente due sentimenti e stati contrastanti: la anoressica prova una fame senza fondo insaziabile e porta con sé una bulimia virtuale; ogni bulimica porta un'inconscia aspirazione anoressica. Pertanto, questi due algoritmi devono essere pensati in una relazione continua che non esclude mai il ritorno circolare dell'uno nell'altro.

LA CURA PSICOANALITICA DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Le principali funzioni che l'istituzione si trova rivestire nei confronti delle pazienti sono principalmente tre:

- corrispondere al codice paterno
- corrispondere al codice materno
- attivare delle pratiche sublimatorie

La prima funzione della comunica e quello della diga dell'argine ovvero quello di incarnare il nome del padre come freno al godimento compulsivo.

Il secondo compito è quello di accogliere il paziente e sostenerlo consentendo al soggetto di essere riconosciuto nella sua singolarità; in precedenza lo abbiamo già nominato e viene anche chiamato con il nome di holding o funzione-contenitore

Le pratiche sublimatorie invece vanno inserite all'interno di uno spazio chiamato spazio transizionale. Lo scopo di questi spazi è quello di accogliere attività collettive e condivise dove tempi e luoghi vengono vissuti in gruppo. Vengono organizzati innumerevoli atelier o

attività: spazi di sublimazione, spazi di gioco, di attività del corpo, di attività intellettuali, di parola, di pratiche simboliche di vario tipo (teatro, scrittura, lettura, artigianato, danza, eccetera.). Tutte queste attività hanno l'obiettivo di:

attuare una verticalizzazione tra la linea del senso e quella del corpo ovvero di introdurre una interferenza tra queste due linee che nel soggetto anoressico bulimico sembrano non incidere mai.

Le uniche due realtà che il paziente conosce sono quello della restrizione o della divorazione. Ecco che quindi condividere diventa un obbligo traumatico: lo scopo è quello di introdurre l'incontro come trauma simbolico positivo capace di interferire sulla ripetizione compulsiva delle due fasi patologiche sopracitate. La vita e residenza permette di creare nuovi legami positivi e dare forma a una nuova immagine dell'altro che non è più traumatico ma buono.

Inoltre, le attività sono ricche di opportunità per generare nuovi oggetti transazionali ovvero quelli che per Winnicott sono oggetti separatori che permettono alla separazione di non essere traumatica.

Un'altra risorsa importante delle attività è la possibilità di far emergere le attitudini e le inclinazioni di ogni singola paziente. Si tratta di favorire il piano di singolarità di ogni paziente. Prima si creano le condizioni per favorire l'emergere del soggetto per vedere poi sorgere una particolare inclinazione una passione; solo così si può poi sostenere l'apparizione della singolarità.

I DCA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI: UNO SGUARDO RAVVICINATO AL CENTRO GRUBER DI BOLOGNA.

I disturbi dell'alimentazione sono patologie complesse i cui sintomi si esprimono su più livelli, rendendo necessario un approccio diagnostico e terapeutico multidisciplinare (APA, 2006; NICE, 2017; da Alimentare il desiderio, 2019).

Da questo nasce la necessità di mettere in gioco un team di specialisti multiprofessionali che includano lo psichiatra o il neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, medici nutrizionisti e altre figure professionali come dietisti, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica, fisioterapisti ed infermieri operando secondo un modello di Rete. (Alimentare il desiderio; 2019; pag. 123).

Per lavoro di rete si intendono tutte le azioni dove si mettono in condivisione risorse e strategie, con lo scopo di creare nuove relazioni significative. Gli operatori agiscono proprio per creare delle sinergie, andando a capire quali sono i bisogni e le domande del paziente, e quali le risorse a disposizione o l'offerta. Il panorama della Rete è vasto e si dispone su più livelli. Il primo livello è quella familiare, per poi passare all'offerta sociale e istituzionale di secondo livello. Il vantaggio del lavoro di rete è rendere tutti capaci di dare un contributo e di lavorare con l'Altro che così ha la possibilità di affermare sé stesso nella Comunità, e divenire una risorsa per i propri cari, per la comunità e per il territorio.

Il lavoro di Rete viene soprattutto attuato come approccio vincente all'interno dell'Equipe multiprofessionale. La presa in carico all'interno dei Centri Residenziali prevede la collaborazione di operatori che mettono insieme le loro conoscenze per dare un senso alla cura che sia individualizzata per ogni soggetto.

Seguendo questa linea, vorrei argomentare il tema della Residenzialità e della presa in cura del paziente con Disturbo del comportamento alimentare nell'ambito del Centro Gruber di Bologna.

La residenza Gruber

“La residenza Gruber offre un trattamento di riabilitazione psico-nutrizionale a pazienti che necessitano di cure specialistiche per i disturbi del comportamento alimentare (DCA).” (dal sito: <http://www.residenzagruber.org/programma/>)

La residenza Gruber ospita fino a 20 pazienti in regime residenziale e 8 il regime di centro diurno e opera in sussidiarietà con il SSN, la Regione Emilia-Romagna e la Ausl di Bologna. Essa è parte di un progetto più ampio sui disturbi dell'alimentazione promosso dalla Fondazione Gruber che si sviluppa anche con attività ambulatoriali di formazione e di ricerca ed è parte di una holding di fondazioni filantropiche private, no profit e onlus che realizzano e sostengono organizzazioni iniziative sia in ambito sanitario sia in ambito socioculturale. (M. Recalcati, Michele A. Rugo in “Alimentare il desiderio”, Raffaello Cortina Ed., 2019; pag. 9)

Questa realtà bolognese si trova collocata poco al di fuori del centro della città, disopra delle colline che la circondano.

La mia giornata all'interno del centro è stata scandita da orari e attività già decisi e ben organizzati; al mio arrivo sono stata accolta dal personale della Reception posta subito dopo l'entrata della residenza. Fin da subito ho notato la bellezza e l'importanza della struttura che conferisce serietà e rigore alla realtà e alle persone che operano all'interno di essa.

L'atmosfera che si respira e l'estetica molto gradevole, hanno una funzione terapeutica e fanno da cornice alla funzione riabilitativa.

Al mio arrivo ho avuto modo di conversare con il direttore del Centro, Michele Rugo. Michele Angelo Rugo è specialista in psichiatria, psicoterapeuta e psicoanalista. Ha diretto numerose strutture psichiatriche ed è stato il fondatore e il direttore sanitario di Villa Miralago (VA). Attualmente dirige la residenza Gruber.

Dopo una breve conversazione ho fatto presente il mio interesse nel voler approfondire il discorso educativo riabilitativo nell'ambito del percorso terapeutico proposto all'interno del centro. In questo senso il direttore mi ha proposto di partecipare alle attività che si sarebbero svolte nell'arco di quella giornata. Inoltre, nel caso lo avessi desiderato avrei potuto porre delle domande con le educatrici professionali lì presenti in equipe, al fine di approfondire il discorso inerente il mio percorso di studi.

Equipe multidisciplinare

Nella residenza ciascun paziente viene accolto nell'ambito di un gruppo di professionisti che operano ognuno nei singoli ambiti pur facendo riferimento a un lavoro d'equipe.

La modalità utilizzata è quella del team approach, ovvero che ogni colloquio o attività svolta dai professionisti non è a sé stante ma fa parte di un disegno più ampio che prevede la comunicazione e la condivisione di elementi diagnostici e di obiettivi terapeutici, che vengono ogni volta discussi e rielaborati all'interno delle riunioni.

Al fine di diagnosticare e di orientare la cura l'equipe multidisciplinare elabora un progetto terapeutico che è il prodotto finale della collaborazione dei singoli operatori nella conoscenza del paziente.

L'equipe è divisa in due diverse componenti: la microequipe e la macroequipe.

La microequipe

Lo staff della residenza Gruber è diviso in quattro equipe chiamate microequipe. Ognuno di essa è composta da uno psicoterapeuta, un medico psichiatra, un medico nutrizionista, un dietista e un educatore professionale; Infermieri e OSS sono trasversali alle quattro microequipe.

Due microequipe hanno in carico 7 pazienti, una di esse 6 e quella del centro diurno 8.

Ogni settimana ciascun ospite esegue un colloquio con ogni componente dell'equipe di riferimento. La finalità di ogni colloquio con qualsiasi operatore è accogliere e non assecondare il turbinio delle emozioni del paziente cercando di indurre un piano autoriflessivo alternativo al ricorso al sintomo o al farmaco in cui il paziente ripone aspettative magiche.

