
Stili interattivi e stili narrativi nei disturbi del comportamento alimentare. Un'esperienza all'interno della semi-residenza Il Mandorlo di Francesco Canevelli* e Margherita Papa**



Ricevuto il 14/07/17 ed approvato il 10/09/17

Sommario

L'articolo ricostruisce le modalità interattive e le rappresentazioni che emergono nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare all'interno di una struttura semiresidenziale. Attraverso quattro storie cliniche gli autori esemplificano un modello complesso di lettura e di decostruzione-costruzione degli stili interattivi e narrativi, provando ad articolare allo stesso tempo il significato relazionale del sintomo all'interno del sistema familiare, il significato in termini di costrutti personali e l'organizzazione di personalità che ne è prevalentemente correlata.

Parole chiave: *disturbi del comportamento alimentare, stili narrativi e interattivi, struttura semi-residenza.*

* Psichiatra, psicoterapeuta, didatta IIPR, presidente SIPRES.

** Dirigente psicologo AUSL Toscana Sud Est, responsabile percorso minori Centro Il Mandorlo.

*Rivista di Psicoterapia Relazionale (ISSN 1825-5442, ISSN e 1971-8454), 2017, 46
DOI: 10.3280/PR2017-046003*

Abstract. *Interactive and narrative styles in eating disorders. A clinical experience in a day-care center*

The article reconstructs interactive modes and representations that emerge in the treatment of eating disorders in a day-care center. Through four clinical stories, the authors exemplify a complex model in order to interpret interactive and narrative styles, trying to articulate at the same time the relational significance of the symptom within the family system, the meaning in terms of personal constructs and Personality organization that is predominantly related to it.

Key words: *eating disorders, interactive and narrative styles, day-care center.*

Introduzione

Il lavoro con i DCA prevede un percorso terapeutico assistenziale complesso, che si articola in almeno quattro fasi, secondo la gravità del sintomo ed i bisogni terapeutici specifici del singolo caso: ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale, ricovero ospedaliero (Banchieri, Dalla Ragione, 2016).

La AUSL Toscana Sud Est di Grosseto, con la collaborazione della associazione Perle, ormai da cinque anni mette a disposizione di chi presenta un DCA il Centro semi-residenziale Il Mandorlo, una struttura che può accogliere circa 8 pazienti, dai 12 ai 30 anni, con diagnosi di anoressia, bulimia e disturbo da alimentazione incontrollata.

Nella esperienza di questi cinque anni si è potuto osservare come l'inserimento delle ragazze in un ambiente relazionale ristretto, quale è la semi-residenza, attivi dinamiche che fanno emergere particolari stili interattivi e narrativi.

Un gruppo stabile di operatori, ognuno con uno specifico ruolo, dal medico alla assistente al pasto, pone alle pazienti e alle loro famiglie ogni volta una sfida relazionale e di costruzione di significati che può essere utilizzata per comprendere e decostruire lo stile di interazione e narrazione peculiare per ogni ragazza e la sua famiglia.

A nostro modo di vedere risulta particolarmente interessante leg-

gere gli incidenti relazionali che possono occorrere in tali dinamiche come opportunità di rintracciare la modalità di “gestione delle differenze” che la ragazza mette in atto in base alle sue esperienze nella famiglia di origine e quindi di poter avere, oltre che ad un quadro più preciso del suo profilo di personalità, una ulteriore occasione di trasformazione delle modalità disadattive che hanno portato all’espressione sintomatica.

Il percorso assistenziale della semi-residenza Il Mandorlo

Le ragazze e i ragazzi frequentano il centro semi-residenziale dal lunedì al venerdì, dalla mattina alla sera. Il periodo minimo di frequenza è tre mesi, il periodo massimo sei mesi, dopo i quali viene proposto il passaggio al trattamento ambulatoriale. Se invece si valuta che il trattamento semi-residenziale non è adeguato alla gravità sintomatologica si può anche decidere il trasferimento ad una residenza, dove le ragazze soggiornano anche la notte ed i fine settimana.

Il planner della struttura è organizzato secondo cinque momenti di terapia nutrizionale: dalla colazione alla cena, con l’assistenza di una infermiera e una educatrice. Sono inoltre previste attività riabilitative e terapeutiche: la psicoterapia di gruppo a orientamento psicodinamico, la psicoterapia individuale a orientamento interpersonale, i colloqui con il medico nutrizionale e con la dietista, le sedute di terapia familiare, i gruppi educativi su tematiche di crescita personale, culturale e relativi all’alimentazione, la terapia di familiarizzazione con il cibo. Sono anche presenti alcuni volontari che svolgono attività ricreative, ma sempre con una valenza riabilitativa, assistiti quindi dagli operatori del Centro.

L’équipe del Centro prevede varie figure professionali, alcune presenti ogni giorno per tutta la settimana, come il medico, la dietista, le infermiere e gli educatori, altre che sono disponibili nei momenti di trattamento.

A volte durante la settimana, se le condizioni cliniche dei pazienti lo permettono, vengono anche effettuate delle uscite dal Centro con l’accompagnamento degli operatori e dei volontari, ad esempio per la visione di una mostra, di un film o per attività estive.

Le interazioni quotidiane sono molto simili a quelle di una comu-

nità familiare: c'è un gruppo di adulti che organizza i tempi e dà le regole della vita comunitaria e c'è un gruppo di pazienti, spesso omogeneo per sesso, che invece si trova nella posizione di essere accaduto e dipendente.

Nel gruppo degli adulti c'è poi una ulteriore gerarchia: la direzione sta al Responsabile del Centro, che conduce anche il gruppo psicoterapeutico ed è uno psicologo uomo, collaborano strettamente con lui il medico nutrizionale, una donna, e la psicoterapeuta individuale, un'altra donna. Le infermiere, le educatrici e le dietiste, pur avendo una propria autonomia professionale, seguono le indicazioni del direttore, del medico e della psicoterapeuta. L'équipe per prendere le decisioni e discutere l'andamento del trattamento della semi-residenza si riunisce una volta a settimana.