Il disagio psichico infatti va affrontato con adeguate capacità che i membri dell'equipe devono avere per fronteggiare i movimenti provocatori impulsivi che i pazienti mettono in atto per sfuggire dalla sofferenza contingente. Poiché la terapia e il team possano considerarsi buoni, ogni operatore deve saper rimandare, o lasciare in sospeso le richieste assillanti delle pazienti. Solo rimandando la risposta e confrontando le richieste in equipe, il team stimola la curiosità per i contenuti, motivando l'utilizzo della parola al fine di motivare ad elaborare la sofferenza e non ad utilizzare il sintomo come risposta.

Gli strumenti della microequipe

La riunione settimanale di microequipe è il primo riferimento fondamentale per i pazienti per riportare le loro necessità; mentre per i professionisti rappresenta lo spazio formale in cui riflettere e confrontarsi. L'incontro vede la presenza dei cinque professionisti sopraccitati, più l'infermiere e l'OSS. A questi si aggiungono il coordinatore della struttura e il direttore sanitario. Questi ultimi hanno anche il ruolo di supervisori, e di strumenti di autorevolezza; infatti rimarcano le necessità di adesione ai pazienti che vacillano durante il loro percorso. Il coordinatore invece è un intermediario, che assicura i contatti di rete e monitora le comunicazioni.

All'interno della riunione settimanale vengono discussi i percorsi di ciascun paziente. Ogni operatore dà un suo parere del caso a partire dal proprio punto di vista. Da ogni campo vengono raggruppati i vari punti di vista e si giunge ad una conclusione non sempre coerente. Inoltre, i progressi che avvengono nella sfera psichica non vanno di pari passo con il miglioramento del comportamento alimentare che fatica invece a evolvere: il nucleo della discussione infatti riguarda proprio la negoziazione degli interventi, che gli internisti dovranno saper attuare per sbloccare la situazione. È molto importante ponderare la decisione riguardo il settore nutrizionale perché in una prima fase iniziale serve capire la gravità della diagnosi del paziente, e dunque forzare un intervento nutrizionale può fare a scompensare il quadro clinico del soggetto.

In aiuto viene l'ascolto del vissuto transferale al controtransferale tra il paziente e l'insieme curante affinché venga analizzata ogni riflessione circa le dinamiche implicite che spesso rimangono nascoste.

Per transfert si intende "quel fenomeno clinico messo in atto come modalità relazionale, e che i pazienti attuano nei confronti dell'istituzione e dei singoli membri dell'equipe."; il controtransfert invece è "l'influenza emotiva che gli ospiti stessi provocano sui membri del team, suscitando per esempio sensi di colpa e stati ansiosi". ("Alimentare il desiderio; 2019; pag. 118)

Chi riporta più spesso i vissuti transferali, sono le figure più vicine al paziente dal punto di vista relazionale e che possono divenire punti di riferimento importanti per la possibilità che danno alle pazienti di essere spontanee.

La riunione di macroequipe

Le riunioni di questo tipo si svolgono ogni lunedì pomeriggio e servono per portare l'attenzione su ogni singolo operatore. L'ottica in questo caso è quella del team building perché vengono chiariti tutti i discorsi lasciati in sospeso o emergono quelli non detti, fortificando così il lavoro di gruppo. Vengono inoltre discusse le questioni di carattere organizzativo come gli eventi della settimana, nuovi ingressi e dimissioni dei pazienti e permessi e uscite del personale.

Il caso grave

I soggetti che vengono presi in cura all'interno della Residenza, sono spesso pazienti che vivono la patologia alimentare ma che hanno una comorbidità psichiatrica. Infatti, è stato confermato da vari studi interazioni che DCA e disturbi della personalità sono spesso compresenti nella stessa diagnosi. Quello che viene chiamato 'caso grave' quindi è quel soggetto che presenta una grave compromissione psico-fisica, e causa della forza negativa che lo pervade e che rende impossibile un recupero senza la presenza di un altro ausiliario. Inoltre, in questi casi, i caregiver di riferimento vivono l'angoscia dovuta alla gravità in cui

riversa lo stato delle loro figlie e si sentono impotenti, prive dei mezzi necessari per affrontare un'emergenza come questa.

• L'INTERVENTO NELLA TERAPIA RESIDENZIALE

L'Intervento all'interno della Residenza viene suddiviso in diversi ambiti, e vengono svolti dai singoli professionisti o con la presenza di più figure in maniera tale da convergere il lavoro al meglio.

Gli interventi che vengono messi in atto, sono molteplici. Li citerò qui di seguito andandomi però a concentrare sull'ambito della riabilitazione socioeducativa messa in atto dall'educatore professionale. Aggiungo inoltre il sunto che ho tratto dalla mia esperienza personale presso la struttura Residenziale, grazie al colloquio con una giovane educatrice del centro Gruber.

Gli interventi presenti:

- L'intervento psichiatrico, che comprende:
 - il trattamento psicofarmacologico
 - le attività psicoeducative correlate
- L'intervento medico-nutrizionale
- L'intervento Socio-Educativo
- L'intervento Psicoterapeutico
- L'intervento infermieristico
- Il centro Diurno

• L'INTERVENTO SOCIO-EDUCATIVO

Educatore professionale è una delle figure riabilitative che si occupa nell'ambito di un progetto terapeutico individualizzato in collaborazione con le altre figure professionali, dell'aspetto sociale ed educativo dei pazienti in cura. La figura con cui collaborano più a stretto contatto è il tecnico della riabilitazione psichiatrica;

I luoghi principali in cui queste figure si concentrano sono la Residenza e il centro diurno (CD). In quest'ultimo si svolgono soprattutto gli **atelier** che sono i luoghi deputati alle attività riabilitative.

In residenza troviamo tre educatori mentre all'interno del centro diurno ne troviamo uno; tra quelli che si trovano in residenza uno partecipa anche alle attività del CD.

Il centro diurno ha una équipe multiprofessionale che a differenza della residenza, non ha lo psicoterapeuta e questo fa del diurno un luogo ad importa più educativa.

I compiti fondamentali dell'educatore professionale e del tecnico dell'abilitazione psichiatrica si concentrano soprattutto sul favorire l'espressione del paziente "portando fuori" - secondo il paradigma latino di educare - "educere" - 'portare fuori'- le risorse del soggetto.

Questo compito viene assolto all'interno di un contesto programmato in maniera intenzionale e dove viene costruita un'atmosfera di gioco e divertimento. Anche i contesti più ludici infatti possono assumere un ruolo riabilitativo poiché al suo interno si inseriscono anche occasioni di relazione tra il paziente e gli altri utenti.

Un altro ruolo importante concerne l'animazione. Animare significa stimolare il pensiero e l'azione aiutando nell'espressione del proprio sé e della propria fantasia. (Alimentare il Desiderio; 2019; pag. 207)

Lo strumento ad hoc che si trova alla base di un intervento riabilitativo efficace è la relazione educativa. Essa si basa su un precetto fondamentale che è quello della fiducia, creata passo dopo passo attraverso il lavoro dell'educatore insieme al paziente. Non può essere condotto alcun passo successivo nel percorso riabilitativo, se alla base di una relazione educativa non c'è una base affettiva che coinvolge sia la parte sentimentale che quella razionale.

All'interno del progetto terapeutico individualizzato viene inserita anche la parte relativa alla riabilitazione educativa. Il progetto educativo prevede alcuni punti fondamentali:

- L'osservazione
- l'analisi dei bisogni
- definizione di un obiettivo generale
- definizione di un obiettivo specifico e dei relativi indicatori
- verifica del progetto (in itinere e/o a fine percorso): sull'obiettivo generale e sull'obiettivo specifico.

. (Alimentare il Desiderio; 2019; pag.208)

In un primo momento il paziente viene accolto e vengono consultate le figure di riferimento che gli ruotano attorno, compresi, se ci sono, quei centri che hanno già ospitato il soggetto. Vengono raccolte informazioni personali, e viene condotta un'analisi della condizione psicofisica in cui riversa il paziente in quel momento. La prima fase del ricovero quindi consiste in una osservazione dettagliata della persona. Le aree principali che vengono indagate riguardano l'autonomia personale, le abilità sociali, le abilità comunicative ed i rapporti familiari e sociali.

L'educatore professionale si avvale di numerosi strumenti clinici che permettono di raccogliere informazioni in maniera rigorosa; tra questi strumenti troviamo la griglia di osservazione che permette di ottenere buon numero di informazioni, qualitativamente significative.