Tra interazione e rappresentazione: il vissuto dell'esperienza al Mandorlo

Nella moderna psicopatologia dello sviluppo si intersecano importanti filoni di indagine e di teorizzazione, che pur partendo da presupposti teorici a volte molto distanti hanno trovato nella ricerca sui sistemi motivazionali, sulla base della ricerca pionieristica di Bowlby (1973, 1975, 1983) sul sistema di attaccamento, convergenze ricche di sviluppo.

Dalla teoria dell'attaccamento deriva l'interesse per i Modelli Operativi Interni, per gli stili interattivi e narrativi, codificati dalla Mary Main (2008), interesse che ha finito per coinvolgere non solo studiosi di scuola psicoanalitica come Peter Fonagy e Mary Target (2001) ed in Italia Cesare Albasi (2006), ma anche studiosi di impronta cognitivista come Giovanni Liotti (1999) e post-razionalista come Vittorio Guidano (1992), così come clinici di orientamento sistemico familiare come Valeria Ugazio (2012).

In questa prospettiva la soggettività si forma a partire dal confronto con l'altro: diventare me stesso vuol dire andare a fondo della esperienza che un altro fa di me.

I Modelli Operativi Interni di cui parla la teoria dell'attaccamento cercano appunto di rendere evidente questo processo di scambio di esperienza mentale "me-altro".

La molteplicità è una condizione iniziale sana della mente, è come dire che la mente è formata da una pluralità di Modelli Operativi Interni. Ai fini di un funzionamento sufficientemente buono la molteplicità tende poi ad integrarsi in modelli abbastanza coerenti.

Anche la molteplicità delle posizioni, delle personalità, delle rappresentazioni simboliche interne a un sistema familiare necessita di una integrazione ai fini dell'adattamento.

L'interazione familiare si cristallizza in schemi ripetuti che hanno un doppio aspetto di modalità comunicativa e modalità rappresentativa.

Non solo i modelli di attaccamento sono trasmessi, ma proprio gli script familiari, cioè la rappresentazione mentale del modello di comportamento (Byng Hall, 1998), vengono tramandati tra le generazioni.

Un assunto del lavoro terapeutico, sia individuale che familiare, consiste quindi nella necessità di trasformare la nuova esperienza relazionale e rappresentativa, che si crea nella relazione tra terapeuta e paziente o, in questo caso, tra gruppo terapeutico e la paziente e la sua famiglia, in una struttura mentale e relazionale, una sorta di nuovo script, che organizzi meglio le esperienze successive.

Nelle famiglie con ragazze che presentano un DCA in genere colui che chiama il Centro e fa una richiesta di visita è uno dei genitori, che è appunto il "portatore" della richiesta di aiuto.

Il bisogno di aiuto è il fattore che sollecita aspettative e attribuzioni di nessi di causalità che sono il frutto di un repertorio proprio del sistema familiare.

Nella modalità in cui la richiesta viene effettuata, sia nella telefonata che nella prima visita, si delineano le caratteristiche delle rappresentazioni e delle attribuzioni di significato, ma anche delle posizioni dei membri del sistema familiare.

Allo stesso modo di un sistema familiare anche l'équipe del Centro ha un suo stile interattivo prevalente e uno stile narrativo, ha delle regole e degli impliciti rispetto a tali regole, ma anche delle rappresentazioni e delle attribuzioni di significato.

Lo sforzo che l'équipe compie, nel suo ruolo terapeutico, è quello di porsi come il luogo della *negozialità*: la possibilità di riconoscere, esplicitare e sottoporre a confronto le differenti posizioni dei partecipanti all'interazione.

In tale sforzo è necessario prima di tutto che ci sia la possibilità di riconoscere le differenze, quindi che ci sia la possibilità di accettare o rifiutare la posizione dell'altro, infine che sia aperta la strada perché la propria posizione possa essere modificata da quella dell'altro.

La stessa organizzazione multidisciplinare del trattamento rappresenta una continua occasione per il gruppo terapeutico stesso: la possibilità di riconoscersi e di integrarsi nelle differenze è una prova continuamente sperimentata da ogni professionista che partecipa al lavoro riabilitativo.

Sono presenti a volte conflitti tra gli operatori, sulle decisioni o sui comportamenti da tenere nell'ambito del percorso, che necessitano di una gestione negoziale, la cui discussione, se è ritenuto utile, viene anche esplicitamente riferita alle pazienti. Le differenze non vengono negate, ma riconosciute ed affrontate, si racconta di come sono state esaminate nell'équipe, si prova ad ascoltare e a mediare le richieste delle pazienti o delle loro famiglie.

Frequentemente ciò che è rilevabile dall'osservazione dello stile interattivo delle pazienti, mentre si interfacciano sia con gli operatori della semi-residenza, che con le coetanee ospiti, è uno stile diverso da quello negoziale, lo possiamo definire *del congelamento, della esasperazione e dello spostamento* (Canevelli, Schepisi, 2013). La caratteristica dello stile interattivo *del congelamento* è la costante connotazione di “non differenza” tra le posizioni dei familiari, aspetto che si evidenzia nell'evitamento di ogni conflitto, ma che presenta una radice ancora più radicale, una sorta di sconfirma delle differenze.

Lo *stile esasperato* è invece al contrario caratterizzato dalla enfattizzazione delle differenze, fino alla inconciliabilità. Le interazioni sono caratterizzate dal rifiuto reciproco, utilizzati in modo provocatorio per mantenere una condizione di lotta che confermi ogni contendente nella sua posizione esclusiva all'interno del conflitto.

Le famiglie connotate da uno *stile interattivo di spostamento* mettono in atto sequenze relazionali tipiche della conflittualità triadica, caratterizzata dal sistematico coinvolgimento di uno o più “terzi” in qualità di alleati o nemici. Il conflitto e gli schieramenti che ne conseguono sono centrali come modalità di gestire le differenze familiari e non solo.

Ma oltre a quello che succede nelle interazioni della semi-residenza

è importante anche il modo in cui, nelle sedute di psicoterapia individuale e di terapia familiare, viene raccontato ciò che è successo.

Nella categorizzazione delle narrazioni che la Mary Main (2008) costruisce per leggere la trama della Intervista sull'Attaccamento (AAI), il concetto di coerenza della narrazione è la variabile principale. La coerenza del racconto si compone di due elementi: la congruenza interna, la non contraddizione tra gli elementi della storia, e la plausibilità, cioè quanto la storia può essere reale. Se una narrazione risulta coerente e plausibile allora anche l'attaccamento può essere definito sicuro, mentre se risulta incoerente l'attaccamento è insicuro, con una ulteriore differenziazione di tipologie evitante, ambivalente e disorganizzato.

Byng Hall (1998), utilizzando la categorizzazione della Main, descrive le famiglie con stile *incoerente evitante* come famiglie in cui il passato è ricordato in modo povero e spesso molto semplificato, con immagini positive e negative ben distinte e inconciliabili. Le famiglie con uno stile *incoerente ambivalente* presentano una continua rivisitazione del passato in termini di giusto e sbagliato, senza che si giunga mai a una soluzione.

Le famiglie con uno stile *interattivo/narrativo disorganizzato* presentano uno stile "drammatico" con frequenti dissociazioni, con immagini non integrabili sia di sé che degli altri.

Albasi (2006) parla in questi casi di Modelli Operativi Interni Dissociati, cioè dei modelli di interazione, che comprendono il "me-altro", costruiti come conseguenza di attaccamenti traumatici. Il concetto di attaccamento traumatico ha una estrazione clinica, non necessariamente collegato solo ad un trauma oggettivo, come l'abuso o il maltrattamento. Si riferisce piuttosto a tutte quelle situazioni in cui una persona è cresciuta legandosi a figure di attaccamento che gli chiedevano implicitamente di rinunciare alla propria soggettività, alla propria sensibilità, al proprio punto di vista sull'esperienza.

In questo modo l'esperienza interiorizzata nei Modelli Operativi Interni Dissociati non favorisce la mentalizzazione (Fonagy *et al.*, 2001) o la riflessione, ma soltanto la messa in atto di schemi relazionali o interattivi, come una sorta di drammatizzazione dei ruoli affettivi. Gli autori che si occupano della clinica della dissociazione (ad esempio Bromberg, 2007) si concentrano maggiormente sugli agiti dei pazienti: i MOID non sono qualcosa che le persone fanno, ma qualcosa che le persone fanno.

Quindi non è un caso che a una maggiore gravità sintomatologica corrisponda la necessità di ricreare contesti terapeutici, ambiti di vita, nei quali sia possibile alle persone prima di tutto agire i propri schemi relazionali, quindi narrarli ed infine comprenderli. Solo in alcuni casi è possibile infine modificarli.

La semiresidenza sembra essere il contesto terapeutico adatto a suscitare queste nuove esperienze di interazioni e rappresentazioni.

Disturbi del comportamento alimentare e profili di personalità

I disturbi del comportamento alimentare, in forma apertamente clinica, ma spesso anche subclinica, hanno una diffusione abbastanza larga nella popolazione giovanile: secondo le stime del Ministero della Salute possono arrivare al 5% della fascia di età tra i 12 e i 22 anni (De Virgilio *et al.*, 2013). Si presenta ancora una forte predominanza del genere femminile, ma si evidenzia a tutt'oggi una crescita anche del numero dei soggetti maschili.

I comportamenti alimentari anomali sono diventati ormai disturbi a espressività *culture bound*, tipici delle società occidentali o che si avvicinano al modello occidentale, sotto i quali si possono rintracciare diversi tipi di funzionamento sia individuale che familiare.

Se qualche decennio fa i clinici potevano far riferimento a una sintomatologia anoressica alla quale, nella maggioranza dei casi, corrispondeva una personalità tipo o un tipico funzionamento familiare, oggi anche in presenza dello stesso sintomo restrittivo le ragazze si differenziano nei profili di funzionamento individuale e familiare.

Vari autori hanno provato a legare una particolare tipologia familiare o personologica ai DCA, dai primi classici studi della Selvini Palazzoli (1963) fino all'affascinante e complessa teoria della Ugazio (2012) che collega un unico *circuito riflessivo bizzarro* alla sintomatologia DCA, secondo la polarità semantica del potere. In campo cognitivista ha avuto successo la definizione di organizzazione di personalità DAP, Disturbo Alimentare Psicogeno, da parte di studiosi cognitivo-costruttivisti come Guidano (1992).

Come viene riconosciuto dagli stessi autori citati però le descrizioni possono essere esemplificative solo di una parte, anche se rile-

vante, dei casi che afferiscono ai servizi con una sintomatologia che riguarda il comportamento alimentare.

Alcuni autori, soprattutto di orientamento psicodinamico (Montecchi, 2009), hanno cercato invece di categorizzare diverse forme sintomatiche del disturbo alimentare: una forma clinica *fobico-ossessiva*, in cui l'ideazione è concentrata sul controllo del peso e delle calorie; una forma *somatoforme* o anche isterica, per la quale il sintomo assume una valenza fortemente comunicativa verso l'ambiente circostante; una forma *depressiva*, con un prevalente senso di insicurezza e di inefficienza personale ed un rifiuto del piacere del cibo, ed infine una forma *psicotica*, dove il cibo è vissuto come un oggetto persecutorio e l'ideazione si avvicina al delirio di danneggiamento.