Gli strumenti

Educatore professionale si avvale di strumenti che permettono di rendere il suo agire scientificamente valido e osservabile. Affinché l'intervento educativo possa dirsi efficace, l'educatore raccoglie una serie di informazioni e dati del paziente che prende in carico. Tutto ciò che serve fin dal primo incontro viene raccolto all'interno della diagnostica educativa.

La diagnostica educativa comprende al suo interno vari strumenti della diagnostica: l'assessment educativo, la scheda educativa, il diario di bordo ed il progetto educativo.

La diagnostica educativa racchiude tutti quei dati clinici che servono all'educatore per monitorare il percorso col paziente. Il dato clinico è un indizio, un'informazione che è stata raccolta grazie ad un approccio clinico, ovvero l'approccio utilizzato da un ricercatore.

L'educatore è come un ricercatore, ovvero un operatore sul campo che ha tutti gli strumenti a propria disposizione per poter affrontare di volta in volta le sfide che incontra. L'approccio clinico prevede che lo studioso analizzi le variabili del contesto e le relazioni che intercorrono tra di esse; allo stesso modo, potremmo osservare che su un piano educativo questo discorso può essere tradotto, dicendo che l'educatore deve analizzare i soggetti della cura e le loro relazioni, interpersonali e col contesto.

Individuando le problematiche relative alle circostanze osservate, vengono raccolti vari dati all'interno delle schede educative ed i diari di bordo.

Questi strumenti sono molto utili sia nella prima fase iniziale dell'osservazione educativa sia durante il percorso, per monitorare i cambiamenti del paziente.

In seguito alla raccolta dei dati diagnostici e la stesura di un assessment educativo, l'obiettivo sarà quello di affiancare il paziente ed elaborare con lui un progetto educativo finalizzato al recupero e all'acquisizione di abilità ritenute utili e in linea con suoi bisogni.

Il progetto educativo si inserisce all'interno di un lavoro più ampio che è quello svolto dalla équipe multiprofessionale; l'intervento dell'educatore però ha un'impronta più riabilitativa dal punto di vista sociale e relazionale. L'educatore investe di più sulla componente affettiva del lavoro riabilitativo con l'utente

Tra gli strumenti fondamentali di cui l'educatore insieme al tecnico della riabilitazione psichiatrica si avvalgono sono il colloquio individuale, le schede osservative, gli atelier.

I colloqui individuali vengono svolti ogni settimana dall'educatore insieme al paziente, e costituisce la base su cui costruire una relazione significativa. In caso di necessità si aggiungono anche incontri straordinari, soprattutto in concomitanza di episodi di crisi. Il colloquio come il contesto ideale per lo scambio delle informazioni gli viene un luogo di co-costruzione, dove entrambe le figure del paziente e dell'educatore collaborano sulla base di un patto educativo. Gli incontri iniziali servono per la stesura della l'amnesia del paziente; in un secondo momento si passa alla fase della progettazione dove vengono ascoltati i bisogni e difficoltà dell'ospite al fine di porre degli obiettivi da raggiungere. queste informazioni sono alla base del progetto educativo; Il resto dei colloqui avvengono nei momenti di necessità e sono richiesti anche dal paziente stesso che si trova nel momento del bisogno a dover essere motivato o sostenuto.

Al termine del percorso educativo riabilitativo il paziente non viene abbandonato a sé stesso ma l'educatore funge da ancella nella fase di distaccamento. Egli effettua visite domiciliari e sostiene il paziente affinché sia autonomo dal punto di vista del piano alimentare anche in un contesto esterno alla residenza. Se serve, il passaggio può anche prevedere uno step intermedio che consiste nel regime semiresidenziale. (Alimentare il Desiderio; 2019; pag.217)

Gli atelier

Gli atelier offrono uno spazio strutturato per lo svolgimento dell'attività riabilitative. Il numero dei partecipanti può essere già definito o variabile in base al livello di flessibilità del laboratorio. Possiamo avere piccoli gruppi di 5- 7 e grandi gruppi fino a 20 partecipanti. I laboratori a loro volta possono essere strutturati e chiusi o strutturati ed aperti.

Grazie all'attività svolta in atelier, i pazienti possono far emergere necessità e bisogni che in altri contesti non riescono a venir fuori. Questo luogo pertanto è uno strumento valido per tutte le figure dell'equipe multidisciplinare, in quanto danno spazio alle riflessioni intorno a delle aree fondamentali e trasversali: l'affettività, la conoscenza di sé, l'autostima, la comunicazione, l'autonomia, la fantasia, la creatività e la gestione delle emozioni.

La natura di questi laboratori è di impronta artistica; l'arte permette infatti di compiere un viaggio introspettivo ed espressivo, portando alla luce emozioni più o meno consce. Inoltre, l'espressività artistica permette anche di sublimare, o meglio spostare, quelle pulsioni inaccettabili, mediante la manipolazione di materiali, che prendono una forma decisa dal paziente che crea. Il risultato che si ottiene è quello di avere un prodotto compreso dal

pubblico e una trasformazione dell'energia, espressa in maniera accettabile. I laboratori che vengono sviluppati sono di natura artistica, teatrale, narrativa, corporea, di creazione di testi e di abilità educative di base chiamate anche Life skills.

(Alimentare il Desiderio; 2019; pag.219)

Gli atelier tenuti in residenza Gruber sono i seguenti:

- il laboratorio di rilassamento muscolare progressivo
- il laboratorio di creazione testi, o Gruber's news
- il laboratorio introspettivo sulle Life skills
- l'attività motoria la pratica dello yoga e dell'allungamento muscolare
- ginnastica posturale e propriocettiva
- contact improvisation

Il laboratorio di rilassamento muscolare permette di ottenere un rilassamento graduale e un abbandono dalla tensione mediante un'alternanza di fasi di contrazione e rilascio dei gruppi muscolari. I vantaggi sono quelli di acquisire la differenza tra la contrazione e il rilassamento del proprio corpo; acquisire la capacità di sciogliere le tensioni e diminuire così l'ansia collegata con la tensione neuromuscolare.

Il laboratorio di creazione di testi prevede la stesura di materiali scritti o grafici, realizzati personalmente da ogni paziente destinati ad essere pubblicati all'interno di un giornalino a cadenza mensile. Grazie alla coordinazione di un educatore, in residenza o al centro diurno viene dedicata un'ora alla stesura dei lavori. I vantaggi sono quelli di: contribuire ad un progetto comune; affrontare la paura di esporsi di fronte al gruppo; creare occasioni di confronto, di relazioni significative, di gratificazione personale e di rielaborazione del proprio vissuto in maniera creativa ed espressiva.

Le Life skills sono delle abilità, che servono per affrontare la vita di tutti i giorni ma di cui le pazienti sono carenti. Esercitando queste skills in un luogo protetto come un laboratorio chiuso, è possibile allenare al meglio queste competenze, rimanendo all'interno di un'atmosfera ludica. I partecipanti sono accompagnati ognuno dal proprio team educativo di riferimento, e l'obiettivo è quello di sviscerare temi come: il decision making, il problem solving, la creatività, il senso critico, la comunicazione, l'auto consapevolezza, le relazioni interpersonali, l'empatia, la gestione delle emozioni e dello stress.

L'atelier artistico è un laboratorio aperto che prevede la libera partecipazione e quindi dove c'è anche la possibilità di interrompere l'attività. In questo contesto viene fornita una quantità di materiali molto variegata, che i partecipanti possono scegliere di utilizzare spontaneamente. Ogni soggetto quindi crea la sua opera d'arte pur rimanendo all'interno di un gruppo; il vantaggio quindi è quello di potersi esprimere senza giudizio, con la sicurezza di sentirsi accettati dai propri pari.

L'attività motoria viene inserita all'interno dei laboratori perché riveste un'importanza fondamentale dal punto di vista del benessere personale, se viene correttamente trattata la proposta alle pazienti. Infatti, uno dei sintomi ricorrenti che troviamo nelle pazienti è quello della iperattività, che serve per appagare la paura di ingrassare, e tenere sotto controllo le forme del fisico. Nel momento in cui l'istituzione dà delle regole e dei modi per svolgere l'attività fisica, la paziente non lo svolge più in maniera compulsiva ma diventa più consapevole di come va svolta e del piacere che si prova nello svolgerla. L'attività fisica si esercita sia all'interno della residenza, sia come laboratorio all'interno del centro diurno; ogni paziente è a sé per quanto riguarda la partecipazione in quanto non tutte loro possono permettersi lo stesso livello di sforzo fisico.