Altri autori (Kernberg e il gruppo di ricerca del Manuale Diagnostico Psicodinamico, 2008) descrivono un funzionamento nevrotico, un funzionamento borderline, un funzionamento psicotico di personalità secondo l'azione di meccanismi di difesa di grado diverso, ai quali conseguono vari livelli di integrazione della identità.

Rimanendo quindi all'interno del paradigma della psicopatologia dello sviluppo, ci piace richiamare come la personalità degli adolescenti sia il risultato dell'interazione di diversi fattori età-specifici:

- un peculiare temperamento sulla base di una predisposizione biologica;
- i pattern bambino-caregiver che permettono al piccolo di controllare e regolare le proprie risposte affettive;
- lo sviluppo graduale delle rappresentazioni intrapsichiche che continua ad essere influenzato dalle interazioni e dalle narrazioni con i familiari e con le relazioni sociali più ampie;
- una varietà di operazioni difensive e adattative che aiuta l'adolescente a padroneggiare sia le esperienze insolite che le normali frustrazioni della crescita.

Per comprendere quindi il vissuto della ragazza con un DCA all'interno della semiresidenza non è sufficiente un etichettamento diagnostico, per quanto profondo e complesso possa essere. Nel lavoro clinico risulta imprescindibile tenere presenti tutti gli assi di valutazione, che non riguardano solo la struttura di personalità, ma anche gli stili interattivi e narrativi della famiglia.

Ancora una volta quindi la descrizione di un particolare modo di

funzionare dell'adolescente e della sua famiglia deriva in modo più compiuto dalla osservazione della dinamica con cui l'adolescente entra in relazione con il sistema curante.

È attraverso la modalità della richiesta di aiuto e della gravità dell'agito messo in atto dal sintomo, che corrisponde, nel caso dei DCA, al danno fisico che gli adolescenti provocano a sé stesse, che l'équipe può valutare il percorso più adatto a osservare e valutare il funzionamento e l'organizzazione di personalità delle ragazze.

Il percorso della semi-residenza si dimostra utile soprattutto per gli adolescenti per cui le dinamiche del disturbo sono presentate sotto la caratteristica della urgenza, a volte manifestata in prima persona, a volte avanzata dai genitori.

È una urgenza che sostituisce la possibilità sia di rappresentare che di modificare il sintomo, per cui la risposta che si rivela più adatta è quella di entrare subito a contatto con le dinamiche del sintomo, farle emergere in un contesto che possa aiutare a riconoscerle e a comprenderle. Tale lavoro viene definito anche accompagnamento alla consapevolezza della malattia, ma di fatto è già un intervento che produce delle modificazioni.

Nelle seguenti vignette cliniche proviamo a rendere la complessità dei piani di osservazione delle esperienze vissute da alcune ragazze nel centro Il Mandorlo.

Barbara¹ o di un profilo borderline, stile interattivo drammatico disorganizzato

Barbara viene inviata al nostro servizio da una insegnante del suo liceo, alla quale ha confidato di avere iniziato da tempo a vomitare. I genitori non si erano accorti del suo problema. Barbara ha sedici anni, vive con i genitori, un fratello maggiore e una sorella più piccola. Raccontano di lei che si è sempre sentita un po' schiacciata tra i due fratelli e che era molto legata al padre, ma ultimamente si è richiusa sempre di più in sé stessa, in particolare dopo un incidente durante una lezione di danza che l'ha costretta a restare ferma per diversi mesi.

Nei primi colloqui Barbara non risponde alle domande, non riesce a raccontare nulla, piange silenziosamente, senza singhiozzi. Accetta di rispon-

¹ I nomi e le storie sono stati modificati per proteggere l'identità delle ragazze.

dere alle domande dei test, ne emerge un profilo così drammaticamente elevato da non essere valutabile. La proposta del percorso al Centro è quasi immediata, ma Barbara si rifiuta, vuole terminare l'anno scolastico. Riusciamo a contrattare l'ingresso per il periodo estivo solo dopo diversi incontri. Anche nella semiresidenza Barbara mantiene lo stesso atteggiamento chiuso e riservato, non sembra avere grandi difficoltà a mangiare, non interagisce con le altre ragazze che il minimo indispensabile. Dopo poche settimane però si mostra più aperta, contenta di riuscire a controllare il sintomo del vomito. Barbara riesce a raccontare che l'impulso ad abbuffarsi e vomitare era costante, più volte nello stesso giorno, tutti i giorni, ma soprattutto era forte la sua frustrazione nel non riuscire a raggiungere il peso che si era prefissa. Il suo BMI infatti è basso, ma non preoccupante. Instaura una relazione molto stretta con la dietista per avere informazioni dettagliate sul tipo di alimenti che possono aiutarla a perdere peso, nonostante questa le faccia verificare anche con l'esame della bioimpedenziometria che la sua massa muscolare è sviluppata e non presenta massa grassa.

Durante il fine settimana però Barbara non riesce a controllare il sintomo nello stesso modo, alterna momenti completi di restrizione ad abbuffate e vomito. Nella riunione di équipe si sottolinea che sembra di avere a che fare con due persone diverse: la ragazza che osserviamo, collaborativa durante i pasti, che cerca di risultare piacevole alle operatrici e ai terapeuti, che si affida con grande fiducia alla dietista, e la ragazza che raccontano i genitori. A casa Barbara si isola, se scende nelle zone comuni della casa litiga con i fratelli o con loro. In particolare manifesta una rabbia profonda verso il padre, che un po' non comprende esattamente la sua malattia, un po' rimane spiazzato dal cambiamento profondo che Barbara mostra nei suoi confronti.