Lo yoga è una pratica meditativa che insegna alle pazienti la connessione alle proprie sensazioni fisiche, che regalano una maggiore consapevolezza del sé. Lo yoga permette di godere della lentezza del movimento e della coordinazione con il respiro. I movimenti fatti in maniera lenta si appoggiano all'esplosività pulsionale del paziente, e offrono un'alternativa di scoperta e di ascolto del corpo. Nello yoga i vari movimenti vengono ricercati mantenendo posture ben precise; al raggiungimento di una posizione - chiamata asana- il soggetto può dire di averla acquisita quando riesce a mantenerla a lungo, senza grande sforzo o dispendio eccessivo di energie. Questo insegna alle pazienti che non serve esasperare i movimenti per poter trovare un equilibrio. Questa pratica garantisce un momento di rilassamento ma tocca anche la sfera del calore e del dolore poiché la muscolatura viene allungata. Pertanto, è importante che le pazienti esprimono cosa sentono. La Rieducazione respiratoria accompagna di pari passo il movimento e lo rende efficace per abbassare il battito cardiaco e aumentare lo stato di benessere del paziente.

(Alimentare il Desiderio; 2019; pag.225)

La ginnastica posturale e propriocettiva, sono due discipline che stimolano il sistema neuro motorio nella sua totalità incrementando l'attenzione all'ascolto delle sensazioni somatiche afferenti. In questa fase dell'attività motoria il paziente inizia ad acquisire informazioni esterne, e che provengono dal contatto fisico con un compagno di laboratorio oppure dal contatto con le superfici esterne. Queste informazioni in entrata permettono di ridare una compattezza al corpo frammentato; il paziente ridimensiona sé stesso all'interno di uno spazio fatto di persone e cose che lo delimitano.

Una delle caratteristiche delle pazienti con disturbi comportamento alimentare è la forte mania del controllo. Questa mania può essere sradicata nel momento in cui si capisce che il controllo di una posizione così come quella del corpo non richiede staticità, ma bensì un equilibrio dinamico: il benessere si può raggiungere quando si capisce questo concetto; le pazienti lo comprendono attraverso questo laboratorio. L'equilibrio inoltre richiede lentezza e quindi anche un ascolto attivo e introspettivo delle proprie emozioni. La ginnastica posturale invece serve per alleviare quelle tensioni muscolari che sono ricorrenti in alcune pazienti.

Il contact improvisation è una tecnica di movimento pensata nel 1972 dal coreografo americano Steve Paxton. (Alimentare il Desiderio; 2019; pag.228). Gli elementi fondanti di questa tecnica sono: l'improvvisazione, la presenza di due corpi in movimento, il contatto, e la relazione dei due corpi con leggi fisiche che governano il movimento. Il contatto tra due corpi in movimento è improvvisato e questo crea dialoghi fisici spontanei che non hanno nulla di preparato o controllato. Il risultato è un gioco libero dove si alternano momenti di equilibrio e di disequilibrio, dov'è anche possibile sbagliare e riaggiustare i movimenti. La fase iniziale di questo laboratorio prevede di concentrarsi su una parte del corpo alla volta: le pazienti vengono guidate nell'unione di tutte le loro parti. Viene svolto un lavoro anche dal punto di vista psichiatrico che consiste nella compattazione della frammentazione psichica mediante l'attività fisica. (ibidem)

Il ruolo dell'Educatore nell'ambito dei DCA: conversazione con una educatrice sul campo.

La figura dell'educatore, in natura del suo ruolo, la troviamo soprattutto all'interno del centro diurno e immersa nel territorio, insieme al paziente, per motivare il paziente e fungere da figura di sostegno lungo tutto il percorso riabilitativo.

Nonostante questo, l'educatore è presente sia nell'ambito della residenza Gruber sia all'interno del servizio territoriale e del centro diurno. In quest'ultimo troviamo due operatori educativi, di cui uno è sempre presente e l'altro invece lavora part-time.

L'educatore lavora molto sul territorio insieme ai pazienti, accompagnandoli nelle visite domiciliari, o lavorando sugli obiettivi del progetto educativo, -che possono essere anche riacquisire abilità di routine - come muoversi coi mezzi pubblici o riordinare la propria stanza.

Nel centro diurno le attività sono tutte incentrate sulle emozioni, quindi si esplorano le emozioni delle pazienti attraverso laboratori artistici. Inoltre, c'è anche il laboratorio di espressione attraverso l'espressione corporea. L'educatore insieme all'OSS e all'infermiere, sono figure sempre presenti all'interno della struttura quindi di riferimento per ogni bisogno del paziente. L'aiuto "al bisogno" serve proprio per risolvere ogni momento in cui si verifica una crisi, e serve un aiuto concreto e immediato. Questa necessità si evidenzia al centro diurno, all'arrivo delle pazienti. Mentre in residenza dove il personale è sempre presente, soprattutto in concomitanza col rientro dai week- end passati a casa. Qualunque sia la richiesta serve che l'educatore sappia gestire il contenuto emozionale del paziente, valutandone l'intensità - che se molto elevata, dove non è possibile il contenimento, si chiamano in causa altre figure - e la richiesta più o meno esplicita. Durante i primi incontri in struttura, il paziente potrebbe sfogarsi e parlare ma non sapere bene quale sia il vero compito di ogni singola figura, quindi in tal caso, ad ogni problematica si indirizza la richiesta alla specifica figura di riferimento.

L'interesse principale dell'educatore è quello di focalizzarsi sulla **motivazione** la **normalizzazione**. Il paziente durante le prime settimane vive momenti difficili, e quando iniziano ad aprirsi con l'operatore possono anche riferire vissuti personali che fanno una certa difficoltà ad accettare e che amplificano il loro stato "malato".

Per questo serve che sia l'educatore a *normalizzare*, cioè a rileggere quel comportamento descritto come qualcosa che è umano, e che è qualcosa che può capitare anche alle altre pazienti.

La motivazione è invece ancella nel percorso dell'utente che decide di stringere una alleanza terapeutica con la sua equipe e quindi anche con gli educatori. Infatti, durante un percorso ci sono momenti di crisi e di fallimento dove è più facile per chi soffre di disturbi mollare, ma ricordare il patto e gli obiettivi presi, ribadire le risorse che ha, aiuta il paziente a fronteggiare le difficoltà.

All'interno dell'equipe di riferimento l'educatore ha 3 principali obiettivi, cioè:

- motivare il paziente ad affidarsi all'equipe;
- osservare come il paziente vive nella residenza, nel rispetto dei suoi spazi e degli altri o come vive con gli altri utenti;
- sviluppare l'assertività;

Riguardo all'assertività, le pazienti mostrano due comportamenti opposti il più delle volte. Un comportamento passivo, dove obbediscono a tutto ciò che viene loro richiesto, o dove non prendono iniziativa accomodandosi alla richiesta altrui. Altre invece tendono a far prevalere l'aggressività e non riescono ad esternare una richiesta o rispondere ad una proposta, che viene dall'operatore, in maniera equilibrata.

Nel linguaggio psicologico, per Assertività si intende: "l'insieme delle abilità cognitive e comportamentali che consentono a un soggetto di affermare la propria personalità senza cadere in comportamenti passivi o aggressivi" (Dizionario Garzanti)

Nelle ultime ricerche infatti viene sottolineata come l'assertività sia particolarmente mancante nei disturbi del comportamento alimentare bulimico e relativo al Binge eating. Infatti il paziente che cede alle abbuffate evidenzia un carente controllo delle proprie emozioni, che si può riflettere nell'episodio dell'abbuffata oppure in esplosioni di rabbia. L'abbuffata di per sé, può avvenire per cause biologiche - perché il paziente non fa pasti equilibrati e il corpo reagisce con una forte fame - oppure può venire su base emotiva quindi è necessario valutare quali dinamiche di circostanza siano avvenute prima dell'abbuffata.

L'assertività può essere allenata anche all'interno del contesto laboratoriale come quello delle Life skills dove vengono messi alla prova abilità specifiche come questa.

Al centro diurno i laboratori che vengono svolti con regolarità sono il **rilassamento** che è aperto a tutti. La partecipazione libera al laboratorio permette di osservare chi delle pazienti veramente motivata a portare avanti l'attività; per altri, questa libertà di entrare ed uscire, è un aspetto che incoraggia a provare. Lo scopo principale di questa attività è quello di creare uno spazio adatto alla Stasi. La Stasi viene raggiunta attraverso una serie di movimenti molto leggeri e di fasi in cui il corpo invece in totale rilassamento. Questa situazione favorisce l'emergere di pensieri ed emozioni che altrimenti non arriverebbero alla coscienza creando così angoscia. È importante per le pazienti vivere un momento come questo, perché qui smettono di contrarre la muscolatura, alleviando le tensioni e smettendo di essere iperattive come fanno di solito. Per molte infatti è impossibile non muoversi perché devono attivarsi, e "bruciare" ciò che hanno mangiato. La seconda attività è quella educativa che avviene una volta a settimana e consiste nel laboratorio del **Life skills**: attraverso vari strumenti scelti dall'educatore ci si avvicina per 4-5 settimane ad un argomento, che riguarda l'acquisizione di una abilità specifica per affrontare situazioni di vita reale. The weekend invece ci sono **laboratori di impronta più creativa** e le **uscite** fuori porta. L'obiettivo principale di queste giornate è quello di far vivere al paziente un momento di socializzazione e di svago. Uscire al di fuori della struttura, inoltre consente a coloro che non possono tornare a casa di vivere un'esperienza al di fuori della vita di comunità, fuori dalle solite vesti da paziente. La scelta dei laboratori viene anche dalle pazienti, che possono avanzare le loro proposte basandosi sui loro interessi personali emersi durante il percorso. Nell'arco dell'anno viene elaborato anche un **giornalino**, ed il periodo d'uscita varia, va da 1 fino a ogni 2 mesi.

L'educatore è presente anche durante i pasti che sono regolarmente controllati da l'educatore l'infermiere e l'operatore sociosanitario. L'obiettivo principale dell'educatore in questo contesto è quello di ricordare gli obiettivi prefissati dal paziente con l'equipe, ed essere una figura di sostegno nei momenti di ansia trovati davanti al cibo. I principali comportamenti messi in atto durante i pasti e che caratterizzano il disturbo del comportamento alimentare sono quello di spezzettare in maniera meticolosa il cibo fino a ridurlo in pezzettini piccolissimi; asciugare il condimento ritenuto eccessivo su un tovagliolo o nascondere le briciole sotto il tovagliolo. In alcune occasioni nei pazienti possono mostrare anche vere e proprie fobie per alcuni cibi particolari ritenuti fonte di forte preoccupazione: in quei momenti l'educatore interviene per motivare il paziente e infondergli fiducia.

- **L'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO: il principio della contaminazione come valore aggiunto.**

Il centro Gruber accoglie pazienti gravi che provengono da tutto il territorio italiano; alcuni vengono inviati da altri servizi psichiatrici, poiché la patologia non è più contenibile altrove, se non in una residenza protetta come quella qui offerta. Le disparate situazioni incontrate da ogni paziente, fa emergere la necessità di adeguare l'intervento psicoterapeutico e riabilitativo sulla base delle singolarità di ogni nuovo paziente. Questo ragionamento è in linea con la filosofia di pensiero di tutta l'azione degli operatori del centro Gruber: il principio dell'Uno per Uno.

Il paziente viene accolto, vengono raccolte informazioni relative ai suoi trascorsi mediante una anamnesi e viene creato con lui un progetto terapeutico. I progetti previsti sono due – Il piano terapeutico Riabilitativo (PTR) e il Piano Terapeutico Individuale (PTI). Entrambi vengono realizzati in seguito ad un periodo di osservazione a cui seguono la comprensione dei bisogni e degli obiettivi scelti.

La psicoterapia prevede sia incontri individuali, sia incontri di Gruppo.

L'approccio terapeutico del Centro Gruber ha la peculiarità di utilizzare diversi Modelli interpretativi:

- l'approccio psicoanalitico lacaniano
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio cognitivo comportamentale

il vantaggio di questa pluralità di approcci viene racchiuso nel principio della contaminazione, secondo il quale Utilizzare più approcci nella terapia è migliore e rappresenta un valore aggiunto.

In questo modo i linguaggi psicologici provenienti da questi tre diversi modelli si mischiano tra loro e creano nuove forme psicoterapeutiche, dove c'è un continuo confronto di strumenti, linguaggi e informazioni. un altro vantaggio è quello di lasciar scegliere al paziente approccio che più si adatta alle sue esigenze. la scelta pertanto è flessibile.

Uno studio condotto da Smith e Glass gli anni '70 ha riportato che l'efficacia della psicoterapia va al di là della base teorica di riferimento.

La terapia individuale viene svolta con l'obiettivo riuscire a formulare una prima domanda di cura del paziente. Il contesto curante della residenza permette di stimolare il paziente affinché possa fare a meno del sintomo e iniziare a parlare di ciò che prova senza l'uso il disturbo. A permettere questo passaggio è la psicoterapia Aiuta a esprimere a parole il dolore sotto forma di aiuto o domande di cura.

La storia personale dei pazienti viene trascritta l'interno dell'anamnesi dove è possibile risalire al momento in cui è iniziato a rivelarsi il sintomo e da questo storico si individua la natura del problema e si formula la diagnosi strutturale del paziente. Nella struttura nevrotica il sintomo è un appello all'amore dell'altro, mentre nella psicosi il sintomo funge da barriera invalicabile.

La psicoterapia permette attraverso l'incontro che avviene fra due soggetti - il paziente e il terapeuta- di mettere in moto il vissuto del paziente. Aprendosi al racconto del proprio vissuto personale egli può rielaborare le proprie esperienze e ridargli una nuova forma. Da questo discorso emergono le parole chiave dell'individuo, che simboleggiano qualcosa di significativo collegato alla sua vita passata e che lo hanno segnato nel profondo.

Il percorso insieme allo psicoterapeuta, aiuta anche a far comprendere che la sua identità non coincide col suo corpo. Le pazienti infatti considerano il loro corpo come un oggetto e come l'unico mezzo attraverso cui esprimono ciò che sentono e si relazionano con l'altro. La terapia permette di dare un limite a questa offerta sconfinata del corpo e di ridare valore alla persona nella sua interezza. In questo modo il soggetto ritorna ad avere un valore indipendentemente dal corpo, ma anche attraverso altre risorse.

Il corpo come la mente nell'ambito della psicoterapia viene considerato come un unico sistema compatto; il paziente con disturbi del comportamento alimentare vive un disagio che si riflette sul corpo, il quale fa da specchio ad una frammentazione che è di tipo mentale. L'intervento psicoterapeutico insieme ai laboratori di attività fisica e teatrale, possono aiutare ad esternare la pulsione disorganizzata in una maniera ordinata ed accettabile, fungendo da contenitore della pulsione incontrollata.

LA TERAPIA DI GRUPPO

La **terapia di gruppo** è un percorso di cura che obbliga il paziente all'incontro con l'altro. Già da sola la dimensione relazionale ha un valore riabilitativo perché costringe i pazienti a rompere quella monade con cui convivono per tanto tempo. Incontro con il gruppo permette di condividere con gli altri ciò che di prezioso è stato tratto dagli altri incontri di laboratorio. Grazie a questi incontri Tutti possono portare il loro contributo e dare consigli e le loro strategie per superare le difficoltà. Il gruppo è un luogo di trasformazione perché tutti possono arricchirsi anche solo ascoltando ciò che viene detto. Coi tempi anche dei pazienti iniziano a distaccarsi da l'idea che tutte loro sono simili e accumulate dallo stesso problema ma che ognuna ha una propria identità e questo è possibile grazie all'azione del gruppo.

La terapia di gruppo fa affidamento su tre modelli ed ognuno porta un contributo fondamentale per il cambiamento trasformativo di ogni paziente.

Lo psicodramma mediante "un corpo in azione, un piano di movimento e di teatro si arriva alla lettura simbolica degli eventi traumatici."

Mediante il modello ad orientamento cognitivo "vengono modificati i modelli disfunzionali di pensiero attraverso la correzione di comportamenti che alimentano il disturbo."

"Il gruppo psicoanalitico permette la parola di circolare senza vincoli fondando interpretazioni rispetto alle associazioni libere alimentata da ogni membro." (Alimentare il Desiderio" pag. 255)

Conclusioni

Per valutare l'efficacia di questi approcci terapeutici è ancora necessario del tempo, in quanto esistono poche evidenze disponibili che suggeriscono i risultati nel trattamento residenziale - con approccio psicoanalitico- specializzato nel DCA.