Le liti che vengono raccontate dai genitori negli incontri lasciano spiazzati anche gli operatori del Centro, abituati a vedere una ragazza triste, ma disponibile, non certo arrabbiata e che minaccia costantemente di far male a loro o di farsi del male.

Quando un venerdì sera arriva una telefonata del padre che ci avvisa che Barbara ha preso molte pasticche di una medicina che tenevano in casa, un farmaco di automedicazione, l'équipe rimane stupita. La ragazza non aveva manifestato un particolare disagio prima di lasciare il centro. Neanche a casa c'era stata qualche discussione: Barbara era entrata in camera sua, quando il padre era andato a chiamarla per la cena l'aveva trovata addormentata con accanto il blister del farmaco.

Nella discussione in supervisione emerge la necessità di modificare il setting complessivo del trattamento, in modo da tener conto del-

le rappresentazioni molteplici e disorganizzate cui il comportamento di Barbara rimanda e che trovano una corrispondenza con lo stile interattivo familiare, continuamente oscillante tra manifestazioni di allarme e atteggiamenti di disimpegno ed espulsività. In particolare, si sottolinea l'importanza del coinvolgimento del sistema familiare in modo parallelo al percorso semi-residenziale della ragazza, con l'obiettivo di attivare un processo di ricostruzione della storia familiare e di regolazione dello stile interattivo. Appare infatti alto il rischio di una frattura di tipo dissociativo tra l'esperienza di Barbara presso il Centro e le condizioni di appartenenza e lealtà nei confronti del sistema familiare. La mancata comunicazione tra i due "mondi" può infatti indurre l'attivazione di agiti apparentemente incomprensibili alla luce del comportamento della ragazza presso il centro, con la facile attribuzione di responsabilità alla famiglia e il conseguente, pericoloso processo di colpevolizzazione (ulteriormente attivante).

Sabrina o di un profilo istrionico, stile interattivo dello spostamento

Sabrina è venuta a conoscenza del nostro centro da una amica, ha chiesto lei stessa di poter entrare. È già maggiorenne, ha terminato la scuola superiore e sta pensando a quale percorso universitario intraprendere. Nel colloquio Sabrina racconta di un grave sintomo bulimico iniziato da circa un anno, dopo il suo rientro da un viaggio studio all'estero.

La situazione familiare appare subito particolarmente difficile.

Sabrina ha iniziato da poco una storia sentimentale con un uomo più grande di lei, che i genitori non conoscono e non approvano. Il suo sintomo si è decisamente aggravato nel periodo delle discussioni che riguardano la sua relazione e Sabrina ora ha perso molti chili, ma non riesce a controllare le abbuffate programmate ed il vomito successivo. Compra una quantità esagerata di dolci al supermercato, si isola nella sua camera e li mangia in uno stato che possiamo definire pienamente dissociato. Nello stesso stato vomita immediatamente quello che ha ingerito, nel suo bagno privato. I genitori si sono accorti di questi attacchi quando hanno trovato una busta piena di carte dei dolci che ancora Sabrina non era riuscita a buttare.

La proposta di frequentare Il Mandorlo viene accettata dalla ragazza e dai suoi genitori con sollievo.

Però fin dai primi giorni Sabrina adotta un comportamento egocentrico e

di messa alla prova delle educatrici e delle infermiere che fanno l'assistenza ai pasti e gestiscono le attività riabilitative di gruppo e individuali. Sabrina tende a comportarsi in modo da ricercare sempre l'attenzione esclusiva, sia con proposte adeguate che sfidando invece le regole della vita del Centro. Riesce tra l'altro a porsi come una leader anche delle altre ragazze e guida alcuni momenti di contestazione.

Una delle regole riguarda l'uso del cellulare in orari regolati: Sabrina comincia a contrattare con le educatrici orari più flessibili, porta esempi per i quali le potrebbe essere necessario avere a disposizione il telefono e coinvolge in questa sua istanza anche le altre ragazze. Avendo una buona dialettica a volte riesce anche a mettere in difficoltà le operatrici, che cominciano a sentirsi irritate nei suoi confronti e reagiscono alle sue richieste in modo più brusco del solito.

Una mattina di fronte alla colazione con i biscotti, che non si aspettava, dato che in genere vengono presentati i cereali, Sabrina comincia a piangere e si rifiuta di completare la colazione. Di fronte al pianto l'educatrice, su consiglio del medico nutrizionista, allontana Sabrina dalla sala comune e la porta a mangiare separatamente. Dopo 15 minuti Sabrina non ha ancora assaggiato niente, quindi l'educatrice esce e chiede l'intervento della terapeuta che la segue.

Anche la terapeuta non riesce a sbloccare la situazione, Sabrina però racconta che la sera prima ha avuto uno scontro molto violento con la madre, sempre in relazione alla sua storia sentimentale.

Da questo momento Sabrina tende a comportarsi in modo sempre più aggressivo con l'educatrice e con il medico che l'avevano allontanata, mentre adotta uno stile sempre più seduttivo nei confronti della psicoterapeuta individuale e del terapeuta della psicoterapia di gruppo. Nei tre mesi di permanenza al Centro, Sabrina costruisce delle relazioni connotate in modo fortemente dicotomico tra operatori buoni, che la comprendono e la rassicurano, e operatori cattivi, dai quali invece si sente perseguitata.

Anche nelle relazioni con le sue compagne Sabrina individua alcune ragazze con le quali si sente in competizione, soprattutto nei momenti della psicoterapia di gruppo, mentre con altre assume il ruolo di salvatrice. Le compagne scelte per competere sono ragazze con anoressia fortemente restrittiva, che diventano in qualche modo il suo costante riferimento ideale, mentre le compagne che vorrebbe salvare sono per lo più affette da bulimia e da un disturbo da alimentazione incontrollata.

Nella discussione con il supervisore, si sottolinea come le manovre di coalizione continuamente proposte e attivate da Sabrina attraverso la formazione di veri e propri "schieramenti" esprimano

un'immagine concreta e tangibile del pensiero dicotomico che sostiene e permea di sé il funzionamento della ragazza nella quasi totalità delle sue manifestazioni. Laddove, in riferimento a Barbara, si evidenziava la dimensione di profonda disorganizzazione del sé sollecitata dalla molteplicità non integrabile delle esperienze interattive, nel caso di Sabrina appare evidente la dimensione di “iper” organizzazione evocata dal suo comportamento fortemente improntato alla risolutezza e all'acquisizione della leadership, sia tramite la “minaccia” che attraverso la “seduttività”. In questo quadro, gli episodi di abbuffata e conseguente vomito sembrano indicare momenti di fallimento della strategia di controllo delle relazioni così tenacemente perseguita dalla ragazza e testimoniano del profondo vuoto rappresentazionale che sottende a questa iper-organizzazione comportamentale. Le prime indicazioni riguardano quindi la gestione della strategia controllante di Sabrina all'interno del Centro da parte dell'équipe attraverso una più attenta articolazione dell'organizzazione grupale e ad una maggiore variabilità nella regolazione affettiva che vada oltre la dicotomia (a volte riproposta dall'équipe) tra “norme” e “affetti”. L'ulteriore indicazione è tesa a esplorare lo spazio familiare, alla ricerca di ulteriori chiavi di lettura che arricchiscano e introducano maggiore complessità all'interno della “povertà” dicotomica che rischia di contagiare ed irretire le figure che vengono a contatto con Sabrina.

Nerina o di un profilo evitante ossessivo, stile interattivo esasperato

Nerina, di quindici anni, ha un aspetto decisamente preoccupante alla prima visita. Ha perso molto peso negli ultimi sei mesi ed ha un BMI di 15. La sua alimentazione è fortemente restrittiva, senza episodi di vomito, anche se ammette di averci, a volte, pensato. Vive con la madre, in una piccola casa dove abitano anche la nonna e il nonno materni, non ha mai conosciuto suo padre.

La proposta della frequenza alla semi-residenza viene accettata bene sia dalla famiglia che dalla ragazza, ma i primi giorni Nerina fa molta fatica alla terapia dei pasti. Instaura però abbastanza velocemente un buon rapporto con la dietista, alla quale chiede continuamente consigli e soprattutto

rassicurazioni su quale e quanto cibo mangiare. Si mostra invece meno disponibile nei colloqui psicologici, non ostile, ma distaccata, quasi non avesse nulla da raccontare o non concepisse l'utilità dell'esplorare le emozioni che prova. Mentre ingaggia discussioni lunghe e complicate con la dietista, richiedendo i colloqui anche più volte a settimana, durante gli incontri di psicoterapia di gruppo o altri gruppi educativi rimane spesso in silenzio. Nerina nelle relazioni con le educatrici e le infermiere si mostra disponibile e corretta, a volte estende anche a loro le richieste di rassicurazione sull'esatta quantità di cibo che deve assumere. Il diario alimentare diventa per lei una sorta di guida da compilare in modo ossessivo e sul quale ritornare più volte. In questo caso è stato importante che la dietista riuscisse a farla soffermare sulla parte del diario che riguardava lo stato emotivo durante o prima e dopo dei pasti. Gradualmente Nerina riportando anche nei colloqui psicologici i pensieri, ansiosi o ossessivi, che emergevano scrivendo il diario alimentare, è riuscita a rendere accessibile il mondo delle emozioni con il quale aveva difficoltà a entrare in contatto.

Nerina aveva dovuto confrontarsi con una situazione familiare nella quale l'emotività veniva espressa spesso in modo del tutto incontrollato, ma questa situazione è emersa solo ad uno stadio del percorso avanzato. Nei primi tre mesi al Centro, nonostante l'apparente collaborazione, Nerina aveva infatti ripreso pochissimo peso, non sufficiente per pensare ad un passaggio alla fase ambulatoriale. L'équipe aveva quindi deciso di rinnovare di altri tre mesi il trattamento. Nerina ne era stata in fondo contenta. Mostrava di essersi molto "accasata", pur con le sue modalità discrete, come se fosse un cucciolo in cerca di adozione, ma senza mostrare una richiesta esplicita. Quindi nei tre mesi successivi Nerina comincia a dire che la madre è stanca della sua malattia, la rimprovera di non riuscire a superare il suo sintomo, ora che tutti la stanno aiutando.

Soprattutto la madre si lamenta con lei delle sedute di terapia familiare, che sono per la signora una situazione molto stressante, cominciano infatti ad emergere problemi importanti di relazione tra la madre e i nonni.

Un tardo pomeriggio Nerina chiama il centro piangendo, dicendo che la madre l'ha lasciata in mezzo alla strada, mentre stavano tornando a casa. Avevano avuto una discussione e l'aveva fatta scendere urlandole che non la sopportava più. Nerina era confusa e non riusciva a rendersi conto dell'esatta posizione nella quale era stata lasciata. Mentre decidevamo cosa fare, Nerina richiama dicendo che la madre era tornata a prenderla. Questo evento, con tutta la preoccupazione e finalmente il dolore e la rabbia che ne erano seguiti, e che Nerina era riuscita a mostrare alla psicologa e agli altri operatori del Centro, ha segnato una svolta importante nel suo percorso riabilitativo.

Nella discussione in supervisione si riflette sull'apparente contrasto tra l'atteggiamento meticoloso e "ordinato" di Nerina e il clima familiare caratterizzato dal prorompere dell'emotività in modo incontrollato, tra la freddezza e il distacco emotivo della ragazza e le tempeste improvvise e tumultuose che avvengono nella sua famiglia.