Tuttavia, a questo proposito nel 2018 sono stati condotti tre studi, i cui dati statistici comprendono anche informazioni provenienti dal centro Gruber.

Tali studi mirano alla misurazione di due diversi aspetti che sono la significatività statistica e la significatività clinica, Dove nel primo caso si andrà a misurare il cambiamento che intercorre dall'inizio del percorso alla fine del trattamento di due gruppi di pazienti, rispetto ad una variabile oggetto di studio (Ad esempio il livello di depressione pre e post trattamento). Nel secondo caso invece si va a misurare il cambiamento significativo di un paziente, rispetto ad una variabile scelta da ricercatore, grazie al trattamento.

In tutto ciò vengono anche indagati gli eventuali outcome groups ovvero le eccezioni del caso dovute a variabili non controllabili.

I partecipanti allo studio sono stati accuratamente selezionati e ognuno di loro aveva una diagnosi di disturbo alimentare. Il gruppo comprendeva così tutti i tipi di diagnosi conosciuti, ed era eterogeneo, quindi rappresentativo della popolazione reale.

I risultati mostrano un cambiamento sintomatologico positivo al di là della specifica diagnosi di disturbo alimentare; questo mostra come il trattamento residenziale intensivo sia efficace.

Le eccezioni del caso, o outcome groups, sono rappresentate da soggetti con diagnosi mista e ad esordio tardivo. Nel primo caso si parla di soggetti con gravi difficoltà di recupero; la diagnosi tardiva invece è un fattore di svantaggio nel recupero della funzionalità del soggetto in quanto il sintomo, se trascorre troppo tempo, tende a sclerotizzarsi: diverso è se si riesce a fare una diagnosi precoce fin dall'età dello sviluppo.

(DEL CORNO, F., LO LOCO, G.- 2018); (Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., Lingiardi, V.; 2018a); (Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M., Lingiardi, V.; 2018b)

Il mondo controverso dei new media e i DCA

I social sono una risorsa o un nemico nel percorso riabilitativo?

Durante il mio percorso universitario, non ho mai potuto fare a meno di portare avanti una mia grande passione: l'allenamento. La cura per il benessere fisico e mentale per me passava – e passa tutt'ora- anche attraverso il movimento. La mia passione per l'attività fisica è iniziata fin da quando ero bambina amavo giocare e stare in movimento. Non mi sono mai mancate le occasioni per cimentarmi in nuovi sport, e uno tra questi mi è rimasto nel cuore: la ginnastica artistica. Nello sport, riuscivo sempre a cavarmela bene. Ero portata per la dinamicità e per l'adattamento all'allenamento.

All'arrivo dell'età adolescenziale però sono comparse anche le insicurezze personali. Tra queste anche quella per il corpo. La passione ha alimentato la mia parte più artistica e a non badare solamente all'immagine allo specchio. Lo sport mi ha permesso di osservare con un filtro diverso la realtà esterna e me stessa, attraverso dei metri di misura più importanti delle forme del corpo: la forza, la resistenza, la potenza e l'equilibrio interno.

Il mio percorso di studi mi ha dato la possibilità di conoscere il mondo della riabilitazione, le figure deputate a collaborare al suo interno, ma anche di conoscerne un ambito particolare: il mondo dei DCA. Sebbene non abbia avuto occasione di fare alcuna esperienza di tirocinio in questo settore, ritengo che sia uno degli ambiti della Salute Mentale più interessanti e complessi. Il motivo è forse legato alla mia storia personale, e alla mia passione.

Le ragazze che sono state meno fortunate di me, e che hanno vissuto l'adolescenza lontane dalle loro famiglie per poter affrontare un disturbo alimentare, sono le stesse che non hanno avuto modo di vivere serenamente una fase importante della loro vita. Essendo impegnate a odiare il loro corpo, non riescono a scorgerne le potenzialità, e questo mi ha fatto pensare.

Nonostante non abbia avuto modo di conoscere di persona ragazze che hanno vinto la battaglia contro i DCA, ho potuto constatare attraverso la piattaforma web, storie personali di chi ce l'ha fatta. Questo mi ha scosso. Ho trovato alcuni profili di ragazze che, sono riuscite a trasformare tutto ciò che prima era un loro nemico – come il cibo o l'allenamento – in un alleato. Ho seguito in questi anni il percorso di alcune donne che hanno sofferto di Disturbi del Comportamento Alimentare e che hanno reso la loro vita migliore facendo di ciò che incuteva loro terrore, il seme della loro passione. Questo è quello che ho trovato grazie ai Social Network, ed è ciò che vorrei raccontare: anche i social hanno un loro lato positivo, ovvero promuovere movimenti positivi nelle ragazze in riabilitazione.

La funzione del Social Network

I sociologi li chiamano "New Media", e sono le nuove piattaforme multimediali all'interno delle quali i contenuti che navigano, di varie tipologie – foto, video, articoli – sono condivisibili anche con persone che si trovano a chilometri di distanza l'uno dall'altra.

I media che attualmente più interessano i giovani adolescenti sono Instagram (Ig) e TikTok; meno, il famigerato Facebook. Uno è un social nato come spazio dove pubblicare delle foto che in maniera molto veloce o istantanea ("Insta", appunto) potevano essere modificate con filtri, descrizioni, e una volta caricate, venire viste scorrendo la home dello stesso social. TikTok invece nasce come piattaforma utile a creare contenuti video con

tracce musicali e brani già predisposti, che l'utente utilizza per doppiarne le parole e creare degli sketch comici.

Instagram, per primo è il luogo dove l'immagine regna sovrana. L'immagine è sempre al centro dell'attenzione odierna e ne è la metafora più schiacciante. La nostra società è la società dell'immagine, ovvero una che ricerca l'immediatezza, che è alla continua ricerca del panorama perfetto o dell'icona di stile senza difetti. L'immagine è sovrabbondante oggi, e quindi non è difficile da trovare, ma è anche la stessa che condiziona le vite di chi le guarda.

Il social è un luogo per tanto controverso; ha una doppia faccia. Da una parte la possiamo osservare nelle sue più svariate possibilità e risorse, conoscendo le potenzialità che essa offre; dall'altra troviamo un luogo, che in natura del suo essere 'sociale', ha contenuti multimediali che non vengono sempre tenuti sotto controllo, e dove i filtri della razionalità non sono sempre presenti.

Il mondo dei social e i Disturbi del comportamento alimentare

Chi soffre di DCA spesso viene additato come colui o colei che persegue un'ideale di magrezza con lo scopo di ottenere un corpo da modello/a; chi lo dice, lo fa senza tener conto del fatto che esistono varie forme di disagio legato all'alimentazione, e che alcune di esse sono anche silenti e senza sintomi fisici evidenti come la bulimia.

Per fare questo ragionamento, vengono utilizzati come capri espiatori i contenuti dei media – programmi tv, e social dello smartphone - che propongono come ideali di corpo per le loro pubblicità solo fisici magri o molto atletici.

La realtà di chi vive in queste patologie è ben diversa. Esiste tuttavia un margine di possibilità che i social siano responsabili della promozione di una forma fisica estrema, che non riflette affatto la realtà. Attraverso le nuove app, ora è possibile modificare sé stessi e le proprie forme del corpo per appianare ad ogni difetto. Questo crea un'immagine distorta della realtà dei fatti per due motivi:

- si tende a condensare in quello scatto tutta la realtà delle persone a cui appartiene; si finisce per pensare che le forme del corpo come sono modificate, siano frutto della realtà, distorcendo la percezione del reale e dell'ideale.

Nell'ambito della cura dei Disturbi del comportamento alimentare quest'aspetto è certamente negativo e controproducente per il corretto recupero delle pazienti. Vorrei tuttavia trattare un modo per affrontarne al meglio questa problematica, mediante una soluzione diretta a instaurare una 'protesi' mancante lungo il processo che va dal paziente, consumatore dei contenuti, e il social. Questo ruolo di parte mancante andrebbe a compensare quella parte mancante dei giovani pazienti che ci sono in cura per i DCA: il Filtro della coscienza;

Quando in un social ci sono molte persone che possono rendere pubblico il loro pensiero, il messaggio che passa attraverso un'immagine o una riflessione, possono essere determinanti anche sullo stato d'animo e il pensiero di chi ci si imbatte. L'impatto che questi pensieri hanno sulla mente del frequentatore della rete, può essere limitato se:

- il paziente che ha raggiunto un buon livello di consapevolezza grazie al suo percorso riabilitativo;

- l'autore del contenuto online, che sceglie di scrivere o pubblicare una foto o un video, in maniera sensibile e rispettosa del pubblico che la segue.