Questa osservazione rimanda da un lato all'esperienza del "non essere visto" che spesso è propria di chi è esposto al ripetersi incontrollato di esplosioni emotive allarmanti e comunque inconcludenti. Al tempo stesso, viene evocata la necessità del mantenimento di un controllo il più possibile esteso e pervasivo, che sopperisca alla suddetta penosa esperienza, e assuma contemporaneamente la funzione di regolazione emotiva della relazione. È lecito ipotizzare che l'esperienza vissuta con la madre, che sembra aver innescato una svolta nel percorso di Nerina, possa aver contenuto, insieme alle abituali modalità "urlate" dello stile interattivo familiare, una diversa qualità di relazione legata ad una percezione di "visibilità" trasmessa alla ragazza da una madre che ha espresso il suo stato emotivo per la prima volta in termini "Io", facilitando così l'attivazione di una regolazione intersoggettiva precedentemente carente all'interno del "gridare" indifferenziato.

Questa chiave di lettura ha inoltre offerto utili indicazioni agli operatori del Centro rispetto al difficile e spesso frustrante compito di sollecitare una maggiore gamma di espressioni affettive a contatto con un mondo interno reso arido dalla mancanza di uno "specchio" intersoggettivo.

Tamara o di un profilo controllante accidentato, stile interattivo congelato

Tamara ha avuto due fasi di contatto con il Centro: una prima fase molto precoce, intorno ai suoi tredici anni, nella quale è stata seguita ambulatorialmente per un sintomo restrittivo. Questa fase era consistita in due tipi di trattamento: uno familiare che si era concluso con la separazione dei genitori, uno con la dietista che aveva controllato la riabilitazione alimentare di Tamara fino a quando il peso era tornato nella norma e il suo stile alimentare si era regolarizzato. Intorno ai diciassette anni Tamara torna a chiedere aiuto al Centro perché dice di non riuscire ad avere più il controllo sulle

abbuffate che mette in atto. Dopo le abbuffate non vomita, ma cerca di compensare con l'attività fisica. Nonostante tutto è ora in sovrappeso e questo la fa soffrire molto. L'evento che sembra essere associato a questo ritorno del sintomo è la fine della storia con il suo ragazzo, una fine che però aveva deciso lei stessa, perché attratta da un altro ragazzo. Questa ultima relazione non è ancora stabile, perché lui sembra una persona che non voglia davvero impegnarsi.

Per riuscire a regolarizzare il suo comportamento alimentare invitiamo Tamara a frequentare il Centro per un mese e poi a rivalutare il percorso riabilitativo. Durante la frequenza Tamara, che dimostra qualche anno in più della sua età, si posiziona subito nel ruolo della vice-terapeuta/dietista/educatore. In modo molto sereno e collaborante, senza essere né invadente né giudicante, anzi con una particolare sensibilità psicologica nel cogliere le necessità sia degli operatori che delle ragazze che frequentano il Centro, Tamara si mostra sempre disponibile a riordinare, a gestire le attività ricreative, a suggerire attività piacevoli per il gruppo, a fare da spalla al terapeuta durante il gruppo psicoterapeutico, con interventi appropriati, ma spesso più relativi alle altre ragazze che a se stessa.

Questo atteggiamento le viene una volta fatto notare proprio da una compagna, che lo vive invece come una modalità che le suscita competizione, e Tamara rimane estremamente ferita da questo commento. Per la prima volta reagisce con rabbia, controllata, ma molto evidente in un commento tagliente verso l'altra ragazza. Poi nella psicoterapia individuale raccontando l'episodio si lascia andare ad un pianto incontrollato, che spiazza davvero la terapeuta.

In supervisione viene messa in evidenza la particolare qualità che Tamara tende a riproporre in modo costante nelle sue relazioni attraverso il sistematico proporsi con funzioni di accudimento.

L'acquisizione di una spiccata sensibilità nei confronti della sofferenza altrui e la conseguente assunzione di atteggiamenti protettivi e di cura sembrano sovente correlati con climi familiari "congelati" e congelanti, all'interno dei quali è costantemente presente la minaccia della fragilità e della rottura, che però resta confinata, anzi sequestrata, nel regno del "non dicibile". Viene quindi proposta l'ipotesi che anche il cambiamento del quadro sintomatologico proposto da Tamara (da unicamente restrittivo a disregolato) possa trovare importanti fattori di corrispondenza con la separazione dei genitori e con la stessa crisi sentimentale della ragazza. Questi eventi potrebbero essere implicati con il venir meno di precedenti equilibri, potentemente centrati sull'evita-

mento di ogni esperienza di fragilità e di rottura, attraverso il ricorso al congelamento, alla non dicibilità di tali esperienze. Elemento centrale per il mantenimento dei suddetti equilibri è proprio l'assunzione di competenze accudenti e protettive, spesso assunte da un figlio, che costruisce su tale ruolo un'importante quota del proprio riconoscimento identitario. Nel caso di Tamara il venir meno di questi equilibri, e al tempo stesso le esperienze difformi che la ragazza inizia a vivere all'interno del centro, rappresentano un'importante occasione di integrazione di elementi diversi e di decostruzione e riorganizzazione degli aspetti "falso sé" inevitabilmente connessi con questo tipo di profilo.

Conclusioni

La cornice teorica di questo lavoro è rappresentata dalla convinzione che, di fronte alla complessità (a vasto raggio) propria delle situazioni di cui si è trattato, l'atteggiamento corretto sia quello della duplice (ma contemporanea) attenzione al "tenere insieme" e al "distinguere" (o tenere separati) tutti gli aspetti che la costituiscono.

Questa operazione, in primo luogo concettuale, ma poi costantemente tradotta nell'operatività, fonda la sua ragion d'essere nella convinzione della natura intrinsecamente relazionale e multidimensionale (bio-psico-sociale), nonché evolutiva, dei processi mentali e quindi anche del loro proporsi in termini di sofferenza, di blocco evolutivo, di alterata relazione tra un "corpo" e il suo "mondo".