Dal momento che la maggior parte di questi soggetti, che si trovano all'interno dei centri riabilitativi, non sono in grado di distinguere quello che è la realtà dei fatti da quello che è una finzione è necessario far intervenire un ulteriore controllo proveniente dall'esterno che possa porre un freno all'utilizzo patologico dello smartphone, sfogliando contenuti che possono solo essere un ostacolo per il corretto recupero del paziente.

Le soluzioni che l'educatore, o un'altra figura, necessita di mettere in atto sono poche, ovvero:

- sbarazzarsi del problema alla radice, bandendo l'uso dello smartphone;
- accompagnare il soggetto all'interno di questa realtà social, facendo conoscere sia il lato positivo che negativo di ciò che vi alberga, ma senza lasciarlo solo.

Questa seconda ipotesi del caso apre un orizzonte di possibilità sia per l'equipe di riferimento al paziente, sia per il soggetto della cura.

Il social come risorsa, o quasi.

Il mondo dei social è una realtà molto vasta all'interno della quale si può spaziare tra contenuti di ogni genere. Instagram per primo, permette di navigare tra gli scatti personali degli utenti che lo animano, e il tema di queste immagini è ogni volta diverso. La varietà dei contenuti condivisibili è una risorsa, poiché permette di introdurre anche la tematica dei DCA al suo interno, a patto che chi usufruisca di questo mezzo telematico sappia muoversi all'interno. Ad esempio, è importante anche avere già presente alcuni termini importanti per inserirsi all'interno dell'orizzonte dei significati del mondo social, e per trovarsi impreparati:

- È impossibile al giorno d'oggi avere un profilo Instagram e non imbattersi in un **hashtag**. Col termine Hashtag si intendono delle parole chiave che vengono utilizzate sotto una foto caricata sui social, e che sono contrassegnate da un cancelletto (#), ma la cui funzione principale è quella di raggruppare in un'unica pagina virtuale tutte le foto accomunate da quello stesso hashtag o "parola chiave".
- Per **Influencer** invece si intende un personaggio pubblico, al pari di uno televisivo, che è divenuto rilevante all'interno dei social grazie al successo che ha riscosso nel pubblico del network mediante i contenuti da lui postati. Per lavoro egli vende prodotti o servizi di una azienda, grazie alle sue capacità di vendita e di comunicazione. Alla base della sua rilevanza c'è anche il fatto che egli è un trascinatore, per tanto la sua opinione varrà molto per coloro che lo osservano e condizionerà quella degli altri.

Perché una buona vendita funzioni, l'Influencer fa affidamento su di una comunità di persone che sono lì pronte a sostenerlo, in quanto lo ritengono una figura degna di fiducia. Infatti, i veri seguaci vengono ottenuti dopo molto tempo. Questo fa sì che i follower siano veramente interessati a lui e a ciò che ha da proporre. Se oltre a vendere prodotti, l'influencer si impegna anche a comunicare in maniera positiva e a portare messaggi di aiuto per le persone della sua cerchia di seguaci, col tempo potrà guadagnare molto più di semplici follower, ma una vera e propria comunità di persone all'interno della quale c'è aiuto reciproco tra loro: la community.

Per **community** si intende:

un gruppo di persone accomunate da una passione, ma anche da un disagio personale, dove vengono condivise le proprie esperienze individuali rispetto al tema centrale. Il risultato che si ottiene è quello di avvicinare tra loro soggetti che hanno esigenze comuni, abbattendo il limite dello spazio e del tempo, e creare una Rete di individui in grado di sperimentare la vicinanza emotiva. All'interno di una community ci si sostiene a vicenda, perché tutti coloro che ne fanno parte, hanno un motivo che li accomuna; quando un individuo della Rete mostra delle difficoltà, i membri gli sono vicini, empatizzano con lui e vanno in suo aiuto.

L'educatore e tutti gli operatori che lavorano nell'ambito riabilitativo, conoscono le dinamiche che avvengono in un gruppo di utenti, e pertanto potranno riconoscere alcune delle caratteristiche terapeutiche del Gruppo anche nel circolo virtuoso che si crea all'interno di una comunità web.

- a) Si esce dalla solitudine ordinaria;
- b) Entrando si viene accolti;
- c) Vengono condivisi, compresi ed elaborati i problemi personali;
- d) Si trovano e mettono in pratica soluzioni ai problemi personali;

A differenza di un gruppo reale, dove i suoi componenti sono presenti fisicamente gli utenti del web possono fornire solo un aiuto che non va oltre a quello della parola e del confronto. La community è una realtà sociale, ma in una piattaforma online.

Dal Social alla vita reale

La svolta all'interno di questi social network la fa chi, oltre che a fondare una community, riesce a creare anche occasioni di incontro reale (1). Esempi di questo genere sono presenti su Instagram e riguardano anche comunità di ragazze che hanno combattuto e combattono ancora i disturbi del comportamento alimentare.

Un altro esempio concreto nell'utilizzo intelligente del social network per il trattamento dei DCA è quello offerto dalla Rete di Cura dei Centri Riabilitativi (2) che hanno deciso di creare dei profili Instagram e dei portali di aiuto sottoforma di app scaricabili per:

- raggiungere il pubblico target di questi servizi;
- sensibilizzare anche il pubblico che non conosce il Disturbo;
- per ottemperare a quelle paure legate alla domanda di aiuto;

Gli esempi virtuosi offerti dal web sono molti, ma uno tra queste mi ha colpito più di tutti e riguarda l'iniziativa promossa da tre ragazze su Instagram: La rinascita delle farfalle è il nome del loro Blog. In seguito alle dimissioni dal Centro Riabilitativo in cui erano ricoverate, hanno deciso di aiutare altre ragazze in difficoltà come lo erano loro poco tempo prima.

Sono Gaia, Emma e Nicole, le tre protagoniste di questo progetto che ha permesso di unire tutta la Community di Instagram Recovery, ovvero tutte quelle ragazze che condividono attraverso le immagini e le parole sul social, il loro percorso riabilitativo con tutti gli altri membri di questa rete.

Il primo appuntamento è avvenuto a Firenze ed è stato un grande successo; lo scorso anno si sono riunite quasi 50 ragazze da tutta Italia per potersi ritrovare e conoscere personalmente, attraverso dei momenti di condivisione del momento conviviale, attività di gruppo, coordinati delle tre fondatrici del progetto. Il successo dell'evento è anche legato al fatto che sono stati dati dei limiti ben precisi riguardo allo svolgimento della giornata, ovvero, **non** si doveva parlare:

- di cibo, o del proprio piano alimentare;
- dei ricoveri personali

Lo scopo ultimo degli incontri infatti era **conoscersi e darsi supporto**.

A contornare questa iniziativa, c'era la tinta Lilla, il colore del fiocchetto che viene a contraddistinguere da qualche anno a questa parte la giornata dei Disturbi del Comportamento Alimentare: il 15 Marzo.

Ad immortalare queste giornate ricche di esperienze, c'è anche la giornalista Maruska Albertazzi, (@maruskaalbertazzi su Ig), anche lei ex-Anoressica. Ora invece è una quarantenne in carriera, mamma e portavoce delle possibilità di rinascita; alla domanda se i social possono essere una risorsa per queste ragazze, lei risponde dicendo che "sono uno strumento".

Al contrario di quello che si crede infatti, le pazienti che accedono nei social, non si ammalano a causa dei contenuti pubblici: coloro che sono già ammalate cercano tutti i modi per alimentare il disturbo. L'equivalente dei vecchi blog e siti Pro Ana, esiste ancora oggi sui social, ma ora Instagram oscura in automatico gli hashtag che favoriscono questi contenuti.

Più difficile è invece creare una Rete che funzioni, in quanto uno dei primi sintomi di chi accusa un disturbo del comportamento alimentare, è l'isolamento. Questo perché si sentono diverse e non riescono ad esprimere le loro emozioni. Maruska nella sua intervista, sostiene che "Con l'hashtag adatto riescono a trovare altre persone con cui condividere la loro esperienza. Il social diventa un'ancora di salvezza, un aiuto per la guarigione, un modo per non sentirsi sola, un mezzo per chiedere aiuto".

La comunità di professionisti sui Social: la riabilitazione ai tempi dei social network.

Uno delle modalità con cui il gruppo dei professionisti può rimanere in contatto con la comunità di Instagram Recovery dei DCA - e della Salute Mentale in generale- è essere dei punti di riferimento positivi anche all'interno delle piattaforme social. Il social non è solo uno spazio per i giovani e i teenagers ma anche per quegli operatori che scelgono consapevolmente di utilizzare Instagram, Facebook e gli altri spazi popolati dai ragazzi sul web, per lanciare dei messaggi e contenuti molto importanti.

È possibile farsi ascoltare anche dalle nuove generazioni anche quando si parla di argomenti complessi e importanti, ma per farlo in questo caso, viene modificato il linguaggio, che diventa quello dei social: le immagini, le Stories, le dirette in streaming e le IgTV.

Queste sono alcuni dei mezzi offerti dal Social Network che attualmente gli Psicologi, gli Educatori e gli operatori utilizzano per sviscerare problemi rilevanti.

Tra i tanti che scelgono di creare un loro profilo professionale su Ig, c'è Carolina Strada (@Carolinastrada_). Gli argomenti centrali del suo blog seguito da più di 12mila persone, sono il Social e il DCA, la relazione tra il corpo e l'autostima. Altri suggerimenti riguardano la competizione tra Sé stessi e l'Altro dei Social, o L'accettazione oltre i canoni imposti dal Marketing. Un altro argomento attuale, riguarda anche come comportarsi in quarantena quando si soffre di Disturbi del Comportamento alimentare, dal momento che chi ne soffre è costretto a convivere col suo "nemico" all'interno delle quattro mura domestiche.

Conclusioni finali:

Il ruolo della famiglia

In tutto questo, il social rimane una piattaforma che manca di quella componente sociale e relazionale vera, poiché ha delle zone d'ombra: ognuno decide di mostrare solo una piccola parte della propria vita e non sempre ciò che si vede è lo specchio della realtà. Rimane la necessità di una rete di persone vere che si occupino dei ragazzi che si imbattono in questi disturbi, e per poterlo fare serve sensibilità e un certo livello di sensibilizzazione da parte degli addetti ai lavori alla comunità.

La prima rete di sostegno rimane per tanto la famiglia, che di fronte ai primi segnali di criticità – forte ansia, tendenza a mangiare isolati, allontanamento dalla famiglia e dagli amici, iperattività, etc. - sappia formulare per prima la domanda di aiuto e che non si arrivi al punto di lasciare che la persona con il problema alimentare si rifugi nel social.

Ciò nonostante, il social rimane una forma di Rete virtuale dove è possibile trovare esempi di persone che sono riusciti nella lotta contro la malattia, ma anche persone pronte ad accogliere un disagio in maniera professionale e con colloqui anche a distanza.

BIBLIOGRAFIA

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-V) – 2013
- Manzato, Emilia & Gualandi, Malvina & Tarabbia, Cristina & Romano, Deborah & Di Pascoli, Lorenza & Scanelli, Giovanni. (2017). Anorexia nervosa: an update on genetic, biological and clinical aspects in males. Italian journal of gender specific medicine. 3. 59-70.
- Carrotte, Vella, & Lim, 2015; Giel et al., 2016; Rousselet et al., 2017 (tratto da) Schaumberg K, Welch E, Breithaupt L, et al. The Science Behind the Academy for Eating Disorders' Nine Truths About Eating Disorders. Eur Eat Disord Rev. 2017;25(6):432–450. doi:10.1002/erv.2553
- Tewari S, Krishnan VHR, Valsalan VC, Roy. Pica in a learning disability hospital: a clinical survey. Brit J Dev Disabil 1995; 41: 13-22. (trovato in) Riv Psichiatr 2014; 49(3): 152-155
- Xiang, H. , Han, J. , Ridley, W. E. and Ridley, L. J. (2018), Pica: Eating disorder. J Med Imaging Radiat Oncol, 62: 97-98. doi:10.1111/1754-9485.43_12784
- Call, N.A., Simmons, C.A., Mevers, J.E.L. et al. J Autism Dev Disord (2015) 45: 2105. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2375-z>
- Caterina Borgna-Pignatti & Sara Zanella (2016) Pica as a manifestation of iron deficiency, Expert Review of Hematology, 9:11, 1075-1080, DOI: 10.1080/17474086.2016.1245136
- IORIO, Gennaro; PRISCO, Vincenzo; IORIO, Nicola. La pica: aspetti nosografici e rilievi psicopatologici. Rivista di Psichiatria, 2014, 49.3: 152-155.
- Fabricius A Tractatus de gula, ventriculo et intestinis Padova, Italia, 1618.
- Murray, Helen B et al. "Diagnosi e trattamento della sindrome di ruminazione: una revisione critica." La rivista americana di gastroenterologia vol. 114,4 (2019): 562-578. doi: 10,14,309 mila / ajg.00000000000000060
- Papadopoulos V, Mimidis K. The rumination syndrome in adults: A review of the pathophysiology, diagnosis and treatment. J Postgrad Med 2007;53:203-6
- Fitzgerald M, Frankum B. Food avoidance and restriction in adults: a cross-sectional pilot study comparing patients from an immunology clinic to a general practice. J Eat Disord. 2017;5:30. Published 2017 Sep 18. doi:10.1186/s40337-017-0160-4
- Keery, H., LeMay-Russell, S., Barnes, T.L. et al. Attributes of children and adolescents with avoidant/restrictive food intake disorder. J Eat Disord 7, 31 (2019). <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0261-3>
- SCIENZE DELL'INTERAZIONE Rivista di psicologia clinica e psicoterapia - 1/2-2012 - Eccessi nosografici e abusi diagnostici: il caso della "Vigoressia" Alessandro Salvini – pag. 11
- The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. J Behav Addict. 2019 Sep 1;8(3):351-371.
- The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives - Nancy S Koven and Alexandra W Abry, 2015

- The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives - Nancy S. Koven and Alexandra W. Abry, 2015 - *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015; 11: 385–394. - Published online 2015 Feb 18. doi: 10.2147/NDT.S61665
- Moroze RM, Dunn TM, Craig Holland J, et al. Microthinking about micronutrients: a case of transition from obsessions about healthy eating to near-fatal “orthorexia nervosa” and proposed diagnostic criteria. *Psychosomatics.* 2014 Mar 19; Epub. (riportato da) Nancy S. Koven and Alexandra W. Abry, 2015 - doi: 10.1556/2006.8.2019.44. Epub 2019 Sep 11. PubMed PMID: 31505966.
- Chandler, Grieve, Derryberry e Pegg, 2009; Ebbeck, Watkins, Concepcion, Cardinal, & Hammermeister, 2009; Grieve & Shacklette, 2012; Pope et al., 2005) (citato da) 1: Badenes-Ribera L, Rubio-Aparicio M, Sánchez-Meca J, Fabris MA, Longobardi C.
- The association between muscle dysmorphia and eating disorder symptomatology: A systematic review and meta-analysis. *J Behav Addict.* 2019 Sep 1;8(3):351-371.
- Massimo Recalcati, Michele A. Rugo – “Alimentare il desiderio- il trattamento istituzionale dei disturbi dell’alimentazione” – Raffaello Cortina Editore 2019
- M. Antony. Cognitive behaviour therapy. *Encyclopædia Britannica, inc.*. Date Published:luglio 10, 2015 .
- Hilde Bruch - LA GABBIA D'ORO L'enigma dell'anoressia mentale – Feltrinelli Editore
- DEL CORNO,F.,LO LOCO,G. (2018) disegni di ricerca in psicologia clinica. Metodi quantitativi, qualitativi e misti. FrancoAngeli,Milano
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M.,Lingiardi, V.; (2018a), Evaluating empirically valid and clinically meaningful change in intensive residential treatment for severe eating disorders;
- Muzi, L., Tieghi, L., Rugo, M.,Lingiardi, V.; (2018b), “integrative inpatient treatment for eating disorders. Effectiveness and clinical significance of symptom changes”

Sitografia:

- <https://www.garzantilinguistica.it/ricerca/?q=assertivit%C3%A0>
- <http://www.residenzagrubber.org/programma/>
- <https://www.britannica.com/science/cognitive-behaviour-therapy>
- <https://www.vanityfair.it/news/approfondimenti/2019/11/12/maruska-albertazzi-ecco-come-i-social-possono-aiutare-chi-soffre-anoressia>
- https://www.instagram.com/carolinastrada_/