Tale convinzione è trasversale agli approcci teorici e ai percorsi formativi propri di ciascun professionista e, appunto, li "tiene insieme" e li attraversa esaltando così la ricchezza delle loro "distinzioni".

Tiene insieme (e distingue) in primo luogo le considerazioni diagnostiche e quelle legate all'elaborazione dell'intervento terapeutico.

Il processo diagnostico, in linea con la premessa epistemologica dell'osservatore considerato parte del sistema osservato, si qualifica come una costante "contaminazione" tra i "mondi" interagenti. In particolare, assume la qualità di una contaminazione delle categorie precostituite (i "pregiudizi") dell'osservatore (terapeuta/supervisore) operata dalle premesse del paziente e del suo contesto di riferimento.

È proprio sulla base di questo modo di “conoscere attraverso la relazione” che la nostra attenzione in questo lavoro è stata centrata in modo particolare sugli “stili” relazionali (interattivi e narrativi) che caratterizzano sia il mondo delle pazienti che quello del gruppo degli operatori, e che emergono come ulteriore nuovo dato dall’incontro tra i due mondi che interagiscono nei percorsi di cura.

Questo tipo di attenzione ha quindi massima considerazione per quegli aspetti della psicopatologia che sono connessi con i diversi “profili” di personalità in cui ci si imbatte nel confronto clinico con i DCA, ma al tempo stesso va oltre i dati meramente categoriali per indagare sulle rappresentazioni sé-mondo cui i diversi stili rimandano.

Le vignette cliniche presentate in questo lavoro esprimono quindi, pur in forma necessariamente sintetica, gli elementi salienti di questa attenzione: in particolare evidenziano il costante intreccio che “tiene insieme” gli stili relazionali propri del contesto di appartenenza delle pazienti con le qualità di relazione che si attivano all’interno del sistema di cura e con le risonanze che tali stili evocano nel gruppo degli operatori.

Quindi “tenere insieme”, ma anche “distinguere”, riconoscere a ciascun protagonista il suo mondo originale, in direzione di uno stile di gestione delle differenze che tende verso la qualità negoziale, individuata come elemento fondante la possibilità di perseguire l’alleanza terapeutica.

In questa direzione, l’esperienza di supervisione² rappresenta l’ulteriore contributo alla ricchezza dei punti di vista (delle doppie, triple, molteplici visioni) e, quindi, allo studio delle “somialtanze” (isomorfismi) e delle “differenze”, il cui emergere viene inevitabilmente sollecitato dall’incontro di mondi molteplici, così come ogni esperienza apporta nuovi contributi (di somialtanza e differenza) al mondo delle molteplici rappresentazioni di ciascuno.

In modo coerente con questa impostazione e con questi obiettivi,

² L’idea di questo lavoro nasce dall’incontro tra un supervisore formato alla terapia familiare e alla psicopatologia dello sviluppo (Francesco Canevelli) e una psicoterapeuta con una formazione psicodinamica secondo il modello delle relazioni oggettuali (Margherita Papa), ambedue aperti agli scambi e alle contaminazioni. Due persone convinte che la negoziazione sia la capacità di trovare un equilibrio “sufficientemente buono” tra le differenze.

lo “stile” della supervisione ha privilegiato la sollecitazione della riflessione dell’*équipe* in merito all’ampliamento dei punti di vista e all’integrazione delle molteplicità piuttosto che l’indicazione di specifiche strategie di intervento.

Infine, l’ulteriore spunto di riflessione è costituito dalla conferma della necessità di costruire percorsi di cura sempre più attenti alla complessità costitutiva delle condizioni psicopatologiche di cui si è trattato. L’articolazione variabile dei setting, la molteplicità delle figure coinvolte, la presenza di differenti approcci tra loro connessi in rete, vengono individuati come fattori chiave rispetto all’esito di trattamenti che si caratterizzano, oltre che per la loro durata, anche e soprattutto per il confronto con elevati livelli di disorganizzazione delle rappresentazioni, di disregolazione affettiva e quindi di coinvolgimento totalizzante.

Bibliografia

- AA.VV. (2008). *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Albasi C. (2006). *Attaccamenti traumatici*. Torino: UTET.
- Banchieri G., Dalla Ragione L. (2016). *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali del Disturbo del Comportamento Alimentare e del Peso*. Roma: COM Srl.
- Byng Hall J. (1998). *Le trame della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1973). *Attaccamento e perdita. Vol. 1*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1975). *Attaccamento e perdita. Vol. 2*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (1983). *Attaccamento e perdita. Vol. 3*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bromberg P.M. (2007). *Clinica del trauma e della dissociazione. Standing in the space*. Milano: Raffaello Cortina.
- Canevelli F., Schepisi L. (2013). Stili familiari, rappresentazioni, profili di personalità: una prospettiva evolutiva. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 37: 5-39. Doi: 10.3280/PR2013-037001
- Canevelli F., Lucardi M. (2000). *La mediazione familiare. Dalla rottura del legame al riconoscimento dell’altro*. Torino: Bollati Boringhieri.
- De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T., a cura di (2013). *Conferenza di consenso. Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti*. Rapporti ISTISAN 13/6, ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ.
- Fonagy P., Target M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Guidano V. (1992). *Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri.

- Liotti G. (1999). *Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Milano: Franco Angeli.
- Main M. (2008). *L'attaccamento. Dal comportamento alla rappresentazione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Montecchi F. (2009). *Il cibo-mondo. Persecutore minaccioso*. Milano: Franco Angeli.
- Selvini Palazzoli M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli.
- Ugazio V. (2012). *Storie permesse, storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologie*. Torino: Bollati Boringhieri.